

Як вище зазначено ВСП має велику кількість внутрішньопазушних перегородок, трабекул, хорд. Тому при даній формі будови венозної пазухи спостерігається безліч притоків, які впадають у його просвіт. Вени, які впадають в пазуху, крупні і своїми гирлами утворюють широкі венозні стоки, які відкриваються переважно в середню третину пазухи. Гирла вен на внутрішній поверхні стінок верхньої стрілоподібної пазухи у багатьох випадках мають вигляд округлих, овальних або щілиноподібних отворів або заглиблень на внутрішній поверхні стінки пазухи.

На гістологічних препаратах ендотеліальна оболонка вен ТОГМ у місцях їх впадіння у просвіт пазухи має хвилеподібну поверхню. На значному протязі виявляються складки ендотеліальної оболонки, вільні краї яких звернені в сторону напрямку венозного відтоку. Ядра ендотеліальних клітин мають видовжену форму. Орієнтація ядер ендотеліоцитів паралельна поздовжній осі вени. Цитоплазма ендотеліальних клітин забарвлюється інтенсивніше за розташовану глибше сполучну тканину. Субендотеліальна пухка волокниста сполучна тканина майже не виражена. На ділянках впадіння вен у просвіт пазухи окремі вени містили середню оболонку. Вона представлена окремими поперечно орієнтованими гладкими м'язовими клітинами, які не утворюють суцільного шару. Непосмуговані м'язові клітини розміщуються серед пучків колагенових волокон без певної орієнтації та меншої кількості еластичних волокон.

В місцях переходу ВСП у пазушний стік наявні різноманітні утворення але найбільш часто зустрічаються гирла вен овальної, щілиноподібної, округлої форми. В цій ділянці наявні сполучнотканинні перекладини, підвищення та заглиблення. Таке розміщення ВПУ в одній ділянці при тому що вони тісно пов'язані і функціонують як одне ціле може говорити про те, що дана поверхня стінки пазухи приймає на себе величезний тиск та пульсації крові при чому розподілення току крові буде цілком залежати від розміщення сполучнотканинної перекладини та ін. ВПУ

Висновки. Верхня стрілова пазуха являє собою складну та досить розгалужену систему внутрішньопазушних утворень, якій притаманні чисельні резервні шляхи, що забезпечують філогенетичну пристосованість до змін умов кровотоку і здатність підтримати максимальну постійність внутрішньочерепної циркуляції. Внутрішня поверхня ВСП місцями вкрита: 1) тяжами своєрідної будови і форми – так званими перекладинами. Між цими тяжами еластичної сполучної тканини в деяких місцях виступають в просвіт пазух різної форми і розмірів розростання павутинної оболонки мозку – 2) пахіонові грануляції. Вони мають вигляд округлих утворень сіро-рожевого кольору. 3) невеликі підвищення та заглиблення, в основному поздовжньої по відношенню до осі пазухи орієнтації. Їх наявність, обумовлена здатністю стінок пазух до розтягування як наслідок пульсуючого характеру кровотоку в них.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

ПОНЯТТЯ «ЗДОРОВ'Я» І «ХВОРОБА» ЯК РІВЕНЬ НОРМИ І ПАТОЛОГІЇ

Дунець Л.М.,

кандидат психологічних наук, доцент,

доцент кафедри психології та соціальної роботи,

Хмельницький інститут соціальних технологій Університету «Україна»

Сьогодні, як ніколи гостро, постало питання формування, підтримки і збереження психологічного здоров'я особистості. Термін «психологічне здоров'я» введено 1979 року Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Психологічне здоров'я розглядають як стан душевного благополуччя, відсутність хворобливих психічних явищ. Здоров'я – це не просто відсутність хвороби – це повне фізичне і духовне благополуччя [1].

Психологічне здоров'я характеризує особистість в цілому (на відміну від «психічного здоров'я», яке має відношення до окремих психічних процесів і механізмів).

Психологічне здоров'я включає в себе різні компоненти життєдіяльності людини:

- стан психічного розвитку, душевного комфорту;
- адекватну соціальну поведінку;
- вміння розуміти себе та інших;
- розвиток в різних видах діяльності;
- вміння робити вибір і нести за нього відповідальність [2].

Існує основна ознака, за якою можна судити про психологічне здоров'я – це позитивний настрій, в якому знаходиться людина. Основу психологічного здоров'я складають такі стани, як:

- цілковитий спокій;
- впевненість в своїх силах;
- натхнення [3].

На соціальному рівні функціонування людини норма і патологія (розлад) виступають в якості станів здоров'я та хвороби.

У науці існує два підходи до визначення стану здоров'я: негативний і позитивний. Негативний підхід стосовно визначення стану здоров'я розглядає здоров'я як відсутність патології та відповідність нормі. Тут норма розглядається як синонім здоров'я, а патологія – хвороби. Однак поняття норми і патології ширше понять здоров'я і хвороби. Норма і патологія завжди континуальні, оскільки охоплюють безліч взаємоперехідних станів [4].

Здоров'я та хвороба є дискретними, чітко окресленими у своїх кордонах. Вони пов'язані не з відхиленням від норми, а з суб'єктивним станом доброго або поганого самопочуття, що впливає на виконання особистістю повсякденних функцій у діяльності, спілкуванні та поведінці.

Здорова людина благополучно себе почуває і тому може виконувати повсякденні соціальні функції. Хвора людина має погане самопочуття і тому не здатна виконувати повсякденні соціальні функції. При цьому наявність або відсутність різних відхилень від норми на біологічному рівні існування часто не стає визначальною для віднесення себе до здорової або хворої людини. Наприклад, люди, що вжили алкоголь на вечірці, мають відхилення від «нормальних» параметрів психічного функціонування (перебувають у так званому зміненому стані свідомості), однак вони не вважаються хворими до тих пір, поки у них не порушується виконання соціальних функцій.

Отже, поняття здоров'я ширше поняття норми, а поняття хвороби за змістом відрізняється від поняття патології. Дана обставина привела дослідників до пошуку позитивних концепцій здоров'я [4].

Позитивне визначення здоров'я не зводиться до звичайної відсутності хвороби, а намагається розкрити його автономний від хвороби зміст.

Мета статті – здійснити теоретичний аналіз понять «здоров'я» і «хвороба» як рівня норми і патології.

Загальне визначення здоров'я, запропоноване Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), включає такий стан людини, при якому:

- збережені структурні та функціональні характеристики організму;
- присутня висока пристосовність до змін у звичному природному та соціальному середовищі;
- збережене емоційне та соціальне благополуччя [1].

Критерії психічного здоров'я за визначенням ВООЗ:

- усвідомлення та відчуття безперервності, постійності свого «Я»;
- почуття сталості переживань в однотипних ситуаціях;
- критичність до себе та до результатів своєї діяльності;
- відповідність психічних реакцій силі та частоті впливів середовища;
- здатність управляти своєю поведінкою відповідно до загальноприйнятих норм;
- здатність планувати своє життя і реалізовувати свої плани;
- здатність змінювати поведінку залежно від життєвих ситуацій і обставин [2].

Дослідники Г.С. Абрамова та Ю.Л. Юдціч виділяють критерії психічного здоров'я, засновані на поняттях «адаптація», «соціалізація» та «індивідуалізація» [2].

Поняття «адаптація» включає здатність людини усвідомлено ставитися до функцій свого організму (травлення, виділення і т. ін.), а також її здатність регулювати свої психічні процеси (керувати думками, почуттями, бажаннями). Межі індивідуальної адаптації існують, але адаптована людина може жити в звичних для неї геосоціальних умовах [3].

Соціалізація визначається за трьома критеріями, пов'язаними зі здоров'ям людини. Перший критерій пов'язаний зі здатністю людини реагувати на іншу людину як рівну собі. Другий – визначається, як реакція на факт існування певних норм у відносинах з іншими і, як прагнення дотримуватися їх. Третій критерій визначає, як «людина» переживає свою відносну залежність від

оточуючих. Для кожної людини існує необхідна міра самотності, і якщо вона цю міру переступає, то відчувається погано. Міра самотності – це своєрідна співвіднесеність необхідності в незалежності, відокремленості від інших і свого місця серед свого оточення [3].

Індивідуалізація, за К.Г. Юнгом, дозволяє описувати становлення ставлення людини до самої себе. Людина сама усвідомлює свою власну неповторність як цінність і не дозволяє зруйнувати її іншим людям. Здатність визнавати та зберігати індивідуальність в собі та в інших – один з найважливіших параметрів психічного здоров'я [3].

Можливості адаптації, соціалізації та індивідуалізації є у кожної людини. Ступінь їх реалізації залежить від соціальної ситуації розвитку, ідеалів нормальної людини даного суспільства в даний конкретний момент. Однак, можна помітити і недостатність цих критеріїв для повного опису внутрішньої картини здоров'я. Вона, зокрема, пов'язана ще й з тим, що будь-яка людина потенційно має можливість подивитися на своє життя з боку та оцінити його.

При оцінці психології здоров'я важливо розрізнити поняття «стан здоров'я» і «самопочуття». Стан здоров'я - справжній стан справ в організмі за даними лікарського огляду. Самопочуття ж суб'єктивно і не завжди точно відображає об'єктивний стан здоров'я.

Ряд науковців (А.М. Громбах, А.Ш. Тхостов, В.В. Лебединський, Б.Д. Карвасарський) дослідили показники психічного здоров'я та визначили наступні чотири групи людей:

- 1) абсолютно здорові люди (скарг немає);
- 2) особи з легкими функціональними порушеннями, епізодичними скаргами астено-невротичного характеру, пов'язаними з конкретними психотравмуючими подіями;
- 3) особи з доклінічними станами та клінічними формами в стадії компенсації, зі стійкими астено-невротичними скаргами, поза рамками важких ситуацій (в анамнезі у таких людей неблагополуччя вагітності, пологів, діатези, травми голови і хронічні інфекції);
- 4) люди з клінічними формами захворювання у стадії субкомпенсації [4].

Таким чином, здоров'я взагалі та психічне здоров'я, зокрема, є динамічним поєднанням різних показників. Тоді, як хворобу, навпаки, можна визначити як звуження, зникнення або порушення критеріїв здоров'я, тобто як особливий випадок здоров'я.

У визначенні стану хвороби існують дві точки зору: хвороба є будь-який стан, діагностований професіоналом, та хвороба є суб'єктивне відчуття себе хворим. У першому випадку хвороба розглядається як оцінюваний за об'єктивними ознаками розлад функціонування.

Другий підхід теж має свої обмеження: стан, про який повідомляє пацієнт, швидше відображає його проблеми, а не сам розлад. До того ж при ряді важких соматичних станів змін самопочуття може і не виникнути (наприклад, при туберкульозі).

Поняття хвороби не стільки є відображенням об'єктивного стану людини, скільки виступає загальним теоретичним і соціальним конструктом, за допомогою якого звичайні люди та фахівці намагаються визначити і зрозуміти виникаючі порушення здоров'я. Зміст цього конструкту визначає бачення причин і проявів хвороби, а також напрямок досліджень і лікування різних розладів (рис. 1).



Рис. 1. Конструкт хвороби, характерний для європейської культури

Конструкт хвороби передбачає таку послідовність: причина – дефект – картина – наслідки. Він служить прообразом для висунення гіпотез, пояснення порушень і впливу на причини. Побачивши наслідки і загальну картину відхилень у психічній діяльності або поведінці, відповідно до конструкту хвороби, можна припустити, що за цими зовнішніми ознаками приховується якийсь дефект в самій людині, викликаний, у свою чергу, визначеними для такого дефекту причинами.

У даний час доведено, що із всіх чинників, що детермінують здоров'я людини, 50-55% припадає на спосіб життя. Одна з найважливіших біосоціальних категорій, інтегруючих уявлення про певний вид (тип) життєдіяльності людини – спосіб життя. Вона характеризується особливостями повсякденного життя людини, що охоплюють трудову діяльність, побут, форми використання вільного часу, задоволення матеріальних і духовних потреб, участь у громадському житті, норми і правила поведінки (Д. Н. Давиденко) [3].

Спосіб життя включає три категорії: рівень життя, якість життя і стиль життя.

Рівень життя – це ступінь задоволення матеріальних, культурних, духовних потреб (в основному економічна категорія).

Якість життя характеризує комфорт у задоволенні людських потреб (переважно соціологічний аспект).

Стиль життя – поведінкова особливість життя людини, тобто певний стандарт, під який підлаштовується психологія і психофізіологія особистості (соціально-психологічна категорія) [3].

Наряду з вище названими поняттями, медики та психологи використовують поняття «параметри життя», від яких залежить здоров'я людини.

Отже, хвороба – це далеко не будь-який розлад, а тільки такий, котрий потребує зміни («є потреба в лікуванні»). Потреба в лікуванні вважається

існуючою тоді, коли наявні ознаки відхилень (розлади) наносять шкоду професійній працездатності, повсякденній діяльності, звичним соціальним відносинам або заподіюють яскраво виражене страждання.

Оскільки стан хвороби передбачає особливий соціальний статус людини, не здатної виконувати соціальні функції в очікуваному обсязі, хвороба завжди виявляється пов'язаною з роллю хворого та обмеженнями рольової (соціальної) поведінки.

Сьогодні кращим вважається термін «психічні, особистісні та поведінкові розлади», що охоплює різні види порушень, включаючи хвороби у вузькому сенсі слова.

Отже, поняття здоров'я ширше поняття норми, а поняття хвороби за змістом відрізняється від поняття патології.

Список використаних джерел

1. Дунець Л.М. Здоровий спосіб життя як показник добробуту здобувачів вищої освіти. Добробут здобувачів освіти та учителів у сучасних умовах освітнього простору та соціуму: матеріали міжвузів. (заочної) наук.-практ.конф. (до 100-річчя Хмельницької гуманітарно-педагогічної академії) (Хмельницький, 26 лют.2021 р.). Хмельницький: ПП «А.В. Царук», 2021. С.44-46.
2. Дунець Л.М., Гаврилюк О.О. Психологія здоров'я: Навчально-методичний посібник. Хмельницький: ХНУ, 2006. 95 с.
3. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: Навчальний посібник / Укл. Ю.П.Никоненко. Київ : КНТ, 2016. 369 с.
4. Клінічна психологія. Підручники для студентів онлайн: https://stud.com.ua/28948/psihologiya/klinichna_psihologiya

ПІСЛЯПОЛОГОВІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Горобець Ю.В.

*студентка 4 курсу, групи МС 31-22
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Понад два мільйони жінок у світі страждають на посттравматичний стресовий розлад після пологів, наслідки якого можуть тривати роками. А втім, як лікарі, так і суспільство загалом цю проблему й досі переважно ігнорують.

До післяпологових психічних розладів належать: материнська меланхолія, післяпологова депресія, післяпологовий психоз.

Післяпологова депресія – це розлад настрою, який може розвинути у жінок після пологів. Матері, які переживають післяпологову депресію, відчувають пригнічення, тривогу, зниження настрою та виснаження. Післяпологова депресія може викликати настільки сильні почуття пригніченості та тривоги, що жінки втрачають здатність піклуватися про себе та свою сім'ю.

Симптоматика післяпологової депресії відповідає діагностичним критеріям клінічної депресії. Основний відмінний критерій – розвиток депресії саме в післяпологовому періоді, а саме протягом 6 - ти тижнів після пологів. Як правило, післяпологова депресія починається в перші дні або перші 2 тижні після пологів і продовжуються від 1 до 6-7 місяців. Цей розлад, виникає у близько 15% породіль.

Вона включає в себе короткочасні зниження настрою з тривогою, страхами, байдужістю і ворожістю до дитини, порушеннями сну, загальним виснаженням. Супроводжується порушенням соціальної адаптації, зниженням якості життя, появою суїцидального ризику.

Поряд із основними симптомами є характерні симптоми:

- крайній песимізм, почуття невдоволення, дратівливість, почуття пригніченості, безнадії, спустошеності або перевантаження.
- частий, безпричинний плач, почуття стурбованості або надмірної тривоги.
- труднощі у зосередженні уваги, запам'ятовуванні та прийнятті рішень.
- почуття гніву чи люті. Втрата зацікавленості до зазвичай приємних занять.
- уникнення або відсторонення від друзів та членів сім'ї. Труднощі у побудові емоційної прив'язаності зі своєю дитиною, постійні сумніви у власній здатності дбати про свою дитину.
- думки про заподіяння шкоди собі або дитині.

Страх скривдити дитину, що призводить до уникання контактів із нею. Матері втрачають інтерес до дитини, перестають доглядати за нею, їх дратує дитячий плач.

У такому стані дуже складно почувати себе задоволеною та повноцінно здійснювати щоденний догляд за собою та дитиною, а головне отримувати задоволення від материнства.

Після пологів може виникати не лише депресія, це може бути так звана «післяпологова «туга» – меланхолія (baby blues)». Це перехідний стан емоційного спалаху.

50-80% жінок відчуває це в перші 2 тижні після пологів, симптоми є виражені помірно, тривають один-два тижні та згодом минають. Кожна 2-га мама це відчувала на 3-5 добу після пологів.

До симптомів належать:

- знижений настрій (безпричинна зміна настрою),
- тривога,
- плаксивість «сльози на краю»,
- втома (відчуття безпорадності),
- порушення сну.

Це почуття стурбованості, смутку та втоми, які багато жінок відчувають після народження дитини. Новонароджені потребують багато уваги, тому для матерів цілком нормально тривожитися чи відчувати втому, доглядаючи за дитиною. При цьому стані лікування непотрібне.

Найважчою формою є післяпологовий психоз. Страждає лише 0,1% жінок. Стан досягає максимуму на 1-3 тиждень після пологів. Основні симптоми:

- знижений чи піднесений настрій,
- зміна в поведінці,
- марення, галюцинації.

При цьому стані необхідна термінова госпіталізація.

Проблема є в тому, що більшість жінок, переважно не звертаються за допомогою. Це пов'язано зі страхом соціальної стигматизації та специфічними психопатологічними порушеннями у вигляді різноманітних соматичних симптомів, емоційної нестійкості, труднощів, пов'язаних із доглядом за дитиною. А також оскільки не було проведено своєчасної діагностики.

Які причини виникнення післяпологової депресії? Цей розлад не має єдиної причини виникнення, та, імовірно, розвивається в результаті поєднання фізичних та емоційних чинників. Проте до основних факторів належать:

1. Симптоми депресії під час або після попередньої вагітності.
2. Наявність депресії або біполярного розладу в минулому.
3. Депресія або інші психічні захворювання у членів родини.
4. Стрессова життєва подія протягом вагітності або невдовзі після народження дитини (наприклад, втрата роботи, смерть близької людини, насилля в сім'ї або власна хвороба).
5. Особливості сім'ї та соціального оточення під час вагітності. Зміни, що відбуваються в житті сім'ї після появи дитини, також відіграють певну роль у виникненні депресії. Стосунки між подружжям, батьківські відносини, поточні та попередні життєві події відбиваються на стані матері й дитини. Жінки з післяпологовою депресією соціально ізольовані та позбавлені емоційної підтримки. Але це також може бути наслідком і незапланованої вагітності, безробіття у батька чи матері немовляти. Одинокі матері частіше відчувають депресивні стани.

6. Дефіцит емоційної підтримки з боку чоловіка, партнера, сім'ї або друзів.
7. Психологічні особливості жінки (темперамент, характер, особистість). Поєднання внутрішніх особистісних конфліктів, дисгармонійні відносини в родині, незадовільні стосунки із власною матір'ю, наявність психотравмуючих чинників є факторами ризику.
8. Психологічна готовність жінки до материнства. На це впливає низка факторів до яких належать: вік матері, загальне відношення матері до вагітності та майбутньої дитини, до процесу пологів.
9. Негативні переживання, стійкі страхи, виникнення неоднозначних почуттів до майбутньої дитини, а інколи своєрідне ігнорування вагітності, можуть свідчити про наявність у майбутньої матері неусвідомлюваних внутрішніх проблем, конфлікту між бажанням мати дитину і неготовністю до рішучих змін в собі та житті.
10. Пологи, як стресовий чинник, та медичні ускладнення під час пологів, зокрема передчасні пологи або народження дитини з проблемами зі здоров'ям. Пологи і догляд за новонародженим супроводжуються підвищеною емоційною напруженістю, що забезпечується включенням багатьох фізіологічних систем організму жінки. Також можна зазначити і особливості пологів: те, як вони протікали (природним шляхом чи з медичним втручанням), хто перебував поруч із жінкою, як здійснювалося втручання, в яких умовах відбувалися пологи тощо.
11. Проблеми зі зловживанням алкоголем чи психоактивними речовинами. Зловживання алкоголем є важливим фактором ризику депресії у післяпологовому періоді, що є проблемою не лише у жінок, які вживають алкоголь, а й у членів їх сімей. Вживання алкоголю під час вагітності може також вплинути на здатність майбутніх матерів, до адекватної батьківської ролі. Матері, які вживають алкоголь, менш уважні до своїх дітей, і не можуть забезпечити відповідної сімейної гармонії.

Окрім цього, багато матерів не мають можливості сповна відпочити, щоб цілком відновити свої сили після народження дитини. Постійне недосипання може призводити до неприємних фізичних відчуттів і виснаження, що теж сприяє розвитку післяпологової депресії.

Саме члени сім'ї та друзі нерідко є першими, хто розпізнає симптоми післяпологової депресії у матері. Вони можуть попросити чи запропонувати їй звернутися до лікаря, надати емоційну підтримку та допомагати у виконанні щоденних обов'язків у догляді за дитиною.

Список використаних джерел

- 1 Бабич Т. Ю. Беременность и роды у женщин с различными типами тревожности. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. К. : Інтермед, 2008. С. 442-444.
- 2 Кулага М. С. Динамика тревожных состояний женщин в дородовый и послеродовый период. Философия и социальные науки. 2014. №3. С. 68-71.

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ДОГЛЯД ЗА ПАЦІЄНТАМИ ХВОРИМИ НА ОНКОЛОГІЮ В ЛІКАРНІ

Каюров Д.В.

студент 3 курсу, МС 31-22

ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

На думку провідних фахівців важливо вказати на травматичність операційного втручання для пацієнтів похилого і старечого віку через наявність супутніх захворювань. Тому велике значення надається уважності догляду за хворими в післяопераційний період.

Залежно від загального стану хворого, виду знеболювання, особливостей операції і спеціальних вказівок лікаря, медична сестра забезпечує певне положення хворого в ліжку.

У перші години після наркозу, до появи чітких ковтальних рефлексів і відновлення тону мускулатури, не потрібно піднімати голову хворого (для запобігання западанню язика). У разі необхідності доцільно ввести повітровід. Пробудження хворих може супроводжуватись блюванням. Для профілактики аспірації блювотних мас потрібно повернути голову набік, очистити рот серветкою або відсмоктувачем. Медична сестра повинна спостерігати за зовнішнім виглядом хворого, за пульсом, вимірювати артеріальний тиск, стежити за диханням, сечовипусканням, а також за станом пов'язки. Різка зниження артеріального тиску, що супроводжується пришвидшенням пульсу, холодним потом, блідістю, частим поверхневим диханням, може бути проявом післяопераційного шоку, кровотечі, гострої серцево-судинної недостатності та та / або надниркових залоз.

