

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили



**«МОГИЛЯНСЬКІ ЧИТАННЯ – 2019:
Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні:
глобальний, національний та регіональний аспекти»**

XXII Всеукраїнська науково-практична конференція

ТЕЗИ

Охорона здоров'я.

Психологія.

Фізичне виховання та спорт

Миколаїв, 11–16 листопада 2019 року

Миколаїв – 2019

Могілянські читання – 2019 : Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти : XXII Всеукр. наук.-практ. конф. : тези доповідей : Охорона здоров'я. Психологія. Фізичне виховання та спорт, Миколаїв, 11–16 листоп. 2019 р. ЧНУ ім. Петра Могили. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2019. – 112 с.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я. ПСИХОЛОГІЯ. ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ТА СПОРТ

ПІДСЕКЦІЯ: Актуальні проблеми медицини

УДК 616.36-002:[616.98:578/828ВІЛ](477.73)(046.2)

Karan Kamble,
MD,
Medical Activity Manager,
Médecins Sans Frontières MSFCH

MANAGEMENT OF CHRONIC HEPATITIS C AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV AND PEOPLE WHO INJECT DRUGS IN MYKOLAIV OBLAST, UKRAINE

Hepatitis C is a disease of high prevalence worldwide. Ukraine is considered a country with a high prevalence of hepatitis C estimated around 5 % of the population; occupying the highest absolute number of cases among the low-middle income countries in Eastern Europe. Quality diagnosis and treatment is not widely available or affordable to the general population. Moreover, these barriers to access disproportionately affect high risk groups for the infection People Living With HIV (PLWH), People Who Inject Drugs (PWID), Men Having Sex With Men (MSM), Commercial Sex Workers (CSW) etc).

Mykolaiv is a region with high prevalence for HIV infection and also presents the second highest number of patients under OST in the country. These population groups are considered to be at highest risk for hepatitis C in terms of disease progression and increased rate of transmissions. To add to it, being marginalised groups availing health services is not always easy for them.

Since 2017 the charitable fund Medecines Sans Frontieres (MSF) in collaboration with Mykolaiv Regional Centre for Palliative Care and Integrated Services (MRCPCIS) and Mykolaiv Oblast Narcology Dispensary (MOND) have been treating Chronic Hepatitis C among PLWH and PWID populations respectively. The organisation has presented and implemented a comprehensive model of care for treatment of Chronic Hepatitis C at MRCPCIS and MOND with the use of generic DAAs. The model of care also has a psychosocial, education and counselling component integrated into patient care which has proven to be of added value in the treatment of chronic hepatitis C by ensuring adherence to treatment, low loss to follow up rates, providing information on preventing reinfections and transmission etc.

As of now we have 959 patients who are on treatment or have been treated for Chronic Hepatitis C. The use of quality diagnostics, effective treatment regimens using generic DAAs and an active Psychosocial Education and Communication support to patients have allowed us to display a cure rate of 97.8 %.

УДК 614.254:616.36-002](043.2)

Ivanchenko S.,
PSEC Manager,
Médecins Sans Frontières MSFCH

PATIENT SUPPORT, EDUCATION AND COUNSELLING SERVICE IN MYKOLAIV HEPATITIS C PROJECT

Patient Support, Education and Counselling Service (PSEC) is an integrated part of the treatment and care to enable Hepatitis C patients to improve their skills to manage the disease, adhere to treatment and adopt behaviours that will favour improved health-related outcomes. As a part of a comprehensive patient-centred approach, each patient enrolled in the Hepatitis C Mykolaiv Project to be provided with support, education and counselling. The objective of this programme is to support each patient regarding different adherence barriers that they may face during treatment, and their follow up. The barriers can be linked to educational, social, emotional, and/or behavioural factors. To address these barriers, the PSEC team uses a peer-to-peer approach, and refers patients to external services if there is a need. Peer Educators conduct educational group sessions, and individual sessions for patients. During each session, the PSEC team members use specific tools in order to give structure to the session. PSEC team provides peer to peer counselling, needs assessment, screening tests, follow up patients. Adherence to treatment is the main goal of PSEC, and the team members assess patients' adherence to treatment and patients' knowledge on HCV. In case of insufficient adherence to treatment they develop with patients the adherence development plan. They assess individual risk factors for every patient and track changes that occur in physical and emotional state of the patients during the whole process of treatment. A consistent communication among all staff involved in health care is important in order to assure the quality of care. PSEC team is a part of a big multidisciplinary team, and operates in close cooperation with medical team, discussing cases, ensuring communication between a patient and health providers.