Помітивши такі симптоми, медична сестра зобов'язана викликати лікаря, який призначить відповідне лікування. Якщо під час наркозу застосовувались міорелаксанти, то можлива пізня зупинка дихання (рекураризація). Хворий стає в'ялим, не може підняти руку, дихання стає поверхневим. У таких випадках необхідна штучна вентиляція легень. Для зменшення болю після операції застосовують наркотичні анальгетики, дія яких триває протягом 4-5 годин. Якщо вводити їх чітко по годинах, то пацієнта можна захистити від болю майже повністю. У першу добу після операції необхідний постійний контроль за станом пов'язки, кількістю і характером виділень з рани. Якщо в рані залишені дренажі, тампони і очікується просякання пов'язки, необхідно попередити про це хворого і вжити заходів для попередження забруднення білизни виділеннями з дренажів [1].

При значному просяканні пов'язки, особливо кров'ю, медична сестра зобов'язана повідомити про це лікаря. Особлива увага надається дихальній і лікувальній гімнастиці. Хворому пропонують періодично відкашлюватись, притримуючи ділянку рани рукою, здійснювати щогодини по 8-10 глибоких дихальних рухів, надувати повітряні кульки тощо. Застосування лікувальної

гімнастики сприяє відкашлюванню харкотиння, посилює кровообіг у легенях, а також значно покращує їх вентиляцію.

Онкологічним хворим категорично протипоказані теплові процедури (гірчичники, компреси), оскільки це призводить до посилення росту пухлини. Для розрідження харкотиння і швидшого видалення його під час кашлю застосовують лужні інгаляції з трипсином, хімотрипсином. Це сприяє зняттю больового синдрому і доброму відкашлюванню. За можливості, якомога раніше хворого піднімають з ліжка. Онкологічні хворі мають схильність до тромбоутворення.

Активний спосіб життя пацієнта покращує кровообіг, зменшує можливість утворення тромбів. Для профілактики цих ускладнень в день операції вводять антикоагулянти прямої дії (гепарин – по 5000 ОД 4 рази на добу; фраксипарин – 1 доза на добу). Тромбофлебіт може уражати глибокі та поверхневі вени. Хворі скаржаться на біль у кінцівці, набряк, появу щільних болючих тяжів по ходу вен. Особливо небезпечний тромбоз глибоких вен. Тромб, який утворився у вені, відірвавшись, з течією крові може потрапити в легеневу артерію і спричинити емболію її основного стовбура. Дрібніші тромби стають причиною інфаркту легень. Скарги на біль і швидко зростаючий набряк кінцівки повинні насторожити медичну сестру. Хворому призначають суворий ліжковий режим. Лікування тромбофлебіту зводиться до надання кінцівці підвищеного положення, накладання компресів з маззю Вишневського або гепариновою маззю. Застосовуються також антикоагулянти, антибіотики, антиагреганти (аспірин, курантил) та постійний контроль за показниками згортальної системи крові [2].

Список використаних джерел

1. Мухаровська І.Р. Медико-психологічна допомога для онкохворих на різних етапах лікувального процесу. 2017. № 1(9). С. 1-5.
2. Cancer Incidence in Five Continents, Volume IX . IARC Scientific Publication, № 160. Curado, M.P., Edwards, B., Shin, H.R., Ferlay, J., Heanue, M., Boyle, P., Storm, H. 2008, 897 p.

ГЛУХОТА ТА ТУГОВУХІСТЬ У ДІТЕЙ. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Кучеревська С.М.

Студентка 4 курсу, групи МС 41-21

ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

Нормальне функціонування органа слуху має одне з вирішальних значень для загального розвитку людини. Це визначається тим, що завдяки слуховому аналізатору людина отримує інформацію про навколишній світ.

На жаль, останнім часом збільшилась кількість дітей з вродженими вадами слуху. Відповідно до наукових досліджень, більшість дітей, які нечують, мають вроджені вади слуху. Але в Україні у віці до трьох-чотирьох років виявляють тільки частину таких дітей. Часто батьки помічають у малюка якесь відхилення у реакціях, поведінці, однак списують особливості характеру дитини, сподіваються, що вона «переросте» цю своєрідність і далі буде розвиватись нормально. Реально такий розвиток подій практично неможливий – проблема зниження слуху призводить до затримки мовного та інтелектуального розвитку, навичок спілкування, подолати які у шкільному віці надзвичайно важко.

Дитина, що народилася глухою або втратила слух в перші два роки життя, виявляється в іншому становищі по відношенню до оточуючих її людей. Порушення спілкування частково ізолює її від людей, ускладнює формування самосвідомості та інших особистісних формувань.

Будучи однією з важливих характеристик і властивостей навколишніх предметів, а також явищ живої і неживої природи, звук збагачує уявлення дитини про навколишній світ. У розвитку дитини, оволодінні предметними діями і пізнання предметів, тісно пов'язані зі сприйняттям звуку як однієї з властивостей предметів. У процесі сенсорного розвитку дитини відбувається формування звукових диференціювань: на початку за принципом звучить – не звучить, далі – з урахуванням різних характеристик звуку: його гучності, висоти, тембру складних звуків, тому звук є одним з регуляторів поведінки і діяльності людини.

Особливості особистісного розвитку дітей-інвалідів по слуху, застосування нових методик обстеження емоційно-вольової сфери давно привертають увагу дослідників. На думку американського вченого Д.Ф. Моореса, розбіжність в результатах є неадекватністю використовуваних методик, так як більша частина методик вимагає високого рівня розвитку мови. При використанні проєктивних методів найчастіше від випробовуваних чекають розгорнутих висловлювань, в яких повинні бути описані події реального і внутрішнього життя людини. Крім того, ситуація тестування травмує глуху людину, тому що майже всі дослідники – люди, якічують, використовують усну мову, в якій для глухої людини багато незнайомих слів. Навіть при використанні жестової мови ситуація виглядає штучною: дослідник використовує усне мовлення, глухий – і усну, і письмову, і жестову. І нарешті, у всіх випадках

виникає проблема встановлення відповідності при перекладі. Тому на сучасному етапі дослідження особистісних особливостей людей з порушеннями слуху існує багато питань як теоретичного, так і методичного плану. За останні десятиліття вчені активно вивчали вплив сенсорної депривації на психічний та фізичний стан дитини. Проте в ході аналізу літератури було виявлено, що більшість даних з проблеми дослідження психофізіологічних параметрів у дітей із сенсорною депривацією вивчено недостатньо і не дають повного уявлення про вплив депривації на загальний функціональний стан дитини. Вивчення особливостей особистісного розвитку дитини з порушеним слухом вельми актуально, так як з точки зору сучасної сурдопсихології тільки глибоке вивчення цього питання дозволить проявити і правильно інтерпретувати специфіку особистісного розвитку дитини з порушеним слухом в сучасних умовах; виконати психологічно обґрунтовану характеристику як емоційної, так і міжособистісної сфер дитини-інваліда по слуху.

Порушення слуху можуть бути спричинені різними інфекційними захворюваннями у дітей, несприятливою вагітністю та генетичними факторами. На основі психологічної та педагогічної класифікації спеціальна освіта надається дітям з різним рівнем слухання та мовного розвитку. Коли дитина вступає до тієї чи іншої спеціальної школи, одночасно будуть враховуватися ступінь порушення слуху та рівень розвитку мови. Тому рекомендується також глухим дітям з вищим рівнем мовного розвитку та усталеними навичками розуміння усної мови ходити до шкіл для глухих. Розвиток особистості та самосвідомості дітей з вадами слуху відбувається за складних умов труднощів спілкування з іншими, повільнішої обробки інформації, біднішого та менш різноманітного досвіду та обмежених можливостей для спонтанного засвоєння соціального досвіду. Відносини між дітьми з вадами слуху та їхніми батьками, а також стосунки між їхніми батьками мають важливий вплив на розвиток особистості. Якщо один або обидва батьки негативно впливають на дитину протягом тривалого часу, спотворюють ставлення дитини до них, то це стає фактором ризику, що може призвести до ушкоджень у розвитку її особистості. Цілеспрямована психологічна корекція стосунків між батьками та дітьми може бути важливим засобом впливу на розвиток особистості дітей з вадами слуху. Поведінкові характеристики батьків дітей з вадами слуху різноманітні: вони неправильно оцінюють здібності своїх дітей – вони або приділяють їм надзвичайно багато уваги, або не приділяють їй взагалі. Ця екстремальна ситуація заважає дітям своєчасно успішно брати участь у соціальних взаємодіях. На розвиток емоційного поля глухих дітей впливають певні несприятливі фактори. Порушення вербального спілкування може ізолювати дитину від інших людей, що створює труднощі у засвоєнні соціального досвіду. Відставання в мовному розвитку негативно вплине на усвідомлення ними власних та інших емоційних станів та призведе до спрощення міжособистісних стосунків.

Ми також описуємо систему корекційної роботи, яка сприятиме розвитку емоційної грамотності, навичок самоконтролю та самооцінки, розвитку дітей з вадами слуху та вдосконаленню їх пізнавальних процесів, з тим щоб розвивати

на більш високий рівень їх психічні процеси. Таким чином, в результаті дослідження, виявили, що протягом шкільного віку відбуваються істотні зрушення в розвитку емоційної сфери дітей з вадами слуху – вони опановують багатьма поняттями, що відносяться до емоцій і вищих соціальних почуттів, краще пізнають емоції по їх зовнішньому вираженню і словесному опису, правильно визначають причини, що їх викликають. Це відбувається в значній мірі в результаті розвитку пізнавальної сфери – пам'яті, мови, словесно-логічного мислення, а також завдяки збагаченню їхнього життєвого досвіду, збільшення можливості їх осмислення. Спрямованість на особистісний розвиток, в кінцевому підсумку робить вплив на активізацію розумової діяльності, веде до вдосконалення процесу, як підготовки, так і навчання дітей-інвалідів по слуху.

ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ БУЛІМІЇ

Пішенина К.В.

студентка 4-го курсу, групи МС 41-21

ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

Булімія або просте людське обжерливість не так давно увійшло в наш лексикон. Це совсем не говорить про те, що не було раніше такого захворювання, але скоріше це свідчить, що саме зараз в останні десятиліття воно стало настільки поширеним і найголовніше - згубним, що ми просто не можемо не говорити про нього.

Розмови і перші діагнози про булімії стали надходити природно зі ЗМІ. Як ні парадоксально, але саме на самому початку свого «розвитку» як захворювання, булімія була найбільш небезпечною. Адже саме в 70-х роках 20 століття знаменита манекенниця Твіггі ввела моду на дівчаток-тростинок і стала першою найзнаменитішою жертвою булімії: після тривалого голодування і подальшого нападу обжерливості у неї відмовило серце, манекенницю в стані клінічної смерті доставили в лікарню і насилу відкачали.

До наших днів булімія дісталася, вже набравши величезну силу. Тепер ми навряд чи зможемо зустріти сучасної людини, і тим більше дівчину, хто б не зміг пояснити значення даного поняття. І це цілком природно, коли більшу частину інформації ми отримуємо зі ЗМІ, яка практично переповнена повідомленнями про випадки захворювань на булімію найвідоміших і популярних особистостей, яких молоде покоління вибирає для себе як ідеал для наслідування. Так одна з найбільш затребуваних фотомоделей наших днів Кейт Мосс відмовлялася від їжі, щоб зберегти плоску дитячу фігуру, а коли починала є, вже не могла зупинитися і багато разів лікувалася від булімії в престижних закритих клініках.

Здається, що нічого більш сказати у визначенні даної теми, як актуальною, адже актуальні значить важливий, суттєвий для справжнього моменту. А що може бути важливішим, ніж виховання нових поколінь здоровими і под сенсах повноцінними людьми.

Мені цікаво, чому люди хворіють на цю хворобу. Чому одним вдається уникнути її, іншим потрібен якийсь час на лікування булімії, а треті страждають від неї багато років. Цікаво, які думки спонукають молодих і красивих молодих дівчат і жінок прийняти рішення скористатися таким методом схуднення. Виходячи з того, що хвороба відносять до психосоматичної, цікаво які психологічні особливості можна спостерігати у людей, схильних до булімії.

У засобах масової інформації зустрічається безліч матеріалів про булімії. Одна з причин зростання суспільного інтересу – трагічний підсумок, який можуть мати ці захворювання. У 1982 році нація була вражена смертю Карен Карпентер, популярної співачки і ведучої телешоу. Серйозну заклопотаність також викликає поширеність подібних проблем серед дівчаток-підлітків і молодих жінок.

Практикуючі лікарі тепер розуміють, що схожість між анорексією і булімією може бути настільки ж важливим, як відмінності між ними. Так, які страждають на анорексію, переконавшись у втраті ваги, можуть почати переїдати і у деяких з них, таким чином, може розвинутися булімія. І, навпаки, у людей з булімією іноді розвивається анорексія.

Число людей, схильних до булімії зростає неймовірно: худорба стає нав'язливою національною ідеєю. Люди прагнуть скинути якомога більше кілограмів та в результаті доходять до небезпечної межі. Тут можливі дві схеми харчування: обмеження споживаних продуктів і обжерливість з наступним очищенням шлунка.

Основні особливості нервової булімії – прагнення до худорби, страх набрати вагу, упереджене ставлення до їжі, когнітивні розлади, психологічні проблеми і проблеми зі здоров'ям, включаючи відсутність менструальних циклів.

МЕДИЧНА СЕСТРА У СИСТЕМІ ХОСПІСНОЇ ТА ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Рибальченко Н.І.

*студентка 4 курсу, групи МС 41-21
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Починаючи з другої половини ХХ століття, у більшості розвинених країн світу створення та розвиток системи або служби паліативної і хоспісної допомоги населенню стає однією з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних проблем урядів і суспільства. Ця проблема рік від року набуває все більшої актуальності, що зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників: демографічних, медичних, соціально-економічних, політичних, морально-етичних тощо.

У світі щороку понад 25,5 млн. людей помирають від тяжких невиліковних захворювань, і ще 35 млн. осіб живуть, страждаючи від цих захворювань, що разом становить майже 61 млн. осіб. На жаль, значна частина таких пацієнтів закінчують своє життя у стражданнях і муках через невгамовний біль, важкі порушення функцій організму, неспроможність до самообслуговування, загальну слабкість, депресії тощо, що спричиняє значне зниження якості життя. За оцінками експертів, щороку у світі, приблизно, від 26,8 млн. до 40 млн. таких пацієнтів потребують паліативної і хоспісної допомоги.

Одним із викликів ХХІ століття є необхідність розвитку паліативної допомоги населенню (від лат. *pallium* – покривало, покрив, покриття). Йдеться про захист і всебічну опіку пацієнтів, які страждають від прогресуючих захворювань на пізніх стадіях розвитку (метастазування злоякісних пухлин, повна втрата самостійності при нейродегенеративних захворюваннях (СНІДі), туберкульозі, деякі форми серцевої недостатності тощо). Всесвітня організація охорони здоров'я визнала паліативну допомогу окремим напрямом медицини у 1982 році, в Україні вивчення цієї проблеми з державних позицій і перші практичні кроки розпочалися з 2008 року.

На відміну від традиційної медичної допомоги, паліативна і хоспісна допомога має на меті, у першу чергу, покращити якість життя шляхом полегшення фізичних страждань паліативних пацієнтів – подолання або суттєвого зменшення болю та інших тяжких симптомів хвороби, сприяння підтримки його психоемоційного стану, духовного / релігійного супроводу, а також забезпечення соціальних потреб та покращення умов життя паліативного пацієнта та його родини. Право на паліативну і хоспісну допомогу належить до основних прав людини в сучасному світі. Рівний доступ до служб паліативної і хоспісної допомоги повинен бути гарантований населенню в усіх країнах, відповідно до потреб і незалежно від рівня доходів, культурних і етнічних ознак пацієнтів. Крім того, це не має створювати значні фінансові труднощі, особливо для паліативних пацієнтів з малозабезпечених і незахищених верств населення.

Паліативна допомога є важливою складовою системи охорони здоров'я та соціального захисту громадян України і забезпечує реалізацію прав людини на гідне завершення життя та максимальне зменшення болю і страждань.

На даний час медична сестра уособлює наймасовішу медичну професію в Україні. Найважливішими завданнями професійної діяльності сучасної медичної сестри є: комплексний всебічний догляд за пацієнтами і полегшення їх страждань, відновлення здоров'я та реабілітація, сприяння зміцненню здоров'я та попередження захворювань.

Істотне місце відводять ролі медсестри саме в паліативній медицині. Медсестра відіграє важливу роль в мультидисциплінарній бригаді. Саме вона є опорою для помираючого, оцінює його стан і настрій, складає план догляду, регулює інтенсивність болю, задовольняє його нагальні потреби (дієту, питний режим, профілактику пролежнів), підтримує близьких хворого.

В той же час однією з причин низької доступності чи недостатньої якості (обсягу) паліативної допомоги є те, що українські медсестри не володіють повним комплексом знань і навичок у цій галузі, а також те, що в Україні на даному етапі відсутнє цілісне бачення системи професійного вигорання медичних фахівців та медичних сестер зокрема.

В Україні паліативна допомога є видом медичної допомоги і застосовується тільки стосовно до невиліковно хворих пацієнтів з прогнозованою (обмеженою) тривалістю життя і членів їх сімей.

Україна в умовах реформування системи охорони здоров'я має приділяти особливу увагу питанням створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги, яку багато авторів визначають як інноваційний вид медико-соціальної допомоги хворим на захворювання, що загрожують або обмежують життя пацієнта, у т. ч. інкурабельним пацієнтам та у термінальних стадіях захворювань, і членам їх сімей.

Починаючи з другої половини ХХ століття, у більшості розвинених країн світу створення та розвиток системи або служби паліативної і хоспісної допомоги населенню стає одним з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних завдань урядів та суспільства. Рік від року це набуває все більшої актуальності, що зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників: демографічних, медичних, соціально-економічних, політичних, морально-етичних тощо.

Хоча Всесвітня організація охорони здоров'я та міжнародні фахові організації визначають паліативну хоспісну допомогу як невід'ємну частину систем охорони здоров'я країн світу, тим не менш, сьогодні відзначається недостатня доступність населення до паліативної хоспісної допомоги у багатьох країнах, у т. ч. і в Україні.

Станом на 01.10.2018 в Україні у системі охорони здоров'я діяли 19 хоспісів (567 ліжок) і 68 відділень паліативного догляду у закладах різного профілю (1626 ліжок). Це 64,3 % від потреби.

Практично відсутня система допомоги невиліковно хворим вдома (11 мультидисциплінарних бригад) і програм паліативної допомоги дітям, які діють

лише в 5 містах. Це недостатньо для забезпечення потреби, оскільки населення у першу чергу сільської місцевості не має доступу до спеціалізованої паліативної та хоспісної допомоги. У 2017 р. паліативну та хоспісну підтримку у закладах охорони здоров'я одержали 20,3 тисячі тяжкохворих осіб.

Майже всі ці заклади – комунальні або державні. Оскільки хоспісна допомога, яка надається за всіма міжнародними стандартами, дуже дороговартісна послуга, то в основному в Україні вона розвивається у форматі сестринської допомоги та догляду. У хоспісах або відділеннях хоспісного догляду надається переважно медична підтримка (медсестринська).

Робота медсестри в хоспісі пов'язана з великими психологічними і фізичними навантаженнями. Тому медсестра, яка працює з інкурабельними пацієнтами, повинна бути психологом, вчителем, наставником. Роль медсестри, яка працює з тяжкохворими пацієнтами незмірно зростає, тому що в більшості випадків хворий не може сказати, що його турбує. У пацієнтів, госпіталізованих в дане відділення, в шлунок може бути введений зонд, в черевній порожнині знаходиться кілька дренажних трубок, а в сечовому міхурі – катетер. Все це вимагає від медсестри при догляді максимальної уваги, розуміння своїх завдань, відповідального виконання призначень лікаря.

Своєчасне інформування про найменші зміни в стані хворого і реєстрація їх в аркуші спостереження є найпершим завданням медсестри. Реєстрація медсестринського спостереження та догляду дає можливість виявити дефіцит обслуговування пацієнта, розкриває повну інформацію про виконану медсестрою роботу, економить час і трудові витрати, дозволяє встановити ким, коли і якого роду догляд був забезпечений, наочно показує стан пацієнта.

Робота палатної медсестри в хоспісі відрізняється великими фізичними та емоційними навантаженнями, динамічна, насичена виконанням медсестринських маніпуляцій (профілактика пролежнів, догляд за стоною, годування стомованих хворих, перев'язки, інфузійна терапія, катетеризація сечового міхура і т.д.). У процесі догляду важливо пам'ятати не тільки про основні потреби людини в питті, їжі, сні тощо, але й про потреби конкретного пацієнта – його звички, інтереси, ритм його життя до початку хвороби.

Медсестра хоспісу як особистість у соціальному і психологічному плані не обмежується «вузькою» лікувально-профілактичною діяльністю, а бере участь у вирішенні складних проблем пацієнта і його родини. Прийняття таких рішень вимагає від медсестри великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння ступеня відповідальності перед хворим, колективом закладу, де вона працює, нарешті, перед суспільством. Складність положення посилюється і тим, що вона не може гарантувати абсолютного успіху і в той же час повинна знайти можливість допомогти пацієнтові, а якщо всі можливості вичерпані – мати мужність сказати про це.

Нерідко звістка про катастрофу, що насувається, людина сприймає з належною мужністю і, отже, стає добровільним учасником свого лікування, помічником медсестри. Але буває й по-іншому: в силу якихось причин у нього в душі розігрується емоційна буря, проривається бар'єр первісного спокою. Страх

від майбутньої зустрічі зі смертю витісняє всі інші думки, сковує життєдіяльність, хворий повністю йде в світ своїх настроїв і переживань, втрачає здатність до критичного, логічно ясного мислення. Розумні люди починають вести себе безглуздо, важко піддаються переконанням, прирікають себе на зайві муки.

Медсестринському персоналу щодня доводиться будувати взаємини з пацієнтами, з яких 50 % приблизно тривожно-стурбовані і вимагають повної інформації про стан здоров'я. З такими хворими необхідно вміння вислухати, вникнути в їх проблеми. 38 % пацієнтів байдужі до змін в організмі, до змін у стані здоров'я або шукають можливість відходу. Цей контингент вимагає залучення до діяльності (навчання), інформованості про прогнозування та профілактики і зміни способу життя. Решта 13 % тверезо оцінюють свій стан, потребуючи лікарської і медсестринської допомоги з метою адаптації. Медсестра повинна бути готова взаємодіяти з будь-якою особою. У цьому полягає одна з її головних професійних якостей.

Пам'ятаючи про те, що нещасття і страх в будинку хворого можуть бути причиною невдачі паліативної допомоги, медична сестра проводить бесіди з родичами, роз'яснюючи про стан здоров'я їх близької людини, і навчаючи догляду за хворим в термінальній стадії злоякісного захворювання. Важлива частина програм паліативної допомоги — підтримка в період тяжкої втрати. Медична сестра, що працює в сфері паліативної допомоги, повинна вміти розпізнати і звернути увагу на ознаки ускладненого або патологічного перебігу періоду тяжкої втрати.

Всесвітня організація охорони здоров'я називає професійний стрес хворобою двадцять першого століття, тому що цей вид стресу зустрічається в будь-якій професії будь-якої країни світу, досягаючи розмірів «глобальної епідемії». Окремою категорією в переліку високострессогенних професій є медичні працівники, особливо медичні сестри, фах яких вимагає найтривалішого та найтіснішого з-поміж усіх медичних спеціалістів спілкування з пацієнтами. До медсестер ставляться дуже високі вимоги пацієнтами, їх рідними та близькими, колегами. При зверненні за допомогою до медичних фахівців пацієнти очікують їх зацікавленості, уваги, бажання зрозуміти і допомогти, терпимості та доброзичливості, при цьому не завжди відповідаючи взаємністю, що призводить до виникнення так званого «асиметричного спілкування». Тому напруження на роботі, яке виникає внаслідок підвищених вимог та водночас надзвичайно низької можливості впливу на процес діяльності, може бути одним із факторів розвитку професійного стресу. Особливо це стосується паліативної і хоспісної допомоги, якщо фахівці не зорієнтовані на правильний результат (зменшення страждань, а не одужання).

Феномен емоційного «вигорання» тривожить медичну громадськість у двох аспектах: як фактор зниження якості медичного обслуговування та порушення інтересів пацієнта; як медико-соціальна проблема руйнування особистості спеціалістів високого класу в професії гуманістичного спрямування.

Досвід зарубіжних країн, наприклад Словаччини, США переконливо свідчить, що основним фахівцем у наданні паліативної хоспісної допомоги є медична сестра. Саме медична сестра реагує на проблеми пацієнта, які виникають у зв'язку з хворобою, в даному разі невиліковною. Перейшовши з медичної на медсестринську модель сестринської справи у галузі підготовки медичних сестер, Україна гальмує у переході до цієї моделі у практичній охороні здоров'я.

При аналізі кадрового дефіциту у сфері паліативної хоспісної допомоги окремі автори апелюють до престижу та оплати праці медичних працівників, констатуючи, що незначна частина медпрацівників бажають працювати у сфері паліативної допомоги, оскільки престиж цієї роботи є низьким порівняно з іншими медичними спеціальностями, а заробітна платня медсестер нижча за реальний прожитковий мінімум. Проте, причин набагато більше, і однією з них є високий рівень емоційного напруження.

У низці наукових досліджень та міжнародних документів звертається увага на необхідність спеціальної підготовки медичних кадрів, які працюють з невиліковними пацієнтами, та вказується, що відповідний рівень підготовки медичних працівників, поряд з адекватним фінансуванням, стандартизацією послуг, наявністю мережі закладів, є одним з головних чинників розвитку й ефективного функціонування паліативної допомоги. Освітній чинник є також важливим засобом попередження синдрому професійного вигорання, оскільки дефіцит професійних знань і навичок, як з надання допомоги, спілкування з інкурабельними хворими та їх оточенням, так і з психологічного самозахисту, також є одним з факторів, який провокує стрес у медичних працівників.

Окрім професійних медичних знань про симптомокомплекс, що виникає у інкурабельних хворих, медичні сестри повинні бути обізнаними зі змінами психологічного, емоційного та духовного стану людини під час хвороби, особливо невиліковної. Догляд за паліативними пацієнтами повинен бути поєднаний з наданням психологічної підтримки самому пацієнтові та членам його родини. Медичні сестри, які працюють з хворими в термінальній стадії, мають підвищений ризик тривалого професійного стресу та синдрому професійного вигорання, рівень якого може бути зменшений шляхом адекватної фахової та психологічної підготовки. Такої спеціальної підготовки потребують медичні сестри як первинної ланки медико-санітарної допомоги, так і високоспеціалізованих медичних закладів.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ: ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДО ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

Фоміч Т.О

Студентка 4 курсу, групи МС 41-21

ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

Аналіз психологічних складових періоду вагітності останнім часом все частіше виступає як предмет наукового вивчення. На думку сучасних дослідників, зростання патології вагітності і перинатального розвитку дитини свідчить про те, що обмеження вивчення вагітності і пологів рамками медичного підходу, яке довгий час мало місце в нашій країні, робить неможливим рішення проблеми формування здорового покоління.

Підвищення суспільного інтересу до психології особистості і екзистенціальних проблем буття сприяло виникненню на Україні, у країнах Західної Європи і США руху за гуманізацію вагітності, пологів і перинатальної стадії розвитку людини. В роботах Г. Брехмана, В. Брутмана, А. Захарова, Д. Пайнз, В. Петленко, Г. Філіппової, G. Vibring, K. Bonnet, S. Lebovisi, P. Shereshevsky, L. Yarrow, T. Vemu і інших сама вагітність і внутріутробне формування дитини в цей період розглядаються як унікальний психологічний феномен, що вимагає відповідних методів дослідження і виходить далеко за рамки чисто фізіологічних процесів.

На сьогоднішній день увагу дослідників привертають дві проблеми материнства та батьківства: формування образу майбутньої дитини та психологічні стреси, пов'язані з материнством та батьківством. Сучасні дослідники відзначають, що формування образу майбутньої дитини у жінки починається задовго до настання першої вагітності і продовжується впродовж всього періоду очікування дитя. У якості детермінант перцептивних процесів вагітної жінки по відношенню до дитини розглядаються особистісні характеристики жінки, особливості її взаєностосунків з членами батьківської сім'ї, з сексуальним партнером.

Проте в рамках загальнопсихологічного підходу все ще не вирішеними залишаються наступні задачі: виявлення основних структурних, змістовних, функціональних і динамічних особливостей образу майбутньої дитини у вагітної жінки; аналіз етапів становлення образу майбутньої дитини в онтогенезі жінки; взаємозв'язок різних характеристик образу майбутньої дитини з особливими особливостями вагітної жінки, з психологічним і соматичним статусами матері і дитини. Вивчені літературні джерела дозволяють говорити про те, що психокорекції гострих і хронічних стресових станів у вагітних приділяється мало уваги, хоча явно простежується зв'язок між психологічним станом вагітної і її фізичним самопочуттям.

У зв'язку із цим дослідження особливостей психологічної готовності до материнства та батьківства є актуальним і його результати можуть бути використані з метою оптимізації шляхів виходу з критичних ситуацій в період

підготовки до материнства та батьківства.

Таким чином, можна зробити висновок, що вагітність і материнство – це комплексне психобіологічне, психофізичне і психосоціальне явище. Психологічне здоров'я вагітної жінки є умовою психологічного здоров'я її дитини. Вагітність – складний час і для чоловіка, і для жінки, оскільки в кожного з них з'являються особливі емоційні потреби, часто не співпадаючі. Жінка, з одного боку, стає інфантильною, потребує більшої уваги й піклування, їй самій хочеться побути дитиною. З другого – вона занурюється у свій «вагітний стан», відгороджується від світу, стає більш замкнутою.

Провівши психодіагностичне дослідження динаміки образу дитини під час вагітності, ми прийшли до висновку, що малюнковий тест дає достатньо повну картину ставлення жінки до себе та майбутньої дитини. Так нами було встановлено, що існують два типи ставлення до вагітності та майбутньої дитини – адекватне та неадекватне.

Показниками неблагополучної ситуації за малюнковим тестом служать: виражена тривога, невпевненість в собі і конфлікт з вагітністю.

Слід врахувати, що малюнки вдалося отримати не від всіх досліджуваних, проте, отримані дані дозволяють говорити, що просторова дистанція матері з дитиною на малюнку є симптомом небажаної вагітності та неприйняття виношуваної дитини.

Ми вважаємо, що групу ризику складають жінки з ігноруючим типом переживання вагітності, який не змінювався впродовж всієї вагітності. Наше дослідження показало, що під час вагітності у жінки, в її свідомості і самосвідомості відбуваються певні зміни. Отримані дані підтверджують зв'язок формування готовності до материнства з типом переживання вагітності.

Грунтуючись на отриманих даних та аналізі відповідної літератури, можна висловити припущення, що найбільш важким для корекції є ігноруючий тип переживання вагітності, який у свою чергу веде до девіантного материнського відношення (емоційно-відстороненого, регулюючого).

Тому психологічна допомога в період вагітності обов'язково повинна полягати у прискоренні самоідентифікації жінки. Задача консультанта при цьому полягає в тому, щоб послужити «розумним дзеркалом», в яке людина зможе побачити всю себе без звичних для неї спотворень, прикрашань. Психолог за спеціально складеною програмою консультативної допомоги зможе сприяти «переорієнтації» вектору особистісного розвитку в кризовій ситуації. Це дозволить жінці відшукати нову орієнтовну основу в сприйнятті та оцінці обставин і ситуацій світу.

Список використаних джерел:

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. С.Н. Бокова, в 2-х томах. Т. 2. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. 448 с.
2. Боровикова Н.И. Психолого-акмеологический тренинг зрелоотцовствования и материнства. М., 1998.

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА НАСЕЛЕННЯ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19

Церуш Т. І.

студентка 4 курсу, групи МС 41-21

ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

Пандемія COVID-19 стала серйозним випробуванням не лише для українського суспільства, а й для всього людства. Під час карантину почалось життя в зовсім нових умовах. Від самого початку пандемії COVID-19 Всесвітня організація охорони здоров'я висловлювала занепокоєння щодо впливу пандемічної загрози на психологічне благополуччя населення. З одного боку, йшлося про підвищення рівня стресу, тривоги, занепокоєння щодо епідеміологічної небезпеки серед населення загалом, і, зокрема, серед груп ризику – людей старшого віку, медичних працівників, людей із хронічними захворюваннями тощо. Відбуваються зміни як на рівні психіки окремої особистості, так й на макросоціальному рівні. Розвиток інформаційно-комунікативних технологій також великою мірою зумовлює суспільні перетворення. Наш час можна назвати ще й «віком дистанційності»: дистанційного навчання, дистанційного спілкування, дистанційних розваг. Звісно, жива бесіда, живе спілкування не можна замінити, під час онлайн-контактів зникають більшість психологічних тонкощів спілкування. Але разом з тим, онлайн-контакт займає останнім часом провідне місце серед форм між особистої взаємодії, він є адекватним сучасному етапу життя, виходячи із соціальних і природних можливостей сьогодення. Ще в 60-х роках Жан Піаже передбачав, що ХХІ століття стане віком психології, психологія має стати головною наукою. Українські вчені, зокрема В. Байдик, Л. Бегеза, О. Вознюк, Т. Гніда, В. Дорожкін, І. Євтушенко, О. Завгородня, В. Зливков, О. Іванова, О. Ігнатович, Т. Кабиш-Рибалка, Є. Калюжна, О. Коваленко, В. Кремень, С. Лукомська, Л. Лук'янова, С. Максименко, В. Моргун, Р. Мороз, Н. Ничкало, Н. Павлик, В. Панок, Е. Помиткін, Я. Пилинський, О. Радзімовська, Д. Романовська, В. Рибалка, З. Становських та ін., у наукових працях наголошують на збереженні психологічної стабільності українського суспільства в умовах глобальної дестабілізації соціально-економічної реальності, спричиненою пандемією COVID-19. Виклики, зумовлені соціальними чи природними катаклізмами мають бути успішно переборені завдяки тому, що свідомість, усвідомлення стане головною стратегічною лінією нашої поведінки. В даний час існує велика проблема психологічної підтримки населення, яке стало свідком драматичних подій, пов'язаних зі швидкою появою нового коронавірусу. Лише психологічно виважена рефлексивна позиція до глобальних подій і власних дій має стати основою ефективного функціонування і соціального розвитку суспільства після пандемії.

У результаті пандемії COVID-19 значно змінилося повсякденне життя людей, останні місяці принесли багато проблем: лікарям та медсестрам, які

надають допомогу в складних обставинах, учням та студентам, які адаптуються до занять із дому, людям, які втратили роботу або чий дохід значно зменшився, величезній кількості людей, які опинилися в бідності або в умовах нестабільної гуманітарної ситуації.

Якщо розглянути минулий досвід надзвичайних ситуацій, очікується, що потреба в психіатричній і психосоціальній підтримці істотно зросте в найближчі місяці і роки. У світі налічується вже понад 68 млн хворих на COVID-19, понад 1,5 млн. осіб пішли із життя внаслідок цієї хвороби, але понад 47 млн. осіб одужали.

Ще один аспект, пов'язаний з пандемією. Йдеться про інформаційний стрес, який буває двох типів: інформаційна недостатність та інформаційна надмірність. Обидва типи інформаційного стресу суттєво негативно впливають на психологічне здоров'я людини. У разі інформаційної недостатності особистість нервує, відчуває тривогу, занепокоєння. А при інформаційній надмірності (особливо при надлишкової інформації про жахливі події, впливи, наслідки) людиною оволодіває страх, розум починає сприймати увесь інформаційний потік некритично, увага концентрується навколо «болючої» проблеми, що, безумовно, виснажує психічно, сприяє розвитку хворобливої ригідності (фіксації на проблемі), знижує імунітет. Втім, ЗМІ (особливо електронні) перенасичені саме страхітливими повідомленнями. Брак належної збалансованої інформації за спалаху нової хвороби на COVID-19, спричиняє паніку з більш серйозними згубними наслідками для життєдіяльності, соціального життя, економічної та політичної стабільності. Підживлення цієї паніки – це масив інформації про швидкість, із якою зростає рівень захворюваності на COVID-19 у країнах.

Спалах COVID-19 через невідомі клінічні особливості та пов'язані з ним чутки дійсно призвів до значного психічного тиску та проблем для населення – збільшення тривоги, депресії, страху, що безпосередньо позначаються на поведінці, а саме зростанні дій, спрямованих на біологічне самозбереження, зменшення альтруїстичної поведінки та навіть обман щодо інфікування та контактування з пацієнтами.

Результати дослідження продемонстрували глибокий і широкий спектр психологічних наслідків, до яких може призвести спалах COVID-19: поява нових психіатричних симптомів в осіб, які не мають психічних захворювань; погіршення стану тих, хто вже страждає на такі захворювання; дистрес у доглядальників за пацієнтами з психічними та соматичними недугами. У результаті пандемії COVID-19 значно змінилося повсякденне життя людей, в останні місяці принесло багато проблем лікарям та медсестрам, які надають допомогу в складних обставинах та ще мають подбати не тільки про здоров'я людей, які звертаються за допомогою, а й про збереження свого психічного благополуччя в належному стані. Тому психічне здоров'я таких осіб, як правило, потребує більшої уваги.

Підводячи підсумок аналізу літературних даних, можна зробити висновок, що вивчення впливу коронавірусної хвороби на психічний стан населення в умовах сьогодення є актуальним.

Будь-який масштабний спалах небезпечної інфекції чинитиме негативний вплив на людей і суспільство. Сучасна пандемія COVID-19 супроводжується поширеною «інфодемією» та очікуваною прийдешньою «епідемією» паніки, передбачувано спричиняючи суспільні психологічні реакції, такі як напруга, тривога та страх, втрата орієнтирів і планів на майбутнє, що може призводити до гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу, депресії, інших емоційних розладів, і як наслідку – зростання аутоагресивних дій аж до суїциду. Ситуативна залученість до пандемії COVID-19 широких верств населення може зумовити: появу нових психіатричних симптомів в осіб, які раніше не мали психічних хвороб; погіршення стану тих, хто страждає на такі захворювання; дистрес у доглядальників пацієнтів із психічними та соматичними недугами. Вона має серйозні згубні наслідки для життєдіяльності, соціального життя, економічного ландшафту та політичної стабільності.

Критичними напрямками для зміцнення стратегії психічного здоров'я під час спалаху COVID-19 є: ідентифікація груп підвищеного ризику; поліпшений скринінг психічних розладів; психологічні втручання; підтримка залучених до спалаху коронавірусної хвороби медичних працівників; надання точної та повної інформації; інтеграція медичних і громадських ресурсів.

Дієвою є модель психологічного втручання, що інтегрує лікарів, психіатрів, психологів і соціальних працівників в інтернет-платформи для здійснення психологічного втручання щодо пацієнтів, їхніх сімей і медичного персоналу. Такі дії мають ґрунтуватися на всебічному оцінюванні чинників ризику, які призводять до психологічних проблем, зокрема погане психічне здоров'я до кризи, побоювання, травмування себе та членів родини, небезпечні для життя обставини, паніка, відрив від близьких та низький дохід домогосподарств.

Найпоширенішим психічним порушенням серед осіб, ситуаційно залучених до спалаху COVID-19, є тривога, рівень якої стандартно рекомендовано визначати за шкалою GAD-7. Оптимальною тактикою лікування пацієнтів із тривожними розладами, зокрема асоційованими з COVID-19, є поєднання психотерапії та фармакотерапії.

Отже, нинішню «епідемію» тривоги треба долати за допомогою біопсихосоціальних підходів. До напрямів гармонізації психологічного здоров'я особистості в умовах психічного напруження в суспільстві, пов'язаного з пандемією визначено:

1. Завжди слід пам'ятати, що будь-яка пандемія має початок, розвиток, кризу і спад.
2. Під час пандемії не слід панікувати, а бути обачнішим, додержуватися особливих правил особистої гігієни, перебувати у спокої, спогляданні, втримувати емоційну рівновагу, рефлексуючи своє життя, знаходити нові сенси.

3. Необхідно оптимально користуватися інформаційними ресурсами: черпати інформацію з авторитетних й достовірних джерел і не «накручувати» себе зайвою емоційно-руйнівною інформацією з випусків теленовин або соціальних мереж.

4. Доцільно практикувати розширення свідомості, розвиток позитивного мислення й саногенних почуттів (здивування, прощення, любові).

Психопрофілактичні заходи зі сторони медичної сестри щодо населення передбачає:

- пошук нових ресурсів професійної діяльності (відкриття нових можливостей для професійного росту),
- соціальну адаптацію (створення максимально сприятливих умов для пацієнта при його поверненні в професійне середовище чи звичне сімейне середовище),
- пошук шляхів самоактуалізації (усвідомлення особистісних ресурсів росту та розвитку). Пандемія COVID-19 має спонукати нас бути більш підготовленими та стійкими до неминучих майбутніх загроз і берегти психічне здоров'я.

*ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА РОЛЬ ПСИХОЛОГІВ У ЗБЕРЕЖЕННІ
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ*

**ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ МОТИВАЦІЇ У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ
МЕТОДОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КІНЕЗІОЛОГІЇ**

Антонова Н.Ф.

*студентка 3 курсу, групи ПС 31-22
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Проблема мотивації в останні роки набуває особливої актуальності. Адже, згідно з сучасними дослідженнями, понад 40% людей відчують труднощі мотивації в дорослому віці та потребують підтримки психолога, оскільки з часом втрачають зацікавленість до роботи. Ці труднощі, будучи залежними від економічної і політичної ситуації в країні, служать поштовхом до принципових змін в ситуації мотивації.

Різноманіття підходів до вивчення проблеми мотивації досить велике. Вона цікавить не тільки психологів, але також і соціологів, філософів, істориків. Психологічні дослідження показали тісний взаємозв'язок мотиваційного компонента з ефективністю діяльності людини.

У психології існують різні погляди на сутність поняття «мотив». Ще науковець В. Вундт розумів мотив як поєднання уявлень і почуттів, де перші – основа, а другі – спонукальна причина поведінки.

У психологічному словнику зазначається, що мотив (лат. motus – рух) – матеріальний чи ідеальний предмет, заради якого реалізується діяльність. У процесі розвитку особистості відбувається перетворення одних мотивів на інші або стримування одних іншими; виникають протиріччя між різними мотивами, змінюється співвідношення домінуючих та підпорядкованих мотивів. Отже, мотив належить самому суб'єкту поведінки, є його упередженою потребою та зумовлюється особистісними рисами. Самого ж індивіда спонукають до певного виду діяльності як внутрішні, так і зовнішні мотиви (стимули). На відміну від мотиву мотивація є більш ширшим поняттям.

«Мотивація» у сучасній психології, як зазначає Р. Немов, позначає систему чинників, що визначають поведінку (сюди входять потреби, мотиви, цілі, наміри, прагнення тощо), та є характеристикою процесу, який стимулює і підтримує поведінкову активність на певному рівні. А. В. Мудрик вважає, що мотивація – це не лише мотиви, а й ситуативні чинники, що є досить динамічними та мінливими.

Існує тісний зв'язок між рівнем мотивації досягнення і успіхом у житті. Люди, що володіють високим рівнем мотивації досягнення, шукають можливості, впевнені в успішному результаті, наполягають на успіх, готові брати на себе відповідальність, рішучі в невизначених ситуаціях, виявляють наполегливість у прагненні до мети, отримують задоволення від розв'язання

цікавих та складних завдань, які губляться в ситуації змагання, виявляють велику наполегливість при зіткненні з перешкодами.

Люди, що не мають мотивації та люди зі слабкою мотивацією почувають себе внутрішньо не здібними і шукають собі нових виправдовувань (вони втратили іскру, яка змушувала їх двигатись і насолоджуватись життям).

Існує багато психотерапевтичних методів, які коригують такі стани. Один з них психотерапевтична кінезіологія.

Психотерапевтична кінезіологія знаходиться на стику психології та медицини, тілесно-орієнтованої психотерапії і психодинамічних підходів, нейропсихології і традиційних східних практик. Подібна широта знаходить своє відображення у всіх аспектах цього напрямку, в тому числі в достатку нових термінів, нових варіантів діагностики та допомоги. Психотерапевтична кінезіологія оперує своїм професійною мовою. Можна виділити чотири умовних мови кінезіології.

1) Професійний мову, що включає в себе термінологію, поняття, назви різних гілок і курсів.

2) Мова тіла, що відображає комплексну глибинну інформацію, в тому числі рівень усвідомлення, неусвідомлювані спогади і тілесну пам'ять; цією мовою тіло спілкується через м'язове тестування.

3) Емоційно-поведінкову мову, описану в термінах барометра поведінки.

4) Тілесно-психологічну мову, виражену через зовнішні риси, що виявляється в особливостях характеру, особистості; так звані структури і функції.

У кінезіології сесія націлена на точну діагностику і на поліпшення, на редукцію хворобливих патернів і стресу, на нормалізацію проблематичною сфери життя. На кожній сесії відбуваються зміни, корекція того чи іншого відхилення. Саме тому сесія носить назву корекція. Особи, які пройшли терапію у кінезіологів, зазвичай із задоволенням повідомляють, що кожна сесія приносила полегшення.

Корекція підпорядковується суровій схемі або протоколу, згідно з яким розписаний кожен крок, кожна дію психотерапевта. Це має колосальне значення, так як забезпечує безпеку, як пацієнта, так і фахівця. Тіло саме контролює просування вперед і чітко сигналізує в разі, якщо якісь дії завдадуть шкоди.

Коли знімається стрес на життєві ситуації (які були травмуючі), знижується рівень емоційної напруги і мотивація підвищується, знаходяться нові можливості та варіанти вирішення проблем, особа переходить на новий рівень життя.

РОБОТА ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА В ІНКЛЮЗИВНОМУ ПРОСТОРІ ЗДО. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА РОДИНИ, ЯКА МАЄ ДИТИНУ З ООП, КОНСУЛЬТУВАННЯ

Венгер А. С.

практичний психолог вищої категорії
закладу дошкільної освіти №17
м. Миколаєва
кандидат психологічних наук
доцент кафедри психології
Медико-Природничого Університету

«...Головне не навчити дитину вирізняти квадратне від круглого, а показати їй, скільки чудових і захопливих переживань приховано в творчій грі, пізнанні нового, взаємодії з іншими людьми та навколишнім світом.»

Баррі та Самарія Кауфманн

Життя дивна та непередбачувана річ... Іноді в ньому трапляються події, на які важко вплинути та зрозуміти до кінця. Народження дитини з вадами – це подія, яка стається не з чієїсь провини, а просто стається. І від ставлення до неї залежить, наскільки ця дитина має шанс на те, щоб просто БУТИ, щоб отримати розуміння та підтримку світу й знайти в ньому своє місце.

Щодня на Землі чієсь життя народжується, а чієсь згасає. Щодня на цей світ народжуються діти, яких ми називаємо дітьми з особливими потребами, які є особливими тому, що через свою певну проблему у фізичному чи психічному розвитку вони потребують особливої турботи.

Розрізняють такі обмеження дитячої життєдіяльності:

- порушення слуху і мовлення (глухі, слабчуючі, логопати);
- порушення зору (сліпі, слабко зорі);
- порушення інтелектуального розвитку (розумово відсталі, із затриманням психічного розвитку);
- порушення опорно-рухового апарату;
- комплексні порушення психофізичного розвитку (сліпоглухонімі, ДЦП, із розумовою відсталістю тощо);
- хронічні соматичні захворювання;
- психоневрологічними захворюваннями.

Давайте з вами разом поміркуємо, **які проблеми виникають у дітей з особливими освітніми потребами?** На вулиці, у школі, у магазині.

Зауважимо, що у Закладі Дошкільної освіти важливо працювати у команді. Важлива участь кожного!

Батьки - інформацію про стан здоров'я, розвиток, інтереси, особливості поведінки дитини.

Фахівці – особливості розвитку тих чи інших процесів, функцій.

Педагоги – наявний рівень знань та вмінь, співставлення вимог навчальної та можливостей дитини, особливості поведінки, спілкування з однолітками та дорослими.

Адміністрація – адміністративна організація додаткової підтримки (розклад, додаткові фахівці).

З досвіду своєї роботи пропоную наступний алгоритм консультування:

Алгоритм консультування родини, яка має дитину з ООП:

1. **Встановлення рапорту** – почуття взаємної довіри і легкості, яке сприяє хорошему контакту та досягненню спільно визначеної мети; це динамічне утворення, яке виникає в процесі комунікації і характеризується підвищенням рівня взаєморозуміння людей, узгодженням їх взаємодії. Щоб створити рапорт практичний психолог, який є консультантом насамперед повинен бути у рапорті з самим собою, тобто налаштуватися на роботу, мати відповідний ресурсний стан, бути конгруентним самому собі та ситуації.

Якщо у внутрішньому світі консультанта існує конфліктність, це одразу відчує клієнт: у консультанта знижується точність сприймання, зростає кількість заплутаних (незрозумілих, неоднозначних) повідомлень, виникають непорозуміння та відчуженість. Не зайвим буде нагадати, що починаючи працювати з людиною, потрібно залишити за порогом консультативної кімнати власні злободенні турботи, мати врівноважений емоційний стан, чітке мислення почуватися вільно і спокійно, відчувати доброзичливість до людей, любов до обраної справи, усвідомлювати свій творчий потенціал.

2. **Підстройка: фокус уваги та калібрування.**

Калібрування – це процес, за допомогою якого консультант здійснює підстройку до несловесних сигналів клієнта, котрі свідчать про особливості його актуального стану. Точне калібрування вимагає сенсорної чутливості, тобто здатності помічати зміни. Тільки розфокусована увага дає можливість сприймати ситуацію в багатстві її проявів.

За А. Айві основними патернами для калібрування на початку інтерв'ю виступають:

контакт очей (розширення зіниць – реакція зацікавлення і навпаки);

мова тіла (поза, темп дихання, вираз обличчя, рух очей, жести рук, рух голови, положення кінцівок, швидкість і ритм рухів, постукування руками або ногами тощо);

характеристики мовлення (висота голосу, швидкість та ритм мовлення), використання певних слів.

3. **Рефлексивне слухання.** Рефлексивне слухання передбачає певні установки і форми поведінки. Перед усім є загальна установка стосовно партнера: «Я турбуюся за Вас і тому щиро цікавлюся усім, що відбувається з Вами...», а також вербальні і невербальні форми поведінки, які ніби промовляють: «Я слухаю Вас...» Успішна реалізація рефлексивного слухання супроводжується такими обов'язковими атрибутами, як зоровий контакт та мова жестів, забезпечується формами вербальної поведінки, що стимулюють партнера

продовжувати розмову, допомагають зрозуміти сказане, гарантують зворотний зв'язок, який передає ставлення до сказаного, допомагає рефлексувати почуття.

4. Заохочення мовлення.

Заохочування – комплекс вербальних та невербальних стимулів консультанта, які спонукають клієнта до мовлення. «Отже...», «Ви сказали...», «Чи правильно я Вас зрозуміла?», «Наскільки я почула...», «Таким чином, ситуація стосується...»

Відкриті запитання: «Які почуття це у Вас викликає?», «Як ви відреагували на те, що сталося?», «Коли ви вперше відзначили в собі це почуття?», «Щось подібне траплялося з вами раніше?», «Як, на вашу думку, виглядає ситуація зараз?», «За що ви відчуваєте себе відповідальним?», «Як я можу вам допомогти?», «Що ви хочете змінити у своєму житті?».

Закриті запитання: «Ви готові працювати?», «Ви хвилюєтесь?», «Ви хочете про це поговорити?», «Ви цього прагнули?», «Це вас дратує?».

Поради й рекомендації батькам, які виховують дитину з ООП:

1. Навчитися толерантно ставитися до особливостей своєї дитини;
2. Співпрацювати з спеціалістами (вчителем – логопедом, дефектологом, практичним психологом, сурдологом, невропатологом, дитячим психіатром, асистентом вихователя) співпрацювати зі спеціалістами ЗДО в одній мультидисциплінарній команді;
3. Проходити індивідуальні консультації з практичним психологом.

Практичний кейс

Вправа «Колесо життя»

Мета: оцінювання учасниками (батьками чи педагогами) стану власного здоров'я в окремих сферах їхньої життєдіяльності.

Матеріал: аркуші зі схемою «Колесо здоров'я», ручки.

Хід проведення:

Інструкція:

1. Намалуйте велике коло на аркуші паперу.
2. Намалуйте маленьке коло у центрі та помітьте його, як «центр».
3. Намалуйте 8 спиць від центру до великого колеса, кожна з яких прямо протилежна іншій.
4. Помітьте кожну спицю таким чином:
 - 1) Духовна;
 - 2) соціальна;
 - 3) інтелектуальна;
 - 4) професіональна;
 - 5) емоціональна;
 - 6) екологічна;
 - 7) фізична;
 - 8) психологічна.
5. Кінець та початок спиці позначте так, щоб біля центру кола були зазначені назви, що вказують на «-», а на відстані від нього – «+»:
- духовна (неактивний – активний);

- соціальна (самотній – несамотній);
- інтелектуальна (ерудований – неерудований);
- професійна (задоволений – незадоволений);
- емоційна (нестабільний – стабільний);
- екологічна (недбайливий – дбайливий);
- психологічна (неадаптивний – адаптивний);
- фізична (нездоровий – здоровий).

Кожна зі спиць утримує колесо у рівновазі. І кожна вимагає нашої уваги. Нам необхідно розвивати наші спиці рівномірно для того, щоб прожити життя гармонійно.

Запитання для обговорення:

- у якому аспекті життя ви почуваетесь найкраще?
- що слід поліпшити?
- що необхідно змінити?

Немає дітей, які народилися випадково. Ні один мандрівник вічності не народжується випадково. Кожна дитина – це явище в земному житті. Вона народилася тому, що мусила народитися. Народилася, тому що саме її не вистачало світові. І кожен, хто виховує дитину, буде соратником у Бога.

Постійна праця з родиною – головне завдання практичного психолога сьогодні у закладі дошкільної освіти.

Список використаних джерел:

1. Васьківська С.В. Соціально-психологічний супровід клієнтів (Технологія введення консультативного діалогу). К.В.: Главник, 2006. 128 с. (Бібліотечка соціального працівника).
2. Кочерга О.В. Психофізіологія дітей з особливими освітніми. К.: Редакції газет з дошкільної та початкової освіти, 2012. 128 с.
3. Молодушкіна І.В. На допомогу практичному психологу ЗДО. Х: Вид. група «Основа», 2020. 208 с.
4. Практичний психолог в інклюзивно-ресурсному центрі (Блок «Молодший шкільний вік»): Методичні рекомендації. Д.В. Прасол, І.В. Корнієнко, О.С. Чеканова, І.В. Дрозд, А.Ю. Семенова; за заг. Редакцією Д.В. Прасола. Миколаїв: вид. Торубара В.В., 2021. 624 с.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» ПЕДАГОГІВ

Кардаш Н. О.

*старший викладач кафедри психології,
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

У наші часи виділяють достатню кількість симптомів, які пов'язаних із «вигоранням». Встановлено, що «професійне вигорання» трапляється частіше у жінок ніж у чоловіків й також частіше у молодих працівників, ніж у літніх.

Кожен з етапів педагогічної діяльності має особливості, котрі впливають на психоемоційний стан викладача.

Декілька перших років – це період адаптації молодого спеціаліста до роботи. Наступні 4–7 років – це період формування професійної позиції, яка підвищує професійну значущість. Для викладача зі стажем більш, ніж 11 років роботи характерна «професійна криза», котра носить суперечність між бажанням щось вміти та можливостями реалізації. Понад 16 років – період, який пов'язують з «кризою 40-ка років життя», коли підбивають попередні підсумки.

Найбільш продуктивними вважається період у вчителів зі значним трудовим стажем (понад 20 років). Ці педагоги мають сформовані професійно важливі риси. У цьому віці у них власні діти дорослішають і вони повністю зосереджуються на роботі.

Основною психологічною проблемою в діяльності викладача є стан постійної напруженості, який пов'язані із необхідністю коригування поведінки, залучення власних сил на доцільні та активні дії.

Дослідники вважають, що у більшості випадків синдром «професійного виснаження» відбувається у людей, які мають 11–16 років стажу.

До професійного виснаження сильніші працівники, що активно комунікують з будь-якими людьми. Завдяки цьому швидше виснажуються люди, які мають замкнутий тип характеру, особливості якого не відповідають вимогами професії. Педагоги накопичують психологічний дискомфорт без зняття несприятливих переживань у навколишнє середовище.

Найбільша група «вигораючих» – це педагоги, які повністю заглиблюватися в роботу, нехтують та відтісняють на потім власні потреби. Вони втікають від невдач, які можуть виникати в особистому житті. У своєму наміру дійти до бездоганності вони стають надмірно захоплені своєю справою. Позитивні емоції працівники знаходять у повсякденної професійній діяльності.

Також люди, які відчувають сталий особистісний конфлікт спричинений роботою більш сприйнятливі до емоційного виснаження (наприклад, жінки, в яких є особистісна суперечність між сім'єю та професією).

Достатньо часто вчені спостерігають професійне виснаження у віці 30-ти років. Причиною може бути криза середини життя, яка часто називається «проблема сенсу життя». Підраховуючи життєвий шлях, людина помічає, що при сформованому і безнапасному положенні життя все-таки недосконале. Науковці

вважають, що люди, які критично дивляться на своє життя переоцінюють цінності та іноді буває, що кар'єрне зростання в цьому віці марнує будь-який сенс життя.

Викладач, який відчуває дію синдрому «професійного виснаження», прагне побороти ситуацію, ухиляючись від колег та учнів відсторонюючись від них.

Т. Форманюк вважає вигорання платнею за свої нереалізовані очікування. Відчуття втрати значення діяльності, знецінення і безглуздя своїх зусиль є найсильнішим чинником переживань.

В. Бойко описує такі симптоми «вигорання»:

- 1) емоційний дефіцит – розвиток емоційної почуттєвості на тлі перевиснаження, мінімізація емоційного внеску у роботу, автоматизм та спустошення людини при виконанні професійних обов'язків;
- 2) емоційне відчуження – створення захисного бар'єру у професійних комунікаціях. Людину майже нічого не хвилює, ніщо не викликає емоційного відгуку – ні позитивні обставини, ні негативні. При чому це не початковий дефект емоційної сфери, не ознака ригідності, а набутий за роки емоційний захист. Педагог поступово навчається працювати як робот, як бездушний автомат. Реагування без відчуттів і емоцій – найважливіший симптом «вигорання»;
- 3) особистісне відчуження (деперсоналізація) – порушення професійних стосунків, розвиток цинічного ставлення до оточуючих при виконанні професійних обов'язків;
- 4) психосоматичні та психовегетативні порушення – погіршення фізичного самопочуття, розвиток таких психосоматичних та психовегетативних порушень, як розлади сну, головні болі, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб тощо.

У свою чергу Е. Шеффер виділив такі ознаки стресового напруження:

- неможливість зосередитися на чому-небудь;
- занадто часті помилки в роботі;
- погіршення пам'яті;
- почуття втоми, що виникає занадто часто;
- дуже швидке мовлення;
- думки, що часто — вивітрюються;
- часті болі, не спричинені
- утрата почуття гумору; фізичними проблемами;
- підвищена збудливість;
- робота не приносить задоволення;
- різке зростання кількості випалених цигарок;
- пристрасть до спиртного;
- постійне відчуття голоду або відсутність апетиту чи смаку до їжі;
- неможливість вчасно закінчити роботу.

О. Мірошниченко у навчально-методичному посібнику «Профілактика «синдрому» професійного вигорання у працюючих в екстремальних умовах» виділяє психофізичні, емоційні, поведінкові, соціально-психологічні симптоми..

Психофізичні симптоми:

- почуття постійної, не минаючої втоми не тільки по вечорах, але і зранку, відразу ж після сну (симптом хронічної втоми);
- відчуття емоційного і фізичного виснаження;
- зниження сприйнятливості і реактивності на зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції цікавості та страху);
- загальна астения (слабкість, зниження активності і енергії, погіршення біохімії крові і гормональних показників);
- часті безпричинні головні болі, постійні розлади шлунково-кишкового тракту;
- різка втрата чи різке збільшення ваги;
- повне чи часткове безсоння (швидке засипання і відсутність сну вранці, починаючи з 4 год. або ж навпаки, нездатність заснути до 2–3 год. ночі і «важке» пробудження вранці, коли потрібно вставати на роботу);
- постійний загальмований, сонливий стан і бажання спати протягом усього дня;
- задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні;
- помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості: погіршення зору, слуху, нюху і дотику, втрата внутрішніх, тілесних відчуттів, запаморочення, тремтіння.

Емоційні симптоми:

- байдужість, нудьга, пасивність і депресія (знижений емоційний тонус, почуття пригніченості);
- підвищена дратівливість на незначні, дрібні події;
- постійне переживання негативних емоцій, для яких у зовнішній ситуації причин немає (почуття провини, невпевненості, образи, підозри, сорому);
- постійне відчуття млявості;
- втрата почуття гумору;
- негативізм в роботі і в особистому житті;
- відчуття розчарування, безпорадності, невпевненості, нав'язливі думки (наприклад, помститися);
- важко зосередитися, нервовий плач, поганий настрій, песимізм.

Поведінкові симптоми:

- відчуття, що робота стає все важчою і важчою, а виконувати її – все складніше і складніше;
- співробітник помітно змінює свій робочий режим дня (рано приходить на роботу і пізно йде або, навпаки, пізно приходить на роботу і рано йде);
- незалежно від об'єктивної необхідності, працівник постійно бере роботу додому, але вдома її не робить;

- керівник відмовляється від прийняття рішень, формулюючи різні причини для пояснень собі й іншим;
- відчуття, що все марно, зневіра, зниження ентузіазму стосовно роботи, байдужість до результатів;
- невиконання важливих, пріоритетних завдань і «застрягання» на дрібних деталях, витрата більшої частини робочого часу на погано усвідомлюване чи неусвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій;
- відчуття некомпетентності в професійній діяльності;
- нестача енергії та ентузіазму;
- зловживання алкоголем, різке зростання викурених за день цигарок, вживання наркотиків.
- інтелектуальний стан (мірош);
- бажання працювати зникає;
- труднощі в концентрації уваги;
- зростання нудьги, апатії, інтересу до життя;
- формальне виконання роботи.

Соціально-психологічні симптоми:

- часті нервові «зриви» (вибухи невмотивованого гніву чи відмова від спілкування, «відхід у себе»);
- почуття неусвідомленого занепокоєння і підвищеної тривожності (відчуття, що «щось не так, як треба»);
- почуття гіпервідповідальності і постійний страх, що щось «не вийде», чи з чимось не вдасться впоратися;
- загальна негативна установка на життєві і професійні перспективи (типу «Як не намагайся, все одно нічого не вийде»);
- втрата ідеалів, надій, професійних перспектив;
- відчуття непотрібності, підвищене почуття відповідальності;
- нестача часу або енергії для соціальної активності;
- зменшення інтересу до дозвілля, хобі, соціальні контакти обмежуються роботою;
- відчуття ізоляції;
- девіантні форми поведінки (зловживання алкоголем, тютюном, кавою).

Отже, дослідження проявів синдрому «професійного вигорання» є дуже важливим для керівника навчального закладу, а вивчення причин цього явища, створення умов для профілактики забезпечить стабільність колективу, сприятиме позитивній атмосфері у навчально-виховному процесі.

Список використаних джерел:

1. Митина Л. Психологія професійного розвитку вчителя. Москва: АСТ, 2008. 228 с.
2. МКБ-10 ВООЗ. Міжнародна класифікація хвороб. 10-й перегляд. Класифікація клінічних і поведінкових розладів. Клінічні опису та вказівки по діагностиці. / під ред. Ю.Л. Нуллер, С.Ю. Циркіна. Москва: Медицина, 2007. 644 с.
3. Перегончук Н.В. Проблема емоційної стійкості в професійній діяльності педагога. Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г.С. Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. Т. XII, ч. 4. К., 2010. 518 с.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

Кіктенко А.І.

*завідувач кафедри загальної підготовки
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Особливість моєї доповіді обумовлена тим, що кожен з вас належить до найважливішої складової суспільства, а саме – це молоді. Тому все, про що буде іти мова, не тільки покликано необхідністю теоретично розкрити явище і категорію психічного здоров'я, скільки спрямовано на те, щоб:

1) усі присутні мали можливість наповнювати мою інформацію власними роздумами, згадками, уявленнями про вашу сучасну життєдіяльність та життя близьких людей.

2) освітня спрямованість на підготовку до кваліфікованої діяльності медичної сестри і психолога поширилася б розумінням про те, що здоров'я людини та її психічне здоров'я глибоко пов'язані та одвічно інтегровані між собою і Вам завжди необхідно пам'ятали про це під час виконання власних фахових обов'язків.

3) Ваша фахова діяльність медичної сестри або психолога будувалася б на розумінні того, що з якими б скаргами на хворобу не звернувся до Вас пацієнт, крім симптомів безпосередньо цієї хвороби, присутні занепокоєність його ЦНС, тобто передумови змін психічної складової здоров'я в цілому. Тому Вам необхідно першочергово спиратися на єдність психотерапевтичного і медичного впливу на хворого (дитину, підлітка, юнака, дорослу молодь). Це вимагає від кожного фахівця з допомоги хворому в видужанні знати прояви ознак і симптомів порушень психічного здоров'я.

«Психічне здоров'я являє собою стан благополуччя, в якому людина реалізує власні здібності, здатна впоратись із звичайними життєвими стресовими ситуаціями, може продуктивно працювати і робити внесок для своєї спільноти» [3, с. 2]. Як підкреслюється в матеріалах Державного управління, головними критеріями його є адаптивність психічної діяльності, поведінки, адекватних віку та впливу, властивостям середовища.

Щорічно **10 жовтня** за ініціативи Всесвітньої федерації психічного здоров'я та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) відзначається **День психічного здоров'я**. Це не випадково перш за все тому, що сучасна молодь стикається з постійними стресами та проблемами, що відбуваються як у їхньому власному житті, так і навколишньому світі зокрема.

Було прийнято 22.02.2000 року **Закон України Про психіатричну допомогу** (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143). В даному Законі підкреслювалося, що законодавство України про психіатричну допомогу базується на Конституції України, визначено правові гарантії надання психіатричної допомоги. Однак зараз він потребує певних змін тому, що за період 2000-2021 роки сталося багато суперечних, неоднозначних, складних подій. Це вплинуло на національну самосвідомість й психічне здоров'я багатьох

українців, суспільства в цілому. Болісно руйнується інфраструктура колишньої життєдіяльності: цінності, мораль, спадкоємність поколінь, трудовий досвід, освіта, охорона здоров'я, культура та ін. Особливі складності відчутні для покоління молоді, стану її психічного здоров'я. **27.12.2017 року** була схвалена Концепція розвитку з охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), половина всіх психічних захворювань фіксується у віці до 14 років. Але в багатьох випадках вони вчасно не діагностуються, тому і не лікуються. Це сприяє виникненню ризикованих форм поведінки індивідуума (зокрема, небезпечний секс, екстремальне керування автотранспортними засобами або вчинення різних видів правопорушень, навіть кримінального характеру). Молоді люди потерпають і від сильного впливу таких чинників, як: залякування; самогубство; наслідки травм; дискримінація гендерної ідентичності; фізичне та психоемоційне насильство з боку однолітків і батьків.

Інформаційна лавина, що створюють сьогодні онлайн технології занурює свідомість молодого покоління у всесвітній віртуальний смітник, породжуючи у такий спосіб невизначеність і розгубленість для незрілої і такої вразливої психіки.

О. Мороз відмічає: «Як свідчать статистичні дані, 92% підлітків віком 13-17 років щодня відвідують Інтернет. Нині серед молоді мають великий попит соціальні мережі, де, попри спілкування та розваги, вони часто стають об'єктами залякування чи шантажу. Це явище називають кібернетизмом. За результатами наукових досліджень, сьогодні одна з п'яти дівчат підпадає під залякування через Глобальну мережу Інтернет (**СМС-повідомлення, Facebook Messenger і Twitter**), а один із десяти хлопчиків стає об'єктом –кіберцькування» [3. С. 2].

За даними Об'єднаного народного дитячого фонду кожні 10 хвилин у світі помирає внаслідок насильства одна дівчина-підліток а один із п'яти молодих людей страждає на психічні захворювання. Як свідчить статистика, серед 100 молодих людей віком від 12 до 24 років 51% задумувались про самогубство, а 30% – намагались хоча б раз за своє життя заподіяти собі шкоди. Сьогодні самогубство – поширене явище серед уразливих груп, які зазнають дискримінації (біженці та мігранти, корінні народи, лезбійки, геї, бісексуали, транссексуали та інтерсексуали). Понад 78 % глобальних суїцидів відбуваються в країнах із низьким та середнім рівнями доходів.

На думку науковців основними чинниками ризику суїциду є: депресії та інші психічні розлади, хронічний біль, попередні спроби самогубства, сімейні історії психічного розладу або зловживання психоактивними речовинами. Для запобігання самогубству вони розробили цілу низку заходів, які мають бути розповсюджені серед населення.

Юність – це екстремальний період у житті кожної людини, період стресів та адаптації до всіх змін як у фізичному, так і соціальному розумінні. Фізіологічні зміни, гормональні коливання, поступове завоювання авторитету серед однолітків, вплив вулиці, непорозуміння з батьками, відповідальність у школі та в інших сферах теж часто призводять до критичних подій.

Вчені дослідили, що майже половина всіх психічних розладів виникають в осіб віком до 14 років і близько 75% – до 24 років. Депресія, біполярний афективний розлад та шизофренія – найпоширеніші психічні розлади серед молоді. Підліткова депресія – це набагато більше, ніж просто відчуття тимчасового смутку. Це найсерйозніша з проблем.

Ознаки та симптоми депресії наступні:

- відчуття смутку або безнадійності; дратівливість, гнів або ворожість;
- сенситивність та плаксивість; уникання спілкування;
- втрата інтересу до повсякденної діяльності; зниження успішності у школі;
- брак апетиту, ознаки схуднення, наявність розладів шлунково-кишкового тракту;
- поява шкідливих звичок, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами; почуття нікчемності та власної провини;
- брак ентузіазму та мотивації; постійна втома або нестача енергії;

Біполярний афективний розлад (раніше маніакально-депресивний психоз) може маніфестувати теж у достатньо молодому віці (20–30 років). Для зазначеного психічного розладу характерна сезонність виникнення – частіше навесні або восени.

Чи ми можемо захистити та розширити можливості нового покоління задля сприяння продуктивному та стабільному майбутньому молоді?

Комплексна програма з навчання розумінню психічного здоров'я для вихователів, вчителів і батьків передбачає:

1. Створення концепції благополуччя, яка мала б на увазі особисту відповідальність за власне психічне здоров'я.
2. Розповсюдження інформації стосовно основних чинників, що призводять до психічних розладів, та заходи щодо їх попередження.
3. Поширення інформації стосовно прямої залежності між вживанням психоактивних речовин та відповідними негативними наслідками.
4. Розповсюдження пам'ятки з зазначенням відповідних фахівців, центрів психологічного обслуговування, психіатричних лікарень, гарячих ліній для організації належної медичної та соціальної підтримки.
5. Надання доступної інформації та фахових послуг є ключовими чинниками у створенні здорового майбутнього для підростаючого покоління.

З метою збагачення фахового потенціалу кожного із присутніх розглянемо можливі стани психічного здоров'я дітей, підлітків, юнаків, з якими Ви будете зустрічатися у процесі професійної діяльності в умовах їх лікування, також узнаємо, які ж симптоми проявів негараздів щодо їх психічного здоров'я.

Психічне здоров'я дуже вразлива тема. Порушення психіки бувають різних типів і форм. Для дитячих психотичних відхилень характерні:

1. Затримка розвитку навичок та інтелекту.
2. Проблеми з соціальною пристосованістю.
3. Порушення міжособистісних відносин.
4. Високе й особливе ставлення до неживих предметів.
5. Підтримка одноманітності, несприйняття змін в житті.

Чому діти схильні до психічних відхилень?.

Найголовнішим провокуючим фактором є генетична схильність до психічних розладів.

До інших причин відносяться: проблеми з інтелектом; органічні ураження мозку; несумісність темпераменту малюка і батьків; сімейні розлади; конфлікти між батьками; події, які залишили психологічну травму; лікарські препарати, які можуть викликати психотичний стан; висока температура, яка може викликати галюцинації або маячний розлад; нейроінфекції.

Залежно від причини розвитку захворювання психози можуть бути:

- екзогенними – розлади, викликані впливом зовнішніх чинників;
- ендогенними – порушення, спровоковані внутрішніми особливостями організму.

Вікові кризи, в періоди яких діти найбільш схильні до психічних розладів від 3 до 4 років, з 5 до 7, з 12 до 18 років.

Маленького пацієнта повинні обстежити такі лікарі: невропатолог; лор; логопед; психіатр; доктор, який спеціалізується на хворобах розвитку.

Симптоми і ознаки психічних розладів у дітей: • тривожні розлади, страхи; • тики, синдром нав'язливості; • ігнорування встановлених правил, агресивність; • без видимих причин часто змінюється настрій; • зниження інтересу до активних ігор; • уповільнені і незвичайні рухи тіла; • відхилення, пов'язані з порушенням мислення; зміни в поведінці.

Симптоми розумової відсталості (олігофренії) характеризуються розладами емоційних функцій, а також значною інтелектуальною недостатністю: • порушується або відсутня пізнавальна потреба; • сповільнюється, звужується сприйняття; • виникають труднощі з активною увагою; • дитина запам'ятовує інформацію повільно, неміцно; • бідний словниковий запас: слова використовуються неточно, фрази нерозвинені, мова характеризується великою кількістю штампів, аграматизмів, помітні дефекти вимови; • слабо розвинені моральні, естетичні емоції; • відсутні стійкі мотивації; • дитина залежна від зовнішніх впливів, не вміє контролювати найпростіші інстинктивні потреби; • виникають труднощі з прогнозуванням наслідків власних вчинків.

В основному причини олігофренії обумовлені: • генетичною патологією; • прийомами алкоголю, наркотиків під час вагітності; • інфекцією (краснуха, ВІЛ та інші); • фізичним пошкодженням тканин мозку під час пологів; • захворюваннями ЦНС, інфекціями мозку (менінгіт, енцефаліт, інтоксикація ртуттю);

Затримка психічного розвитку. При затримці психічного розвитку (ЗПР) у дитини особистість патологічно незріла, повільно розвивається психіка, порушена пізнавальна сфера. ЗПР зачіпає переважно емоційну і вольову сферу.

Психічний інфантилізм. Нервово-психічна незрілість інфантильного дитини виражається розладами емоційної і вольової сфери.

Синдромом дефіциту уваги (СДУ) страждають багато дітей дошкільного віку, школярі та підлітки. Діти не здатні довго концентрувати увагу, надмірно імпульсивні, гіперактивні, не уважні.

Ознаки СДУ: • надмірна збудливість; • непосидючість; • дитина легко відволікається; • не вміє стримувати себе і свої емоції; • не здатний слідувати інструкціям; • легко перескакує з однієї справи на іншу; • не вміє слухати; • не любить спокійних ігор, надає перевагу небезпечним, рухливим справам; • надмірно балакучий, в розмові перебиває співрозмовника; • не вміє дотримуватися порядку, упускає речі.

Причини СДУ: • дитина генетично схильний до СДУ. • під час пологів була мозкова травма; • ЦНС пошкоджена токсинами або бактеріально-вірусною інфекцією.

У дорослих дітей з СДВ частіше спостерігаються наркотична та алкогольна залежність, конфлікти з законом, асоціальна поведінка і розлучення.

Аутизм. Діти, хворі аутизмом, знаходяться в стані постійного «екстремальної» самотності, не здатні встановити емоційний контакт з оточуючими, соціально і комунікативно не розвинені.

Діти-аутисти не дивляться в очі, їх погляд блукає, ніби в нереальному світі. «Аутисти схильні здійснювати одноманітні мовні і рухові дії: трясуть руками, підстрибують, повторюють слова і звуки. Аутистам складно спілкуватися з оточуючими. Неправильно застосовують займенники, можуть називати себе «він» або «ми». Аутисти ніколи не ставлять запитань, і практично не реагують, коли оточуючі звертаються до них, тобто повністю уникають спілкування».

Шизофренія. При шизофренії відбуваються зміни особистості, які виражаються емоційним зубожінням, зниженням енергетичного потенціалу, втратою єдності психічних функцій, прогресуванням інтровертированості.

Клінічні ознаки. У дошкільнят і школярів спостерігаються такі ознаки шизофренії: немовлята не реагують на мокрі пелюшки і відчуття голоду, рідко плачуть, сплять неспокійно, часто прокидаються.

Школярі, хворі на шизофренію, ведуть себе таким чином:

- страждають мовними розладами, вживаючи неологізми і стереотипні фрази, іноді проявляється аграматизм і мутизм;
- навіть голос дитини змінюється, стає співаючим або скандуючим;
- мислення непослідовне, нелогічне, дитина схильна мудрувати, філософствувати на піднесені теми про всесвіт, сенс життя, кінець світу;
- страждає зоровими, тактильними, зрідка слуховими галюцинаціями епізодичного характеру;
- з'являються соматичні розлади шлунка: відсутність апетиту, пронос, блювота, нетримання калу і сечі.

Шизофренія у підлітків проявляється такими симптомами:

- на фізичному рівні проявляється головний біль, швидка стомлюваність, неухважність;

- деперсоналізація і дереалізація – дитина відчуває, що змінюється, боїться себе, ходить як тінь, знижується шкільна успішність;
- трапляються маячні ідеї, часта фантазія «чужі батьки», коли хворий вважає, що його батьки не є йому рідними, дитині здається, що до нього навколишні ворожі, агресивні, зневажливо;
- проявляються афективні розлади – страх смерті, божевілля, безсоння, галюцинації і хворобливі відчуття в різних органах тіла;
- особливо мучать зорові галюцинації, дитина бачить страшні нереальні картини, веселощі в хворого страх, патологічно сприймає дійсність, страждає маніакальними станами.

Епілепсія. Причини епілепсії пов'язані переважно з генетичною схильністю і екзогенними факторами: ушкодженнями ЦНС, бактеріальними та вірусними інфекціями, ускладненнями після вакцинації.

Неврози. Причини формування неврозів у дітей носять психогенний характер. На розвиток неврозів впливають як психічні, так і фізіологічні чинники:

Так велика частина неврозів припадають на вік 3-5 років, коли у дитини формується «Я», а також на період статевого дозрівання.

Серед найбільш поширених невротичних розладів у дітей виділяють: неврастенію, істеричний артроз, невроз нав'язливих станів. Розладами харчової поведінки страждають переважно підлітки, самооцінка яких сильно занижена через негативні думки про власну вагу і зовнішній вигляд. **Даний тип нервово-психічних розладів поширюється дуже динамічно.**

Анорексія. Дітей, які страждають на анорексію, терзає постійне почуття сорому і страху, ілюзії з приводу надмірної ваги і викривлену думку про власне тіло, розміри і форми.

Булімія. Підлітки з булімією характеризуються періодичними різкими перепадами ваги, тому як поєднують періоди обжерливості з періодами голодування і очищення. По суті анорексія і булімія проявляється практично однаково.

Профілактика. З метою профілактики дітям, які входять до групи ризику, потрібно регулярне спостереження у дитячого психіатра. Батькам не варто боятися слова «психіатрія».

Проблеми психічного здоров'я підлітків. Підлітковий вік (10–19 років) є унікальним періодом формування особистості Підвищення рівня психічного благополуччя підлітків і захист їх від тяжких потрясінь й факторів ризику, які можуть вплинути на можливості їх успішного розвитку, мають важливе значення для забезпечення їх благополуччя в підлітковому віці, а також їх фізичне та психічне здоров'я у дорослому житті.

Приблизно 10-20% підлітків у всьому світі мають порушення психічного здоров'я. Психічне здоров'я підлітка визначається цілою низкою факторів: підвищення рівня стресів у підлітковому віці; прагнення до більшої самостійності, бажання відповідати очікуванням однолітків, пошук сексуальної ідентичності та зростаюча доступність і застосування технічних засобів.

У підлітковому віці нерідко розвиваються емоційні розлади: депресії, тривожності, підвищена роздратованість, незадоволеність або гнів. У підлітків молодшого віку можуть додатково виникати емоційно обумовлені фізичні симптоми, такі як біль в животі, головний біль або нудота.

Депресія займає четверте місце у світі посеред ведучих причин захворюваності та інвалідності підлітків у віці 15–19 років та п'ятнадцяте місце у віці 10–14 років. Тривожні розлади є дев'ятою за значенням причиною порушень психічного здоров'я серед підлітків у віці 15–19 років та шостою у віці 10–14 років.

З цієї вікової групою пов'язана зростаюча стурбованість поширенням інформації про суїцидальну поведінку через електронні ЗМІ.

Поведінкові розлади в дитячому у віці 10-14 років є другою за значимістю провідною причиною і займають одинадцяте місце серед підлітків у віці 15-19 років. Поведінкові розлади в дитячому віці проявляються як синдром дефіциту уваги і гіперактивності, розладами поведінки (з симптомами деструктивної або зухвалої поведінки). Вони можуть негативно впливати на навчання підлітків і бути причиною протиправної поведінки.

Поширеність важкого епізодичного вживання алкоголю серед підлітків у віці 15-19 років у всьому світі становить 13,6%, представляючи найбільшу загрозу для хлопчиків і юнаків. Особливе занепокоєння викликає також вживання тютюну та коноплі.

Основні принципи роботи з підлітками полягають в тому, щоб уникати спрямовання їх до спеціалізованих установ, в першочерговому порядку використовувати нефармакологічні методи і забезпечувати дотримання прав дітей відповідно до Конвенції Організації Об'єднаних Націй про права дитини та іншими документами з прав людини.

ВООЗ розробляє стратегії, програми та інструменти для надання сприяння урядам у наданні підліткам необхідної медичної допомоги. Основними ресурсами в цьому відношенні є: глобальне прискорення дій в інтересах здоров'я підлітків, її здійснення в різних країнах; глобальна стратегія охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016-2030 рр.)

Програма дій з ліквідації прогалин в області психічного здоров'я повинна забезпечити формування сприятливого соціального середовища і системи соціальних взаємин.

Список використаних джерел:

1. Закон України Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143).
2. Наказ МОЗ № 636. Про затвердження плану заходів щодо вдосконалення роботи з охорони здоров'я молоді від 21.09.2006.
3. Мороз О. Молодь і психічне здоров'я у світі, що змінюється. *НейроNews*. 2018. №8. С. 8-10.

СПЕЦИФІКА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВИХ ЗАНЯТЬ ІЗ ДІТЬМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ

Ковальчик І. С.

*Студентки 4 курсу, групи ПС 41 – 21
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

На сьогодні проблема порушення слуху в дітей є актуальною як у медичному, так і в психологічному аспектах. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) сьогодні у світі на 1000 новонароджених із нормальним слухом припадає одна дитина з вираженим ступенем порушенням слуху (ПС). Зниження слухової функції, значно погіршує якість життя, обмежує її у виборі фаху, а нерідко, і до виключення із соціуму.

Провідні вітчизняні та зарубіжні вчені зробили значний внесок у дослідження проблем розвитку, навчання і виховання дітей з порушеннями слухового аналізатору (Р. Бабенкова, Р. Боскіс, Л. Виготський, О. Гозова, В. Дзюрин, В. Засенко, І. Ляхова, Н. Рау, В. Синьов, Л. Фомічова, Ж. Шиф, М. Ярмаченко та ін.). Доведено, що ураження слуху призводить до низки вторинних відхилень, насамперед, до затримки мовленнєвого розвитку, що порушує взаємозв'язок з оточуючим світом, позначається на розвитку пізнавальних процесів даної категорії дітей. Порушення слухової функції впливає також на стан рухового аналізатору й оволодіння різними видами рухових дій, які обумовлюють специфічні особливості розвитку психофізичного розвитку дітей з порушенням слуху. Наукові дослідження в галузі спеціальної педагогіки підтверджують ефективність цілеспрямованих педагогічних дій щодо профілактики у глухих дітей подальших відхилень у розвитку вторинної і третинної природи, а також коригування вже наявних недоліків психофізичної сфери.

Метою роботи є обґрунтування специфіки системи корекційно-розвиткових занять з дітьми молодшого шкільного віку з ПС. На шляху розвитку навчання, виховання дітей молодшого шкільного віку з ПС зустрічаються проблеми, а саме: відсутність професійної цілеспрямованої психологічної допомоги дітям молодшого шкільного віку з ПС. У школярів знижена самооцінка, є труднощі у спілкуванні, нечіткі дії, невпевненість в своїх знаннях; недостатній фізичний розвиток, спостерігається низький рівень розвитку м'язової сили та ін.

Психолого-педагогічні дослідження свідчать про наявність у дітей молодшого шкільного віку з ПС значних невикористаних резервів розвитку інтелектуальної діяльності, реалізація яких можлива тільки за умов правильно організованого навчання. Систематична робота з розумового виховання, тісно пов'язана з розвитком різних сторін і функцій мовлення, є важливою умовою розвитку наочних форм і словесного мислення, зменшення відставання в пізнавальній діяльності від дітей з нормою.

Специфіка корекційно-розвиткових занять із дітьми молодшого

шкільного віку з ПС полягає в розробці системи заходів, що дозволяють вирішувати завдання своєчасної допомоги дитині з порушеннями слухової функції та спрямована на корекцію порушень шляхом розвитку пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, мовлення та особистості дитини. Саме корекційно-розвиткові заняття із дітьми молодшого шкільного віку, дозволяють вирішувати завдання всебічного розвитку такої дитини, відновлюють й покращують пізнавальні та емоційно-вольові процеси, забезпечують соціальну адаптацію в суспільстві, формують позитивні риси особистості.

Нам близька думка науковців (Р. Боскіс, Н. Рау, Л. Фомічова та ін.) про те, що навчання дітей молодшого шкільного віку з ПС повинно концентруватися на формуванні життєвих навичок та закладанні підґрунтя для формування майбутньої життєвої компетентності особистості. Необхідно сформуувати у дитини з ПС інтелектуальні вміння: читати, писати, висловлювати власну думку усно та письмово, активно слухати, правильно формулювати, ставити запитання, навички прогнозування власної діяльності на найближчий період життя; актуалізувати потребу та створювати реальні умови, необхідні для самостійного прийняття дитиною рішень; сформуувати найпростіші необхідні навички обґрунтування (оцінки), деталізації та планування реалізації власного рішення в реальних життєвих умовах; створювати умови та дієво підтримувати (педагогічними та психологічними засобами); формування елементарних життєвих та соціальних навичок дитини; заохочувати дитину до самостійного контролю та організації власного життєвого часу, посиленого самовиховання.

Корекційно-розвиткова робота у навчальному процесі дітей з порушеннями слуху має ряд специфічних особливостей, які полягають у врахуванні особливостей розвитку таких дітей. З дітьми молодшого шкільного віку з ПС проводяться заняття з музично-ритмічної діяльності, заняття з розвитку слухо-зоро-тактильного сприймання мовлення та формування вимови та ін. Важливими є заняття з психологом та соціальним працівником. На всіх заняттях використовують засоби, спрямовані на посилення звучання під час слухового та зорового сприймання усного мовлення оточуючих. Оволодіння засобами спілкування дітьми з ПС відбувається з використанням стаціонарної електричної апаратури або індивідуальних слухових апаратів.

Вище зазначене (цим не обмежуємо) забезпечує специфіку корекційно-розвиткових занять з дітьми з ПС молодшого шкільного віку та допоможе підготувати таких дітей до життя у сучасному суспільстві.

Список використаних джерел:

1. Івахненко А. А. Корекція та розвиток психомоторної функції глухих дітей молодшого шкільного віку засобами рухливих ігор: зб. наук. праць / за ред. С. С. Єрмакова. Харків: 2011. С. 169.
2. Ляхова І. М. Особливості розвитку моторної функції глухих дітей молодшого шкільного віку зб. наук. праць. / редкол.: Т. І. Суценко та ін. Запоріжжя: 2006 С. 424-429.

ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Коцаренко О.С.

*студентки 4 курсу, групи ПС 41-21
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Сучасне міжнародне співтовариство занепокоєно проблемами дискримінації та соціальної ізоляції найменш захищених груп населення, тому виховання толерантного, доброзичливого ставлення до них набуває особливої актуальності. Толерантність є основою демократії, до якої прагне багато країн. В Україні, незважаючи на прийняті закони про громадські права та свободи, діти обмежених функціональних можливостей нерідко стикаються з низкою суспільно-небажаних стереотипів, їх часто вважають такими, що відрізняються від решти суспільства.

У нашій державі зареєстровано 442,6 тис. дітей з особливими потребами, що складає 2,4 відсотка від загальної кількості дитячого контингенту в Україні, умови виховання та навчання яких не завжди відповідають потенційним можливостям їхнього здоров'я, вимогам суспільного життя.

Сучасний стан вивчення проблеми інклюзивної освіти, впровадження її в нашій країні знаходяться на початковому етапі розвитку. Зазначена проблема розглядається в теорії та практиці соціально-педагогічної роботи: М. Воронін, Л. Даниленко, С. Єфімова, А. Колупаєва, А. Крикун та інші. В той же час й питання терпимості, толерантного ставлення до людей обмежених функціональних можливостей є сьогодні вкрай актуальним і висвітлено в дослідженнях Р. Валитова, В. Жанкелевича, В. Золотухіна, Ж. Лессэ, А. Мчедлова, Э. Нарагхи, В. Тішкова, Б. Уільяма.

Сутність толерантного ставлення суспільства до людей з вадами розвитку й життєдіяльності розкрито в Декларації принципів толерантності ЮНЕСКО (16.11.1995) і визначено як активне ставлення до дійсності та таке суспільне явище, що формується на засадах визнання універсальних прав і свобод людини як основної норми поведінки всіх людей.

Враховуючи актуальність впровадження інклюзивної освіти в Україні. Метою дослідження визначено: теоретично обґрунтувати та розробити соціально-педагогічну програму з формування в учнів толерантного ставлення до дітей з особливими потребами в умовах інклюзивної школи.

З метою вивчення стану обізнаності школярів з досліджуваної проблеми нами було проведено констатувальний етап педагогічного експерименту. В експериментальному дослідженні прийняло участь 72 респонденти 6-их і 9-их класів. Аналіз проведеного анкетування дозволяє зробити висновок, що старшокласники не проти того, щоб у їхньому класі навчалася дитина з особливими потребами, але молодші учні виявилися не готовими до цього. Відповідно до цих результатів нами було укладено соціально-педагогічну програму «Формування толерантного ставлення до дітей з особливими

потребами», змістом якої прогнозувалося вирішення поставленої проблеми: для учнів 9 класів розроблено інформаційно-просвітницький блок з теми «Інклюзивна освіта»; для учнів 6-х класів – систему соціально-педагогічних тренінгів з питань усвідомлення толерантного розуміння та прийняття у свій колектив дітей з особливими освітніми потребами.

В умовах сучасних глобалізаційних процесів інклюзивна освіта приходить на зміну сегрегаційної та індивідуальної моделей навчання, соціалізації неповноцінних дітей. Оскільки, беззаперечним є визнання виховання ефективним засобом впливу на формування у підростаючого покоління соціально бажаного ставлення до дітей обмежених можливостей, особливо важливою є роль соціального педагога у донесення до дитячої свідомості соціальних цінностей, норм і правил встановлення та розвитку толерантних відносин в учнівському середовищі, організації доброзичливого спілкування, запровадження спеціальних методик соціально-виховної роботи.

Список використаних джерел:

1. Гаврилова Е. В. Проблема толерантности и пути ее решения в школьном пространстве. Социальная педагогика. 2010. № 1.
2. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в країні» від 21 березня 1991 р. №875.
3. Колупаєва А. Інклюзивна освіта в контексті реалій сьогодення. Практика управління закладом освіти. 2010. №4. С. 8-12.

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В ДОПОМОЗІ ВИХОДУ ЛЮДИНИ ІЗ СТАНУ ЗАЛЕЖНОСТІ

Мішеніна А.В.

*старший викладач кафедри психології
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Залежність від психоактивних речовин (наркотиків) – це хронічне захворювання, що проявляється в непереборному бажанні вживати наркотичні речовини, незважаючи на негативні соціально-медичні наслідки.

Відповідно до сучасних досліджень, залежність від ПАР є захворюванням центральної нервової системи: біохімія в активних центрах (рецепторах) мозку змінюється так, що потреба в наркотичних речовинах стає біологічно зумовленою і дуже сильною.

Уперше більшість людей вживає наркотики добровільно, із різних причин, але повторне вживання може призвести до змін у мозку, у результаті чого людина може бути не здатною опиратися інтенсивному потягу до ПАР. Оскільки вживання наркотиків може призводити до змін у мозку, залежність розглядають як хронічне захворювання, а не брак волі чи прояв поганого характеру. Наркозалежність вважають рецидивним захворюванням – люди, які лікуються від розладів, пов'язаних з уживанням наркотиків, або пройшли таке лікування, мають підвищений ризик повернутися до вживання ПАР навіть після кількох років відмови.

Характерні ознаки синдрому залежності від ПАР:

- сильне бажання чи почуття непереборної тяги до прийому ПАР;
- порушена здатність контролювати поведінку, пов'язану з прийомом ПАР;
- поява абстинентного стану, що виникає, коли прийом психоактивної речовини зменшити або припинити;
- ознаки толерантності до дії психоактивної речовини, що проявляються в необхідності значного збільшення кількості речовини для досягнення бажаного ефекту;
- поглиненість уживанням ПАР, котра проявляється в тому, що заради прийому речовини людина повністю або частково відмовляється від важливих альтернативних задовольень і зацікавлень чи витрачає багато часу на діяльність, необхідну для придбання і прийому речовини, та на відновлення після її ефектів;
- вживання психоактивних речовин всупереч явним ознаками шкідливих наслідків для здоров'я, роботи/навчання, стосунків з друзями, членами родини тощо.

Непроста ситуація у країні спричиняє збільшення кількості випадків пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами (алкоголь, наркотична залежність).

Перше завдання в даній роботі – це первинне виявлення проблем осіб, які зловживають психоактивними речовинами, та членів їхніх сімей, надання їм об'єктивної та повної інформації про соціальні установи та організації,

спеціалісти яких надають кваліфіковані послуги; забезпечення мотивації та залучення осіб з виявленими проблемами до програм реабілітації та ресоціалізації;

- формування у клієнтів навичок безпечної поведінки та усвідомлення ризику інфікування ВІЛ, гепатитами В і С, туберкульозом, інформування про можливість проходження КІТ (консультування і тестування);
- організація індивідуальної та групової консультативної допомоги особам, які зловживають психоактивними речовинами та членам їх сімей в контексті проблем залежностей, ВІЛ-інфекції, інших соціальнонебезпечних захворювань;
- сприяння в організації та діяльності школи для співзалежних, ранкових, денних та вечірніх цільових груп взаємодопомоги для осіб, які зловживають психоактивними речовинами, та членів їх сімей.

Залежність, як правило, носить психологічний характер. Перше знайомство людини з алкоголем (наркотиками або азартними іграми) – усвідомлений вибір людини. Однак, в його основі лежать будь-які переживання – стрес, втрата близького, почуття самотності, спустошеності, непереборна втома.

Згодом алкоголь або наркотики стають найпростішим способом позбавити себе від переживань. Так виникає залежність.

Лікування саме по собі – стрес для хворого, його родичів. Тому психологічна підтримка – значимий фактор успішного одужання.

Допомога психолога при лікуванні залежності зводиться до наступного:

1. Виявлення причин, що штовхають людину до межі. Лікар допомагає розібратися в проблемах, що тривожать пацієнта, переконати його в тому, що алкоголь (наркотики, ігри) не позбавляють від труднощів, а тільки погіршують ситуацію.
2. Формування впевненості в собі. Багато залежних не вірять в успішний результат, маючи за плечима кілька невдалих спроб розлучитися із залежністю. Завдання психолога – показати і довести, що ресурсів у хворого досить, що він може впоратися з хворобою. Віра в себе – основний ключ до одужання.
3. Визначення рушійних мотивів. Залежний повинен усвідомити, що саме є рушійною силою, що штовхає його на вчинки, які мотиви лежать в їх основі. Це допомагає скорегувати поведінку людини в правильному напрямку.
4. Налагодження соціальних контактів. Наркомани, алкоголіки, ігромани знаходяться в вузькому колі своїх «друзів», втрачаючи навички здорового спілкування. Психолог допомагає налагоджувати соціальні зв'язки, вчить чути інших, справлятися з виникаючими конфліктами.
5. Пошук життєвих цілей, установок. Одужуючи, людина повинна мати курс на перспективу. Він потребує цікавої, корисної справи, реальних цілей і планів. Лікар вчить бачити і планувати майбутнє, йти вперед і радіти результатам.

Підходи до лікування

Важливо розуміти, що залежність від ПАР є хронічною недугою, а не гострим станом, а отже підходи до лікування мають враховувати особливості перебігу саме хронічних захворювань.

Отож, слід пам'ятати про особливості лікування хронічних хвороб:

- такі недуги часто мають рецидиви, що не свідчить про неефективність лікування, а є природним перебігом захворювання;
- основною метою лікування є мінімізація негативних наслідків захворювання та контроль за проявами недуги, оскільки повне одужання часто є неможливим (на відміну від гострого стану);
- лікування хронічних захворювань часто є позитивним і не обмежене у часі, єдиним критерієм для зупинки терапії є стан хворого, а не її тривалість (лікування гострого стану завжди обмежене у часі);
- пацієнт є активним учасником і партнером лікування, і від ефективної взаємодії між лікарем і пацієнтом залежить успіху терапії.

Національний інститут США з питань зловживання наркотиками (NIDA) сформулював **ключові правила лікування наркотичної залежності**:

- 1) залежність – це складне, хронічне захворювання, що порушує функціонування головного мозку і поведінку людини, але піддається лікуванню;
- 2) не існує єдиного методу лікування, що годився би для всіх;
- 3) лікування має бути легкодоступним (бажано отримання лікування одразу після звернення по нього);
- 4) ефективна терапія спрямована на безліч потреб пацієнта (лікування інших психічних захворювань, сприяння у залагодженні соціальних проблем), а не тільки на споживання наркотиків;
- 5) ефективність лікування дуже залежить від його адекватної тривалості;
- 6) поведінкова терапія, зокрема індивідуальна, сімейне або групове консультування, є найбільш поширеною формою лікування наркозалежності;
- 7) медикаменти є важливим елементом лікування для багатьох пацієнтів, особливо в поєднанні з консультуванням та іншими поведінковими терапіями;
- 8) план лікування і ведення пацієнта слід постійно оцінювати і змінювати за потреби для забезпечення його відповідності;
- 9) багато наркозалежних мають інші психічні розлади (коморбідні стани);
- 10) медична допомога у разі детоксикації є лише першою стадією лікування залежності й сама собою мало що змінює у випадку тривалого зловживання наркотиками;
- 11) лікування не обов'язково має бути добровільним, щоби бути ефективним;
- 12) під час лікування слід постійно контролювати споживання наркотиків, оскільки рецидиви справді можливі;
- 13) програми лікування мають передбачати тестування пацієнтів на наявність ВІЛ/СНІДу, гепатитів В і С, туберкульозу та інших інфекційних захворювань, а також забезпечувати цільове консультування щодо зниження ризикованої поведінки.

Існує багато методів лікування людей, котрі мають психічні та поведінкові розлади внаслідок уживання опіоїдів, проте лише незначна частина з них має доказову ефективність.

Фармакотерапія за психічних і поведінкових розладів унаслідок вживання опіоїдів поділяється на такі категорії:

«Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності»

- лікування станів інтоксикації або відміни;
- підтримувальна терапія антогоністами опіоїдів;
- терапія антагоністами опіоїдів;
- лікування супутніх психічних захворювань.

Список використаних джерел:

1. Айвазова А. Е. Психологические аспекты зависимости. СПб.: Речь, 2003. 120 с.
2. Березин С. В., Лисецкий К. С. Психология ранней наркомании. Москва-Самара: Международная ассоциация по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, Самарский Государственный Университет, Самарский центр практической психологии, 2013. 128 с.
3. Бухановский А. О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. 35 с.
4. Гоголева А. В. Аддиктивное поведение и его профилактика. М. : изд-во Моск. псих-соц. ин-та, 2002. 240 с.
5. Данилин А., Данилина И. Как спасти детей от наркотиков. М.: Центрполиграф, 2013. 348 с.
6. Захаров Н.П. Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости. М.: ДеЛи принт, 2004. 288 с.
7. Ложкин А. И. Психология поведения девиантной личности: учебно-методическое пособие. Екатеринбург: Изд-во Уральского юридического института МВД России, 2012. 110 с.
8. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навчальний посібник. К. : Київський університет, 2002. 308 с.

ТРАНСФОРМАЦІЯ МИСЛЕННЯ І ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Можина Є.І.

*лаборант кафедри загальних дисциплін
ПВНЗ «МПУ», м. Миколаїв*

Напевно кожна людина розуміє, що є чотири основні чинники, які визначають стан здоров'я: спосіб та умови життя (50-55%), екологічний стан навколишнього середовища (20-25%), спадковість (15-20%) і рівень медичного обслуговування (7-15%).

Мені дуже подобається вислів; Хочеш бути щасливим – будь ним!!! Його можна трансформувати і в інші складові нашого життя: розумним, здоровим, багатим – все в твоїх руках. І перший чинник, спосіб життя передбачає в першу чергу – це спосіб мислення.

«Мова – втілення думки. Що багатша думка, то багатша мова. Любімо її, вивчаймо її, розвиваймо її! Борімося за красу мови, за правильність мови, за присутність мови, за багатство мови...»

Максим Рильський

Трансформація думки – це звичка усвідомленого ставлення до себе, свого тіла, душі, духу...

Позитивне мислення пов'язують із нижчим рівнем гормону стресу кортизолом.

«Нестриманість – цариця всіх смертей», стверджував Оноре де Бальзак. Проблемою сьогодення для нас є нестримність та надмірне споживання, як не зовсім якісної їжі, так і фармакоманія. Тому на мій погляд медсестра в першу чергу повинна сама знати засади здорового харчування, дотримуватись і бути прикладом для своєї сім'ї так і тих сімей, з якими вона контактує і обслуговує,

«Безсонні ночі скорочують дні» ще в свої часи наголошував Френсіс Бекон. Ні для кого не є секретом, що дотримуватись режиму дня, як і режиму сну, це надзвичайно важливо як для здоров'я фізичного так і психічного, Надмірне просиджування за комп'ютером, зависання в соціальних мережах, нічні клуби та гулянки, як не покращують нашого здоров'я, так і не сприяють продуктивності праці.

Здоров'я – мудрих гонорар. П'єр Беранже закликає бути мудрим. А для цього потрібно аналітично мислити, бути усвідомленим, відповідальним.

Хвороб – безліч, а здоров'я одне. Л.Берн. Не погодитись з таким твердженням, може тільки людина, яка або загіпнотизована на нездоров'я, а бо в нездоров'ї бачить вигоду. Тому що очевидно, що набагато простіше, вивчити особливості свого організму, підтримувати режим сну, харчування, санітарно-профілактичні заходи, ніж потонути в безкінечній кількості і варіантності відхилень від здоров'я. На превеликий жаль, в медичних закладах освіти санітарно-профілактичні факультети перестали функціонувати.

«Той, хто хоче бути здоровим, частково вже видужує» про це говорив в епоху Середніх віків автор безсмертного «Декамерона» Джованні Боккаччо.

Всі ми знаємо про процеси і результати позитивного мислення, навіювання, афірмації, візуалізації, але чомусь вони для сьогоденної офіційної медицини, начебто не існують. Про віру в одужання, про силу віри, яку колись підкреслював і російський режисер, письменник і поет Костянтин Симонов у своїй поезії «Жди мене» часто навіть і не згадується. Частіше дається маса підтвержень на користь оперативним втручанням ніж консервативним, традиційним, перевіреним століттями. Маю на увазі: осмислення психосоматичної причини захворювання, усвідомлення, способу життя, особистої відповідальності пацієнта за результати свого способу життя.

«Потужний дух рятує розслаблене тіло» підкреслював батько медицини Гіппократ. Але формування здорового духу в більшості, це знову щось на грані містики.

«Бог може пробачити нам гріхи наші, але нервова система – ніколи» (Вільям Джеймс). Це ще раз підтверджує, що нервова система, душа, дух – це ті категорії, які кожній людині, а особливо медику, потрібно визнати, прийняти в собі, полюбити, щоб потім допомогти вивчити і пацієнту. Медику, вилікуй спочатку себе... *Medice, curate ipsum!!!*

«Ділові люди, які не вміють боротися із занепокоєнням, вмирають молодими» (А. Каррель). По-сучасному трактує давній латинський афоризм - *Optimum medicamentum quies est* – Кращі ліки спокій.

«Одні вічно хворі тільки тому, що дуже піклуються бути здоровими, а інші здорові тільки тому, що не бояться бути хворими», аналізує Василь Ключевський. І на сьогоднішній день скільки вже сказано про силу думки, про матеріалізацію думки, підтверджену як релігією, так і точними науками, а саме: квантовою фізикою, сакральною геометрією, психолінгвістикою, що дивуєшся, що люди в 21 столітті, з вищою освітою лікують тіло на рівні тіла, в одній площині.

І навіть на думку не спадає, що «якщо стежити за своїм здоров'ям, можна дізнатися, куди воно пішло» (Геннадій Малкін)

Виразки шлунка виникають не від того, що ви їсте, виразки виникають від того, що з'їдає вас (Марі Монтегью).

«Найгірший з недуг – бути прив'язаним до своїх недуг» (Сенека). На жаль, на сьогоднішній день, ми можемо констатувати той факт, що через свою нереалізованість, не розкриття своєї індивідуальності, людина починає себе реалізовувати через хворобу, стає значимим

«Пасивне життя не для тих, хто вважає за благо жити якомога довше» (Сенека).

«Хвороба – нормальна реакція на ненормальні умови» (Андрій Соколов).

Природа незворушно усуває тих, які недостатньо уважні до одного з її найвидатніших творів, плоті людської, і заселяє світ нащадками тих людей, які менш божевільні в цьому відношенні. Наше життя скорочується невіглаством (Герберт Спенсер).

Єдиний спосіб зберегти здоров'я – це їсти те, чого не хочеш, пити те, чого не любиш, і робити те, що не подобається (Марк Твен), а для цього потрібна

усвідомленість, дисципліна, сила волі, сила духу. Які можна в собі виховати. А потім і допомогти рідним, близьким і пацієнтам, які довіряться Вам!!!

Судіть про своє здоров'я по тому, як ви радієте ранку і весні (Генрі Торо).

Якщо вам хочеться вранці просипатися, у Вас є відчуття невиконаного обов'язку, значить ви усвідомили свою місію. Допомогати людям, значить ви на шляху до здоров'я, щастя. Нам далось життя, отже ми його повинні прожити достойно.

«Здоров'я – перший обов'язок в житті» (Оскар Уайльд).

«Весь секрет продовження життя полягає в тому, щоб не вкорочувати його» (Ернст Фейхтерслебен).

«Бути здоровим – означає бути вільним» (Вільгельм Фішер).

«Здорове тіло – продукт здорового розуму» (Бернард Шоу).

«Хворого цікавить здоров'я, лікаря – хвороба» (Еміль Лагідний).

Чим відрізняється розуміння від усвідомлення. Система РАД:

ЗРОЗУМІВ – це прочитав, почув і «ЗРОЗУМІВ»... тобто якимось логічно співставив зі всім іншим.

Але на життя і поведінку це не робить ніякого впливу... Тому, що саме «ЗРОЗУМІВ» – одному Богові відомо... кожен зрозумів щось своє... деколи сильно відмінне від того, що малось на увазі в першоджерелі... (критерії різні, критеріальне мислення)

УСВІДОМИВ – це зрозумів і почав так поступати. Усвідомлення – це знання (розуміння) пропущене через систему мотивації і перетворене на Алгоритм Поведінки...

Тепер це всі бачать і можуть порівняти з першоджерелом... Тепер всім (і самій людині) стає ясно: що саме людина «ЗРОЗУМІЛА»...

Існує часовий термін – проміжок між етапами впровадження Нових Алгоритмів Поведінки, які схематично можна іменувати так:

1. ПОБАЧИВ (прочитав, почув, намалював за допомогою образів).
2. ЗРОЗУМІВ.
3. УСВІДОМИВ.
4. ЗРОБИВ УСВІДОМЛЕНО.
5. ІНАКШЕ ПРОСТО ВЖЕ НЕ МОЖЕШ ПОСТУПАТИ.

ПОБАЧИВ

У житті існує кінцеве число ситуативних завдань (і якщо почати розбиратися, то це число дуже невелике – в літературі не більше 30 сюжетів), яке нам належить вирішувати .

При виникненні якоїсь ситуації ми поводимо себе, відповідно звичній нам поведінці.

ЗРОЗУМІВ

Процес аналізу і розуміння, що ми так поступати не хочемо. Але прийшла ситуація – і «упппсссссс..... ми знову там же. »

УСВІДОМИВ

Починаєш чітко усвідомлювати, що, чому і де заважає ...

ЗРОБИВ УСВІДОМЛЕНО

При наближенні ситуації – усвідомлено відстежуєш себе і витрачаючи чималу кількість енергії, усвідомлено утворюєш незвідану стежину до нового алгоритму поведінки, всіма силами прагнучи не дати собі втекти на широку дорогу старого Алгоритму. Наступає момент, коли ми починаємо помічати, що щось, якось не так ми поводимося.

ІНАКШЕ ПРОСТО ВЖЕ НЕ МОЖЕШ ПОСТУПАТИ

Після багатьох повторів попереднього пункту, ми починаємо все більш охоче і звичніше перебувати в новій позиції. І коли ви розумієте, що інакше ви не можете - це і є Новий Алгоритм Поведінки.

Людина, яка перебуває в гармонії з самою собою і навколишнім світом, не схильна до його впливу.

Як досягти цього? Пропонуємо:

- живіть в злагоді з собою;
- вчіться радіти життю;
- менше хвилюйтеся, а більше смійтеся;
- вчіться долати стрес. Пам'ятайте: джерело стресу — не події самі по собі, а наше сприйняття цих подій;
- дотримуйтеся режиму дня;
- будьте більш терплячими до інших;
- відмовтеся від куріння, алкоголю та інших шкідливих звичок.

Проблема українців полягає у несвідомому ставленні людей до свого здоров'я, крім того в ЗМІ замало антиреклами про шкоду алкоголю, тютюнопаління та наркотиків.

Маємо бути свідомі того, що активність, творчість, висока працездатність, успіхи і досягнення в навчанні, роботі, житті – недосяжні для того, хто хворіє.

Дбайте про своє здоров'я, радійте життю, з Божою мудрістю і любов'ю ставтеся до своїх ближніх. Напередодні Нового етапу в житті вітаю випускників і всіх присутніх, Бажаю Вам негасимої творчої наснаги, здійснення мрій і реалізації усіх Ваших задумів. Здоров'я, успіхів Вам та Вашим родинам!

Список використаних джерел:

1. Гільман А.Ю., Архіпов В.В. Саногенне мислення в структурі художньої творчості. Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2014. Вип. 24. 400с.
2. Ричів М.В. Про критерії розвитку понятійного мислення. Психологія. 1984. № 86.
3. Чепелюк О. Розвиток мислення з погляду сучасних психологічних концепцій. Директор школи. 1999. № 18.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В РОБОТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ

Неделевич Є.В.

*практичний психолог, методист соціально-психологічної служби при
управлінні освіти, Херсонської міської ради
м. Херсон*

Психологічна служба у закладі освіти це спеціаліст, або спеціалісти з вищою психологічною, соціальною освітою – практичні психологи та соціальні педагоги. Які покликані, спираючись на статтю 76 Закону України «Про освіту» щодо реалізації пріоритетних напрямків роботи психологічної служби закладів освіти, охоплювати широкий спектр напрямків роботи закладу освіти. Такі як: навчальна діяльність, факультативні заняття та тренінги, просвітницька робота, діагностична робота, профілактична робота, корекційна робота, консультування (індивідуальне, групове) та зв'язки з громадськістю.

З огляду на функціональні та посадові обов'язки спеціалістів психологічної служби закладів освіти та аналізуючи сучасну ситуацію в Україні й Світі, перед нами постає питання: як надавати кваліфікаційну підтримку спеціалістам психологічних служб закладів освіти. Адже, від емоційного, психологічного та фізичного стану цих спеціалістів, від якості наданого ними супроводу, залежить загальний емоційний стан усіх учасників освітнього процесу. Тут мається на увазі, такі сфери професійної діяльності спеціалістів психологічної служби закладу освіти як: впровадження для усіх учасників освітнього процесу практичних форм активного співробітництва, яке направлене на удосконалення й розвиток особистості; первинна профілактика, спрямована на налагодження конструктивної соціальної взаємодії учасників освітнього процесу; попередження виникнення надмірної психологічної напруги в суспільстві, що переживає кризові явища (економічні та політичні кризи, пандемії, міжетнічні, міжконфесійні конфлікти тощо); профілактика девіантної поведінки молоді (правопорушення, пияцтво, наркоманія, токсикоманія) тощо.

На нашу думку для вирішення питання щодо надання якісної підтримки спеціалістам ПС закладів освіти необхідно якісно реалізувати наступні напрямки:

- надання кваліфікованих консультацій від юристів щодо законодавчої бази, для запобігання непорозуміннь й суперечок як із адміністрацією закладу, так і з батьками учнів, що сприятимуть більш чіткому розумінню спеціалістами ПС своїх відповідальностей та обов'язків, і як результат, зменшення стресових робочих ситуацій, підвищення впевненості спеціалістів ПС в своїх діях;
- популяризація психології для населення з метою підвищення довіри до спеціалістів ПС, для розвернення міфів й чуток про спеціалістів ПС, що сприятиме формуванню більш «реальних» запитів до спеціалістів ПС;
- організація якісного, кваліфікованого інтерв'язійного та суперв'язійного супроводу спеціалістів ПС, для реалізації міжколегіального способу навчання

«Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності»

спеціалістів, які займають рівні позиції, з метою покращення професійних навичок в роботі з клієнтами, надання професійної допомоги спеціалісту або закладу, яка спрямована на роботу з професійними труднощами, аналізу недоліків та удосконалення організації роботи;

➤ впровадження новітніх цифрових засобів організації роботи ПС, та надання супроводу спеціалістам ПС щодо удосконалення навиків використання форм роботи з використанням online-платформ, месенджерів й інтернет-ресурсів, для спрощення та відповідності роботи ПС сучасним формам взаємодії;

➤ організація співпраці із суміжними організаціями (ІРЦ, служби у справах дітей, соціальні служби, поліція, медичні заклади, наукові й дослідницькі центри, ГО тощо) для надання комплексного супроводу учасникам освітнього процесу.

Вище перераховані пункти, мають сприяти емоційному благополуччю, за такими критеріями як: розвинуте почуття індивідуальності, спілкування, встановлення доброзичливих відносин з оточуючими та можливість виявляти активність інше.

«ПЛЕЙБЕК ТЕАТР» ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ, СТРЕСУ ТА ЯКОСТЕЙ, ЯКІ ДОПОМАГАЮТЬ ПЕРЕЖИТИ ПСИХОЛОГІЧНУ ТРАВМУ

Прибильська О.В.

*психолог, сертифікований практик плейбек-театру,
м. Херсон*

Сучасне поняття «театр» абсолютно неоднорідне, адже поряд з традиційними й усталеними його формами постійно з'являються нові течії, сама поява яких викликає гострі дискусії, наприклад, чи можна взагалі це назвати «театром», або подібне явище являє собою якийсь практичний сегмент філософії, психології, соціології і т.д. Але останнім часом такі нетрадиційні форми все впевненіше займають свої ніші у театральному просторі, напрацьовують свій інструментарій і навіть переходять від периферії до центру уваги глядачів і критиків. До таких суперечливих явищ належить так званий «соціальний театр», який має багато різноманітних форм – таких як форум-театр, документальний театр, плейбек-театр та ін.

Плейбек-театр – це театр глядачевих історій. Оскільки в Україні цей різновид театру з'явився не так давно, спробуємо з'ясувати, що це взагалі за явище, для чого воно потрібне і чим цей театр так відрізняється від того, до якого ми звикли. Люди приходять до театру, перед ними розгортається сюжет, який змушує глядача співчувати та переживати за персонажів. І ця модель працює протягом всього існування театру – той, хто знаходиться на сцені, тому і співчують. Але ось питання – чи потребує співчуття сам глядач, чи хоче він сам бути почутим, чи гідна і його історія такої уваги, як та, що відбувається на сцені, та взагалі чи може вона стати об'єктом для мистецтва? Звичайно, багатьом хочеться всього того, що було перераховано – бути почутим, бути зрозумілим, поділитися зі світом своєю історією і досвідом. Власне, на цьому й зосередився плейбек-театр, що надає глядачеві ту увагу від мистецтва, якої він так потребує. Як не дивно, цей тип театру виник ще в 1975 році. Його засновниками стали Джонатан Фокс та його дружина Джо Салас. Сам Джонатан Фокс не був професійним актором, але дуже любив театральне мистецтво. Як пише Марія Дмитрієва, автор статті в журналі «Kablook», «натхненням для створення своєї моделі театру стали особиста роль ритуалу і цінність усних традицій, поширених в непальських селах, де Джонатан провів два роки, як доброволець Корпуса Миру». Джонатан Фокс був учителем англійської мови у вищому навчальному закладі, також згодом отримав психодраматичну освіту. А Джо Салас за професією була музикантом – вона, до речі, написала книгу «Граємо реальне життя у плейбек-театрі».

Тривалий час подружжя, яке створило цей неординарний спосіб спілкування з глядачем, було в пошуку форм та назви подібного театру. Згодом він отримав назву «плейбек-театр». Саме слово «плейбек» йде від девіза їхньої першої трупи: «We play the story back to you» («Ми граємо історію, повертаючи

її тобі»). На початку засновники давали свої перформанси на вулиці, у церковному підвалі та будь-яких інших доступних місцях. Пізніше цей театр набув популярності, і вхід туди навіть оплачувався.

З кого ж складалася його аудиторія? Цілком очевидно, що значна частина її була з, так би мовити, «проблемних» категорій населення: важко хворі, люди, які мають психічні травми, ті, кого соціум не хоче сприймати (наприклад, люди з нетрадиційною сексуальною орієнтацією або ті, хто відбув певний термін покарання у в'язниці).

Плейбек-театр – це театр імпровізаційний. Немає ані якогось сценарію для акторів, ані нот для музикантів. Глядач, він же і оповідач ділиться своєю історією і актори одразу грають її за допомогою музичної, пластичної та текстової імпровізації. Важливо відмітити: простір плейбек-театру необмежений – він може бути де завгодно, як в приміщенні так і на вулиці. На імпровізованій «сцені» знаходяться лише кілька стільців або ящиків, які актори використовують як місце для чекання історії або як декорації, місце для музикантів, для оповідача та ведучого. Реквізитом є різнокольорові тканини, які актори можуть використовувати протягом імпровізації. Актори не мають костюмів, частіше за все вони одягнені в звичайну однотонну форму чорного кольору – це дозволяє глядачеві звернути увагу на саму майстерність актора, тобто на використання міміки та рухів тіла.

Починаючи займатися плейбек театром я й гадки не мала, які навички може придбати особистість в цілому, стаючи актором театру. Та який це вклад у власне емоційне та психологічне здоров'я.

За чотири роки в групі плейбек-театру я: навчилася «витримувати» стрес, напругу, притирання і конфлікти, які обов'язково виникають в колективі. Коли плейбек актор готується виходить на сцену, проробляє колосальний шлях у вивченні своїх кордонів, дослідження своїх сильних і слабких сторін, прийняття своїх особливостей, і тим, у яких складно заходити і розбиратися. Під час репетицій, виступів осіб дуже часто стикається з великою кількістю незручних, нетипових ситуацій, які його змушують діяти. Життя людини нестабільна і часто стикається зі складними ситуаціями. Так само, витримує величезну кількість поразок, стресів і невдач, невдалих рішень або виборів. І тут так само, важливо що в ПТ немає на сто відсотків правильних або неправильних дій. І наш шлях на сцені, постійний пошук «а як спрацює, вийде, що доречно в цей раз», це дуже можна порівняти з пошуком відповідей кожної людини, який несе відповідальність за те, що він робить, так і за тих, з ким він це робить.

Навчилася «нести відповідальність» за свої рішення, дії і вибір, що розвивається під час гри на сцені. Якщо ти будеш незрозумілим своєму партнеру, він не буде розуміти як з тобою взаємодіяти. Якщо просувати свою геніальну ідею, яка крім тебе одного незрозуміла більше не кому, тоді це перетвориться в моноспектакль з одним актором, а це вже не командна робота, що однозначно має місце бути в ПВ.

Навчилася «бути в колективі» говорить про те, що я як актор можу бачити, що відбувається з моїм партнером, співпереживати йому, підтримувати, залишити

його, підштовхнути або запропонувати своє рішення і так само, піти на його відгук. Це тонка робота взаємин, яка має під собою ґрунт «вибудовування тривалих відносин». У ПТ я придбала навик вибудовування тривалих відносин. Чесне промовляння потреб, очікувань і помилкових ілюзій, що дуже допомагає в житті і колективі.

Навчилася «емпатії» – один з найважливіших навичок, який як особистість, я розвиваю в ПТ. Мова тіла, міміка обличчя і багато підсвідомих речей, пов'язаних з енергією впливають на сприйняття розповіді або запиту. Дивно, що фактор «вірю» або «не вірю», немов внутрішній тумблер спрацьовує всередині. І дає такий колосальний пласт сприйняття інформації. Коли на сцені ми відображаємо травматичну історію, ми пропускаємо її через себе. При цьому, сідаючи на стілець, ми якби обнуляємо і знімаємо роль, позначаючи що це не наша історія, а оповідача. Дуже часто і в житті відбуваються такі речі, які необхідно відсікати від себе, що б не переживати за весь світ і зберігати свої кордони.

Кожне з цих якостей формують здатність витримувати власні емоції, справлятися зі стресом і самотійно або в команді (групі) плейбек-театру пережити психологічну травму. Що стало для мене поштовхом поділитися практичним досвідом!

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ІЗ ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ В УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ

*Скорина А.Д.,
Студентки 3 курсу МС-31-22 групи
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв*

Відношення дорослого як форма співпричетності до життєвого світу дитини є суттєвим фактором дитячого психологічного здоров'я. Будь-яке послаблення батьківського захисного поля, вважають психологи, яке повинно надійно захищати дитину, викликає в ній тривогу й відчуття того, що загроза, яка надходить, легко прорве тонку оболонку фізичного дому і дістане її. Виходить, що для дитини присутність люблячих батьків здається більш надійним захистом, ніж усі двері із замками.

Тому робота з дитиною завжди передбачає роботу з батьками. З одного боку, шкільний психолог не має права працювати з дитиною без згоди на те батьків. З іншого боку, проблеми дитини тією чи іншою мірою обумовлені життєвим стилем сім'ї, її нормами.

Таким чином, педагогічна профілактика та корекція шкільної тривожності молодших школярів вимагає підключення сім'ї і зміни деяких її позицій по відношенню до дитини для надання їй дієвої допомоги.

Ми припускали, що у подоланні шкільної тривожності молодших школярів велику роль відіграє встановлення позитивних емоційних відносин між батьками та дітьми, взаєморозуміння, подолання гіпердомінантної позиції батьків по відношенню до дитини, бажання керувати без розуміння істинних потреб дитини.

Отже, розглянемо корекційну програму, яку ми пропонуємо по подоланню шкільної тривожності молодших школярів.

Перший етап передбачає дві зустрічі з батьками, спрямовані на встановлення довірчих відносин між батьками та психологом та закріплення мотивації для подальшої роботи.

Попередня робота із сім'ями ґрунтується на наступних підетапах: батьків досліджуваних дітей поінформовано про те, що їхні діти мають тривожність, пов'язану з навчанням у школі та пропонується психологічна допомога; проводиться попередня бесіда з дитиною, що має шкільну тривожність; збирається інформація про структуру сім'ї, стиль батьківського виховання, відношення батьків до дитини та до можливої тривожності, які переживаються нею.

Саме психологічна підтримка дитини зі шкільною тривожністю сім'єю виділяється нами як одна з першочергових передумов успішної психотерапії у подоланні шкільної тривожності молодших школярів. Передбачається, що батьки повинні мати достатню вмотивованість, емоційну готовність до роботи, бажання допомогти своїй дитині та бути відвертим у всьому, що здається важливим.

Ми намагаємось сприяти усвідомленню батьками їхньої значущості у подоланні шкільної тривожності дітей та надання тієї допомоги, яку саме батьки повинні забезпечити своїй дитині.

Для цього ми звертаємо увагу батьків на такі питання: звинувачення, яке батьки висувають дитині з будь-якого приводу, змушує її захищатися або заглиблюватись у свій світ, повний хвилювань та тривоги; якщо батьки розуміють потреби дитини, вони дають їй можливість вибору (наприклад, «здається, тобі було соромно, що ти не знав відповіді на запитання вчителя», «ти, мабуть, думаєш, що не зможеш справитись з контрольним завданням», «тобі, напевно, було нелегко зайти до класу після того, як урок вже почався», «тобто, ти вважаєш, що твої однокласники не хочуть з тобою спілкуватися» тощо). Використання подібних висловів підтримує дитину, допомагає відчутти захищеність та розуміння батьками її проблему.

Можна рекомендувати батькам наступні способи встановлення довірливих відносин:

- уважно вислухати дитину, коли вона збентежена та злякана;
- визнати її почуття, не соромте за те, що їй страшно, тим більш не залякуйте («такий великий, а боїшся»; «сам винен, потрібно було добре підготуватись до уроку», «якщо ще раз принесеш двійку, будемо розмовляти по-іншому», «і який же ти повільний та неповороткий - завжди запізнюєшся, якщо отримаєш зауваження, то так тобі й треба» і таке інше);
- називати почуття дитини такими, як вони є насправді, дайте їй можливість виразити свої емоції словами та описати ситуацію, яка викликала («здається, тобі страшно», «тобто, ти боявся розказати вірш напам'ять», і таке інше).

В той же час, потрібно підвищувати самооцінку дитини. Для цього батькам пропонується разом із дитиною скласти план роботи над завданнями, за які дитина сама собі буде виставляти оцінку, поступово виконуючи кожне із завдань. Також батьки заводять «календар відчуттів», в якому учень зафарбовуватиме негативні емоції, що мали місце протягом дня темним олівцем, а позитивні – яскравим.

Таким чином, батьки мають змогу контролювати відчуття дитини, щоб вчасно виявити негативні переживання, а також відслідковувати ситуації, в яких виникає бажання симулювати тривожність, в розрахунок зайвий раз отримати схвалення та підтримку.

Такі випадки, коли дитина починає навіть стимулювати свою тривожність, в поведінковій терапії називають «прихованою вигодою». Наприклад, дитина просить маму бути з нею на уроках, мотивуючи це тривогою бути скривдженим однокласниками.

Наступним моментом, який ми пропонуємо у своїй роботі, є рекомендація батькам допомагати дитині уявити свою тривожність. Для цього потрібно навчитись описувати кожну ситуацію, в якій відчуваєш тривожність якомога докладніше. Такий підхід умовно можна назвати процедурою систематичної десенсибілізації, яку широко використовують у рамках класичного обумовлювання. Тобто, цей метод батьки надалі використовують для подолання

шкільної тривожності молодших школярів, включає у себе проведення дитини через ряд ретельно підібраних за інтенсивністю шкільних ситуацій, які супроводжуються появою тривожності, починаючи з тієї, яка лякає мінімально та закінчуючи найбільш тривожною.

Наприклад, докладне обговорення з дитиною спочатку ситуації перевірки домашнього завдання, потім самостійної роботи з предмета, який не викликає значних труднощів, а вже пізніше ретельне обговорення ситуації контрольної роботи, яка викликає тривожність у багатьох молодших школярів.

На кожному з етапів обговорення батькам потрібно допомогти своїй дитині подолати тривожність, спрямовуючи її увагу на поведінку, протилежну тій, якою супроводжується тривожність. Позитивне підкріплення виконаної роботи гарною оцінкою або схваленням відчутних змін у виконанні деяких завдань та доброзичливе обговорення можливих помилок; проговорення та закріплення у вигляді домовленості правил роботи під час контрольних робіт, попередження, таким чином, можливого надмірного хвилювання під час виконання завдання, в тому числі й соматичних розладів, які доводиться часто спостерігати в учнів на контрольних.

Такий підхід вимагає багато часу та сил, а також потребує присутності психолога. Але, як показує наша практика в школі, використання методів класичної десенсибілізації з обов'язковою присутністю психолога має ряд технічних труднощів та потребує досить багато часу. На жаль, шкільний психолог не завжди в змозі проводити таку роботу через значну кількість дітей, що мають шкільну тривожність та навантаження іншими завданнями. Тому ми вважаємо ефективним залучення до такої роботи саме батьків.

Як правило, потрібен не один тиждень, щоб дитина навчилася переборювати свою тривожність, тож батьки мають бути терплячими та підтримувати свою дитину. Основне завдання нашої роботи з батьками полягало у тому, щоб сформувані в них уявлення про вирішальну роль сім'ї у профілактиці виникнення та розвитку шкільної тривожності. Одним із способів, на наш погляд, і є залучення сім'ї у роботу щодо подолання шкільної тривожності молодших школярів, розвиток психологічної просвіти батьків у відповідності з віковими закономірностями кожної дитини, врахуванням особливостей соціального середовища. Тому психологічна просвіта батьків виявляється найбільш ефективною щодо подолання шкільної тривожності молодших школярів.

Також під час зустрічей із сім'ями варто обговорити вплив на дитину тривожності дорослих, які її оточують.

При цьому важливо враховувати різні фактори взаємодії членів сім'ї, особливості розвитку дитини на попередніх етапах, вивчення сімейних взаємовідносин у минулому. Для цього потрібна активність та зацікавленість батьків, достатня мотивація, коли сім'я сама вибирає оптимальний шлях допомоги своїй дитині. Дитина легко відчуває проблеми, які виникають між батьками. Якщо ці проблеми замасковані, то наслідки можуть бути ще більш

важкими, бо дитина відчуває себе безпомічною та живе в постійній напрузі: що може статися зі мною? Як знайти вихід із цієї ситуації?

Ми звернулись до досвіду В.О. Сухомлинського, що називає виховання дітей 6-10 років «школою сердечності». Він радить педагогам і батькам вчити дітей добру, любові, милосердю. Для цього треба, щоб діти постійно бачили гуманістичний зміст вчинків і поведінки тих, хто їх оточує: рідних, близьких, вчителів, дорослих.

Тобто, висловлюється думка про те, що встановлення сприятливого мікроклімату в сім'ї, контроль над конфліктами та здатність сім'ї до подальшого розвитку може призводити до зменшення кількості шкільної тривожності аж до повного їх зникнення. При цьому особлива увага приділяється значенню розвитку у дитини впевненості у своїх силах, відчуття особистої компетентності. Важливо у цій роботі не викликати у дитини інших негативних відчуттів, пов'язаних із боязню розчарувати батьків, якщо не вдається якийсь час впоратись із тривожністю. Мотивація невдачі, яка може виникнути під час тиску батьків на дитину, може спричинити намагання уникнути ситуацій, які викликають тривожність. Тоді, замість того, щоб боротись зі своєю тривожністю, дитина буде боятися вже невдачі у подоланні негативних відчуттів та відмовиться від діяльності по подоланню тривожності.

Підводячи підсумок цієї стадії роботи із сім'ями, узагальнимо питання, що вирішувались під час зустрічей:

- 1) надання загальної інформації про роль сімейних взаємовідносин у виникненні емоційних негараздів дитини;
- 2) використання батьками фраз, які б допомогли дитині відчути, що її розуміють (наприклад: «здається, тобі було соромно, що ти не знав відповіді на запитання вчителя», «ти, мабуть, думаєш, що не зможеш справитись з контрольним завданням», «тобі, напевно, було нелегко зайти до класу після того, як урок вже почався», «тобто, ти вважаєш, що твої однокласники не хочуть з тобою спілкуватися» тощо);
- 3) уважне вислуховування дитини, вчитися називати почуття своїми іменами, такими як вони є насправді;
- 4) підвищення самооцінки дитини через поступове виконання посильних завдань, які отримують схвалення;
- 5) використання засобів систематичної десенсибілізації шкільної тривожності (наприклад: написання нескладної самостійної роботи, далі написання контрольної роботи; позитивне підкріплення виконаних робіт гарною оцінкою або схваленням відчутних змін у виконанні деяких завдань та доброзичливе обговорення можливих помилок; проговорення та закріплення у вигляді домовленості правил роботи під час контрольних робіт тощо);
- 6) обговорення з батьками можливих «масок» шкільної тривожності (агресія, нетерпимість, соматичні розлади тощо);
- 7) обговорення впливу на дитину тривожності дорослих, що її оточують.

«Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності»

По закінченні цього етапу підводиться підсумок проведеної роботи, дається настанова на позитивні зміни в майбутньому та підтверджується можливість звернення до психолога за порадою у разі потреби.

Потрібно зазначити, що робота із сім'ями по подоланню шкільної тривожності молодших школярів потребує подальшого розвитку, складає перспективу подальших досліджень та надає можливість на сучасному етапі розвитку освітянської галузі залучати сім'ю в якості надійного помічника, шкільного психолога в процесі психологічної допомоги дітям, що мають значну кількість шкільної тривожності. Програма роботи із сім'єю щодо подолання шкільної тривожності, яка запропонована нами, видається актуальною та необхідною в практичній діяльності вчителя.

На сучасному етапі нестабільності в суспільстві, коли загострилися соціальні проблеми, дитина, як ніколи, потребує підтримки та допомоги своєї сім'ї. Надзвичайно важливо, щоб емоційні зв'язки з батьками набували інтенсивного та багатостороннього характеру. Тому сімейна психотерапія є важливою ланкою для допомоги в гармонізації сімейних взаємовідносин, переборенні труднощів міжособистісної взаємодії і на це спрямовані зусилля як професійних психологів, так і педагогів та суспільства у цілому.

ВПЛИВ ТІНЬОВОГО АРХЕТИПУ ОСОБИСТОСТІ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

Танасійчук О.М.,

к. психол.н., старший викладач кафедри психології

ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

«На жаль, немає сумнівів у тому, що людина в цілому менш добра, ніж вона собі уявляє чи хоче бути. Кожен несе в собі тінь, і чим менше вона втілюється у свідоме життя індивіда, тим вона чорніша і щільніша. Якщо неповноцінність усвідомлена, у неї завжди є шанс це виправити. Крім того, він постійно контактує з іншими інтересами, тому постійно зазнає змін. Але якщо його репресують і ізолюють від свідомості, він ніколи не коригується. Крім того, він може спалахнути в хвилину несвідомості. У будь-якому випадку, це утворює несвідомий зачіп, блокуючи останні спроби»

Карл Густав Юнг

Українці на протязі 2020-2021 років зазнали значних психотравмуючих та стресових впливів, що негативно позначилося на психічному, а як наслідок фізичному, емоційному, когнітивному аспектах розвитку особистості. Операція об'єднаних сил на Сході нашої країни, загибелі рідних та близьких, кліматичні зміни, COVID-19 – це перші позиції в списку речей, що лякають, викликають страх, тривогу, ознаки депресії, або суїцидальні думки та нахили. І це ті події, які актуалізують тіньовий аспект особистості.

Сучасні умови стали викликом для формування здорової особистості, випробуванням, яке не всі зможуть подолати. Соціальні чинники (серед яких можливість втрати роботи, страх перед невизначеністю, смертельною хворобою, стигматизація) тільки посилюють особистісний дисбаланс. Зазначені фактори стають причиною погіршення психічного здоров'я, збільшення кількості звернень за психіатричною допомогою.

Для контролю та оцінки наслідків окреслених подій на психічне здоров'я особистості та нації, важливо постійно досліджувати емоційні прояви, страхи та їх вплив на поведінку, а також вивчати конструктивні складові страхів. Страх, як один з основних емоцій у людини, може бути корисним при активації реакції на стрес, але також може становити загрозу при тривалому впливі, стати тригером для можливого розвитку різних психічних розладів [2].

Якщо аналізувати ситуацію з психоаналітичної позиції, а саме розглядати пригнічені та негативно заряджені емоції, страх як прояв процесу роботи несвідомого, яке інтегрує всі небажані наслідки психотравмуючих подій поєднуючись з фантазійними додумуваннями. Таку дію має тіньовий архетип особистості.

В економічно, соціально, політично нестабільні періоди Тінь стає сильною, за рахунок, підкріплення негативними емоційними станами. Тіньовий архетип, або Тінь, це той аспект особистості, який є прихованим, містить слабкі

особистісні риси, витіснені ідеї, бажання, думки, що тривожать. М. Савчин описує архетип Тіні як сукупність несвідомих та інстинктивних прагнень людини, які протирічять соціальним та моральним нормам, це те, в чому людина себе обмежує, та що вона собі забороняє. Даний архетип є уособленням негативних якостей, рис характеру, мотивів, деструктивних почуттів, емоцій, думок, цілей. Крім того, архетип Тіні – це природна складова частина колективного несвідомого, інстинктивне утворення [1]. На жаль, ми маємо прямий кореляційний зв'язок між дестабілізаційними зовнішніми умовами та станом внутрішнього світу особистості.

Враховуючи, що архетип реалізується через емоції, поведінку та образ, Тінь відіграє надзвичайну роль у психічному здоров'ї особистості, оскільки піднімаючи з несвідомого тривожні та невротичні імпульси, емоційна сфера наповнюється негативними, спочатку недиференційованими відчуттями, що можуть розвинути до клінічних чітких форм, наприклад, генералізованого тривожного розладу, панічних атак, ПТСР та інше. Поведінка особистості формується відповідно до внутрішнього емоційного стану. Образи, в свою чергу, пов'язані з негативними переживаннями, формуються у несвідомому, або беруться готові зі ЗМІ (наприклад, під час пандемії COVID-19 багатьох вразив репортаж, де висвітлювався епізод з великою кількістю трун та неможливістю їх швидкого поховання у Італії). Не визначено, що є первинним у даній схемі, а що вторинним – образ породжує емоції, а емоції – поведінку, або навпаки. Але є встановленим той факт, що зміни у будь-якій складовій приводять до зміни усієї системи, тобто, як образ впливає на емоції, так і зміна поведінки на образ.

Важливим аспектом профілактики та збереження власного здоров'я є робота над прийняттям власної Тіні. Чим більше ми пригнічуємо Тінь, тим більш руйнівною, підступною та небезпечною вона стає. За словами К. Юнга, коли ми її пригнічуємо, вона може «спроєкувати» себе і з'явитися у формі неврозу чи психозу [3].

Можливість ефективної психологічної корекційної та терапевтичної роботи з'являється тоді, коли особистість зустрілася зі своєю Тінню, залишилася з нею один на один та прийняла її вцілому, інтегрувала в Я. Дитячі страхи, травми минулого, мрії, що були нереалізованими, особистісні риси, що дратують – це можливість для особистісного зростання, яке в багатьох випадках стає перешкодою на шляху, через низку причин: страх, бути не таким як всі, соціальний тиск, виражена моральність або альтруїзм як особистісні риси та інше.

Витіснення або приховування Тіні формує негативні особистісні образи, які стають більш жорсткішими, відштовхувачими, домінуючими над особистістю. Психічне здоров'я залежить від уміння справитися з власною Тінню, або домовитися з нею, або прийняти такою, як вона є. І в допомогу приходять люди допомагаючих професій: психологи, психотерапевти, лікарі-психологи, а за необхідністю, психіатри. Своєчасне звернення за допомогою – запорука психічного здоров'я та повноцінного особистісного розвитку!

II Міжрегіональна науково-практична конференція

1. Савчин М. В. Метаметодологічний аналіз концепції К. Г. Юнга. *Науковий вісник ХДУ. Серія : Психологічні науки*. 2020. №1. С. 57-63. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-8>.
2. Garcia R: Neurobiology of fear and specific phobias. *Learn Mem*. 2017. №24. P. 462–471.
3. Jung C. G. Four Archetypes: (From Vol. 9, Part 1 of the Collected Works of C. G. Jung) (Jung Extracts). Princeton : Princeton University Press. 2010. 200 p.

ГЕШТАЛЬТ ПІДХІД ЯК СПОСІБ ПІДВИЩИТИ СТІЙКІСТЬ ЛЮДИНИ ДО ТРИВОГИ В УМОВАХ ХАОСУ ТА НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

Ткачук Р.Г.

студента 4 курсу, групи ПС 41 – 21

ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

Ми всі в одному човні. Всі сильно змінилося за останні 2-3 роки. Економіка. Політика. Здоров'я. Епідемія. Ковід-19. Війна. Що я особисто можу зробити в цій ситуації? У чому моя відповідальність? І які від мене, як від психолога очікування у суспільства? Куди ми рухаємося як психологи? Як ми можемо відреагувати на цю глобальну кризу?

Очевидно, що настала велика криза і не тільки в усьому світі. Але й в тому, яким ми бачимо цей світ. Настала криза в наших цінностях, в тому, як ми реагуємо на те, що відбувається навколо. І ми поки що не здатні оцінити, як нам діяти далі. Нам не вистачає інформації. Це величезний провал.

Відбувається руйнування, розпад нашої присутності в світі. Основна риса цього розпаду – втрата безпосередньої взаємодії між людьми.

В умовах хаосу та невизначеності, багато людей гостро переживають тривогу. Багато людей відчувають себе втраченими. Вони переживають тривогу, страх, паніку, безпорадність і горе. Вони втратили зв'язок зі своїм звичайним життям. Колишні способи справлятися зі своїм життям перестали працювати. А нові поки що відсутні.

Розрив міжособистісних відносин – це одна з причин усіх проблем, з якими ми зараз маємо справу. Це глобальна проблема, яка стосується всіх нас. Ми всі втрачені, і клієнти, і психологи, і лікарі, і пацієнти. Ми всі шукаємо місця, ситуації, події, де ми можемо знову відчути зв'язок один з одним. Багато хто відчуває себе безпорадними і такими, що втратили надію. Оскільки старі способи встановлювати зв'язки вже не працюють.

Зростання тривожності від великої кількості інформації про те, що відбувається навколо, постковідний синдром – зростання депресій, тривожних розладів. Коли ми більше часу проводимо в онлайні, стає більше потік інформації, який ми не встигаємо переробити. Це додає хаосу в звичайне життя. Крім того, стало складніше відокремлювати правду від брехні, важливе від неважливого або безглузлого. Дуже багато маніпуляцій і пропаганди в інформаційному просторі.

Все те, що відбувається в світі в останні 2-3 роки: війна, проблеми в політиці, в економіці, епідемія створює відчуття фрагментованого, обваленого фону – це створює ідеальні умови для виникнення панічних нападів. Це проживається як паніка, яка сильніше ніж звичайна тривога або страх. Виникає відчуття, що ми кудись провалюємось і нам більше нема за що триматися. І ми погано з цим справляємося. Ми покладаємося на старі способи впоратися, але вони більше не допомагають і не працюють. Крім того, в загальній тривозі можна виділити екзистенційну тривогу. Це тривога, на відміну від страху або

інших почуттів, не має перед собою загрозливого об'єкта, якому можна протидіяти або якого треба уникати. Це означає, що екзистенціальна тривога вимагає не конкретних способів обходитися з нею, нехай і пов'язаних з мужністю терпіння і подолання, але мужності іншого роду – мужності «прийняти тривогу на себе», витримати її, знайти способи осмисленого життя. Щоб не уникати тривоги, але навчитися жити з нею.

У гештальт підході є концепція, що тривога – це зупинені переживання. Тобто за тривогию ховається якийсь інше почуття, переживання, емоційний стан, який людина утримує всередині себе, не дозволяючи йому виходити назовні. І завдання гештальт-терапевта допомогти клієнту його розпізнати і зробити відповідні кроки, щоб відреагувати вже на це почуття. Таким чином, знижується загальна суб'єктивна тривожність клієнта.

Здатність реагувати адекватно ситуації, що виникає і з максимальною вигодою для себе прямо залежить від стійкості людини до тривоги і здатності людини з нею справлятися.

Отже, що нам необхідно робити в таких ситуаціях?

В першу чергу, нам слід сумувати і плакати. Так, на жаль, наш світ змінився. Так, на жаль, в ньому стало набагато менше стабільності і порядку. Так, на жаль, в нашому світі стало набагато більше хаосу і невизначеності. І це дійсно велика втрата.

І тут першорядна роль психологів.

Важливо пам'ятати, що ми втрачаємо не просто речі або людей, ми втрачаємо відносини. Ці всі відносини втілюють мої значущі зв'язки з моїм світом. Я втрачаю більше, ніж річ, я втрачаю зв'язаність, своє відчуття дому, свою зв'язаність зі світом навколо мене певним способом. Це втрата значущих відносин. І її необхідно відгорювати.

Тут нам допомагає парадоксальна теорія змін. Парадокс полягає в тому, що для того, щоб пережити горе, потрібно в повній мірі пережити втрату, а не уникати горювання. Нам казали, що сумувати і плакати – це неправильно, треба бути стійкими, є багато історій про ігнорування горя (сльозами горю не допоможеш тощо) і в цьому полягає помилка.

Горювання – це здоровий спосіб відпустити те, що ви вже втратили, те, що закінчилося, завершилося. Незалежно від того наскільки важливими були в минулому для вас ці відносини, важливо їх відпустити. Процес горювання закінчується, коли людина готова сказати «прощавай» цим відносинам і відпустити їх. Перш ніж вона зможе дійти до точки прощання, їй необхідно висловити все незавершене в цих відносинах, і хороше, і погане. Крім того, ви не можете завершити процес горювання поодиночці.

Можна розділити горювання на 2 частини: 1 – внутрішнє переживання втрати; 2 – якісь зовнішні дії, які символізують переживання цієї втрати. У різних культурах є різні обряди переходу, які допомагають людям пройти це проживання втрати.

На жаль, часто люди замість того, щоб сумувати, відчайдушно шукають людину, на яку можна спихнути відповідальність і звинуватити в ситуації, що

склалася. Справа в неготовності зустрітися з закінченням частини своїх відносин, прийняти факт, що реальність – це зміни. Ми прагнемо когось звинуватити в змінах. А вони просто частина реальності. Наприклад, ми просто хочемо, щоб наші батьки жили вічно, щоб все було як раніше.

Ми спираємося на те, що зміни – це здоровий базовий процес. На цьому заснована парадоксальна теорія змін. Поки ми це не приймемо, ми не зможемо повноцінно жити в тут і зараз. Якщо ми знайдемо таку людину, обвинуватимо її, висловимо їй свою злість, виместимо на неї свою лють – це не змінить наше горе.

Страждання – це нездатність, не готовність відпустити те, що вже завершилося. Втрати і горювання неминучі, а страждання – це вибір.

Ф. Перлз писав, що щоб зцілити страждання, необхідно випробувати, пережити його в повній мірі і потім сказати йому «прощай». Для багатьох людей це дуже страшний процес.

І в другу чергу, спиратися на взаємини, які створюють зв'язок, відчуття спільності, приналежності. Коли до нас приходять люди, які вважають себе відчуженими, втраченими, ми як психологи, як гештальт-терапевти в терапевтичних відносинах працюємо з цим. Ми допомагаємо таким людям сформувати нові відносини.

І в цьому сила гештальт-терапії, ми не лікуємо людину технологіями, методиками, ми зустрічаємо його повноцінно у відносинах «Я – Ти», в контакті. В контакті і відбувається зцілення таких людей. Це дозволяє відтворити цей обвалений, фрагментований фон і підвищити стійкість людини до тривоги і до того, що відбувається навколо.

З використанням матеріалів лекцій Джея Левина.

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ПРИЧИНИ ЙОГО ВИНИКНЕННЯ

Чернобаєва О.К.

студентки 3 курсу, групи ПС 31-22 групи
ПВНЗ МПУ, м. Миколаїв

Актуальність дослідження. Серед причин виникнення синдрому емоційного вигорання можна виділити:

- люди втрачають впевненість у безпеці роботи, стабільності свого соціального та матеріального статусу.
- конкуренція за престижні та високооплачувані роботи посилюється.
- спостерігається посилення психічного, емоційного напруження, пов'язаного зі стресом на роботі, що негативно впливає на міжособистісні стосунки.

Як наслідки ми маємо:

- різке збільшення кількості психічних та психосоматичних захворювань.
- зниження адаптаційних функцій людини.
- поява тривоги, депресії та звикання до психоактивних речовин.

Синдром вигорання – це реакція організму, яка виникає в результаті тривалого впливу професійного стресу середньої інтенсивності.

Люди з синдромом вигорання зазвичай мають поєднання психосоматичних, психопатологічних, соматичних симптомів та ознак соціальної дисфункції.

Наслідки вигорання можуть також проявлятися у суто психологічних змінах особистості – когнітивних, емоційних, спонукальних та пов'язаних із ставленням.

Особливість освітнього спілкування включає потребу в інтенсивних контактах та взаємодії з різними соціальними групами. Такі характеристики діяльності вчителя, як висока динамічність, нестача часу, перевантаження роботою, складність педагогічних ситуацій, що виникають, невпевненість у ролях та соціальна оцінка є стресовими факторами, які постійно присутні в роботі вчителя.

У поєднанні з великою емоційною напруженістю професійної діяльності навчального закладу, нестандартними педагогічними ситуаціями, відповідальністю та складністю професійної роботи зростає ризик розвитку синдрому емоційного вигорання.

Нами було проведено дослідження проявів синдрому емоційного вигорання.

Об'єкт дослідження: синдром емоційного вигорання у дорослих.

Предмет дослідження: особливості вираженості емоційного вигорання у працівників сфери надання освітніх послуг.

Мета дослідження: дослідити синдром емоційного вигорання як прояв професійної деформації та як стан фізичного і психічного виснаження, що виникло в результаті довготривалого перебування в емоційно напружених ситуаціях.

Визначена мета, об'єкт та предмет дослідження окреслили наступні завдання:

1. Вивчити основні теоретичні підходи до вивчення феномена емоційного «вигорання», дослідити причини його виникнення;
2. Проаналізувати особливості синдрому емоційного вигорання дорослих на основі порівняння професійних груп педагогічних працівників;
3. Здійснити дослідно-експериментальну роботу та сформулювати її результати;
4. Розробити методичні рекомендації з профілактики синдрому емоційного вигорання.

Термін «емоційне вигорання» був введений в 1974 році американським психіатром Х. Дж. Фройденбергером для характеристики психічного стану здорових людей, які під час професійної допомоги перебувають в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами та пацієнтами в емоційно зарядженій атмосфері. Спочатку цим терміном позначали стан виснаження, виснаження у поєднанні з відчуттям власної неспотребності.

У 1982 р. К. Маслач виділила три основні характеристики синдрому «емоційного вигорання»:

1. індивідуальна межа емоційного «Я» здатності протистояти виснаженню, «печінню» та самозбереженню;
2. внутрішній психологічний досвід, включаючи почуття, установки, мотиви, очікування;
3. негативний індивідуальний досвід, в якому концентруються проблеми, страждання, дискомфорт, дисфункція та / або їх негативні наслідки.

К. Кондо визначає синдром «емоційного вигорання» як дезадаптацію робочого місця через надмірне навантаження та неадекватні міжособистісні стосунки.

Психологи стверджують, що професіонал призводить до емоційного вигорання, яке зводиться до міфів:

- ☞ Я не можу помилятися.
- ☞ Я повинен бути стриманим.
- ☞ Я не маю права бути упередженим.

Вигорання, як правило, поступове за наступним сценарієм:

- ✓ Ентузіазм – зростає цілодобово.
- ✓ Я заспокоївся – увійшов у стабільний режим, працюю нормально.
- ✓ Фрустрації – перепади настрою, сумніви, дратівливість.
- ✓ Втома – одноманітність, втома, астенія.
- ✓ Байдушність – це формальний підхід до професійної діяльності.

Протягом робочого дня вчитель стикається з низкою стресових ситуацій у своїй професійній діяльності. Багато дослідників (А.К. Маркова, Л.М. Мітін,

М.М. Рибаківа та ін.) напруженими ситуаціями навчальної діяльності називають такі ситуації:

- ситуації взаємодії вчителя з дітьми (порушення дисципліни та правил поведінки, непередбачені конфліктні ситуації, ігнорування вимог вчителя, безглузді питання тощо);
- ситуації, що виникають у стосунках з колегами та адміністрацією закладу (різкі незгоди, перевантажені завдання, конфлікти при розподілі навантаження, надмірний контроль за навчально-виховною роботою, непродумані нововведення в школі, дитячому садку тощо);
- ситуація взаємодії вчителя та батьків дітей (розбіжності в оцінці учня вчителем та батьками, неухважність батьків до виховання дітей тощо).

Професійний викладач на думку, С.В. Андрунь, єдина людина, яка приділяє більшу частину часу навчанню та вихованню дітей. Це вимагає від суспільства створення умов, за яких вчитель може виконувати якісно професійні завдання та здійснювати самовдосконалення своєї особистості та педагогічної діяльності в цілому на основі методів, розроблених в теорії та практиці психолого-педагогічних дисциплін.

Предметом дослідження є характеристики ступеня вираженості показників емоційного вигорання. Дослідницька база Возсіятська загальноосвітня школа I-II ступенів. Участь взяли 20 вчителів різного віку та з різним професійним досвідом. В тому числі: директор, 3 завучі з навчальної роботи, 1 завуч з виховної роботи, 11 вчителів-предметників, 3 вчителі початкових класів, 1 учитель-психолог. Всі досліджувані були жінками у віці від 23 до 61 року. Середній вік – 45,3 року. Освіту у всіх учасників вища. Тести проводились індивідуально за методикою «Дослідження емоційного вигорання» (В.В. Бойком).

Весь зразок можна розділити на три групи за критерієм фазоутворення:

- 1 група – синдром повністю формується принаймні в одній із фаз (тобто загальна кількість балів в одній з фаз більше або дорівнює 61);
- 2 група – синдром знаходиться принаймні в одній із фаз на стадії формування (тобто загальна кількість балів в одній з фаз знаходиться в межах від 37 до 60 балів);
- 3 група – синдром не сформувався (тобто загальна кількість балів на жодній із стадій не перевищує 36 балів).

Перша група складалася з 5 вчителів, що становить 25%; у другій групі - 10 осіб, тобто 50%; у третій групі - 5 осіб, що становить 25%.

Отже, ми бачимо, що найчисленнішою була група вчителів, синдром яких є принаймні на одній із стадій розвитку.

Кількість людей у групі з несформованим синдромом відповідає кількості в групі, в якій синдром повністю розвинений принаймні в одній із фаз. Це говорить про те, що більшість вчителів стикаються з різним ступенем синдрому вигорання.

Ми припустили, що синдром емоційного вигорання розвивається на різних етапах професійної діяльності вчителя і не залежить від стажу роботи, а синдром емоційного вигорання може бути діагностовано на різних етапах.

Якщо проаналізувати отримані дані, можна зробити наступні висновки:

- У першій групі вчителів усі мають понад 10 років професійного досвіду, четверо – понад 20 років професійного досвіду.
- Другу та третю групи склали викладачі з різним досвідом викладання.

Тому припущення підтверджується. Синдром вигорання розвивається на різних фазах професійної діяльності вчителя і не залежить від стажу роботи. Прояв окремих симптомів професійного вигорання можна діагностувати на різних етапах навчання та на різних етапах навчальної діяльності.

Рекомендації для запобігання емоційному вигоранню:

- 1) Встановлення короткострокових та довгострокових цілей
- 2) Використання «тайм-аутів».
- 3) Оволодіння навичками та вміннями саморегуляції. Опанування психологічних навичок, таких як розслаблення, ідеомоторні дії, постановка цілей та позитивна внутрішня мова, може допомогти зменшити стрес, що призводить до вигорання.
- 4) Професійний розвиток та самовдосконалення.
- 5) Уникайте зайвої конкуренції.
- 6) Емоційне спілкування. Рекомендується обмінюватися думками з колегами та звертатися за професійною підтримкою до них у складних ситуаціях.
- 7) Залишайтеся в хорошій формі. Між розумом і тілом існує тісний взаємозв'язок.

Список використаних джерел:

1. Аландаренко Ю. Психологічна безпека вчителя. Психолог. №4, 2007.
2. Андрунь С.В. Синдром професійного вигорання у педагогов и его влияние на психологическое здоровье детей Дошкольная педагогика. 2009. № 2 . С. 50 – 51.
3. Барабанова М. В. Вивчення психологічного змісту синдрому «емоційного вигорання». Вісник МГУ. сер. 14, Психологія. 2010. №1. С. 54-58.
4. Дзюба К. Профілактика професійного вигорання. Психолог. 2013. № 8. С. 24-25.
5. Ласовская Т. Ю. Профессиональное выгорание: учебно-методическое пособие. Новосибирск: Сибмедиздат, 2004. 54 с.
6. Калошин В.Ф. Як долати стрес у педагогічній діяльності. Практична психологія та соціальна робота. 2004, № 9. С. 60-66.
7. Maslach С. Burned-out //Human Behavior. Режим доступа: Синдром «емоціонального вигорання» http://www//Ozd/ru//medicinasindrom_emocionalnogovygoraniya

Наукове видання

Актуальні питання громадського здоров'я в умовах сучасності

**II Міжрегіональна науково-практична конференція «Актуальні питання
громадського здоров'я в умовах сучасності»**

15 квітня 2021 року

МИКОЛАЇВ – ОДЕСА – ХЕРСОН

Головний редактор: Волков М.А.

Відповідальний секретар: Габрель Р.Т.

Матеріали подано мовою оригіналу.

Друкуються в авторській редакції з оригіналів матеріалів авторів.

Організаційний комітет конференції не завжди поділяє думку учасників. Повну відповідальність за достовірну інформацію несуть учасники, їх наукові керівники та рецензенти.

Всі права захищені. При будь-якому використанні матеріалів конференції посилання на джерело є обов'язковим.