Клименко М. О.,

д-р мед. наук, професор кафедри медичної біології та фізики,
мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв,
ХМАПО, м. Харків

РОЛЬ НИЗЬКОСТУПЕНЕВОГО ЗАПАЛЕННЯ В ПАТОГЕНЗІ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Запалення – це захисний механізм організму, спрямований на усунення причини пошкодження тканини та відновлення останньої. Однак хронічне дифузне запалення слабого ступеня є загальною ознакою для широкого спектру розладів і хронічних захворювань.

Низькоступеневе запалення характеризується збільшенням рівня циркулюючих запальних цитокінів та інфільтрацією макрофагами периферичних тканин. Головне – що це запалення не пов'язане з пошкодженням чи втратою функції інфільтрованої тканини. Причини низькоступеневого запалення – постійний емоційний стрес, збільшення маси тіла, ожиріння, малорухливий спосіб життя, певний тип харчування, втрата циркадних ритмів, стрес від дії несприятливих чинників навколишнього середовища.

Низькоступеневе запалення відіграє важливу роль у великій кількості хронічних неінфекційних захворювань – психічних, психосоматичних, різних видів раку тощо. Зокрема, воно має значення у розвитку метаболічних явищ, таких як дисліпідемія, атерогенез, цукровий діабет 2 типу та системна артеріальна гіпертензія. У цих випадках його називають «мета-запаленням».

Мета-запалення викликає активацію внутрішньоклітинних сигналів, що призводить до вивільнення місцевих і системних запальних факторів, які пов'язують макрофаги – продуценти прозапальних цитокінів та АФК – з жировою, м'язовою та печінковою тканинами. Розвиток низькоступеневого системного запалення посилює метаболічні зміни, утворюючи порочне коло, яке призводить до таких патологічних процесів, як інсулінорезистентність, атеросклероз та ендотеліальна дисфункція. Розрив цього кола залежить від одночасного контролю як метаболічних, так і запальних явищ.

Подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку проти-запальної терапії, що веде до належної метаболічної регуляції – з урахуванням рівнів цитокінів та циркулюючих імунних клітин, факторів транскрипції та адгезії, а також метаболічного профілю молекул, асоційованих з пошкодженням. Такий комплексний підхід, поряд із клінічними даними, може сприяти ідентифікації різних фенотипів мета-

запалення – в залежності від рівня та взаємозв'язку між їх компонентами, які, в свою чергу, можуть бути клінічно ідентифіковані за допомогою біомаркерів для прогнозування у пацієнтів з метаболічними захворюваннями та встановлення індивідуальних протизапальних методів лікування на підставі молекулярних даних.

Відомо, що мікробіота кишечника є одним з факторів, що впливають на системні імунні реакції. Фекальні мікробіоти у людей з ІХС тощо істотно відрізняються від тих, хто не має цих захворювань. В осіб з ожирінням менше мікробне різноманіття в кишечнику асоціюється з більшою кількістю лейкоцитів і С-РБ в крові. Велика кількість *Bifidobacterium*, *Faecalibacterium*, *Ruminococcus* і *Prevotella* обернено пропорційно пов'язана з різними маркерами запалення низького ступеня, такими як С-РБ та ІЛ-6. Є зв'язок між мікробіомом і запаленням, вродженою імунною системою, жовчними кислотами, кишковою проникністю, ендоканабіноїдною системою і ТМАО (проатерогенний маркер – триметиламін-N-оксид).

Ці дані підтверджують важливість досліджень мікробіоти кишечника в людей у якості потенційної діагностичної та терапевтичної стратегії для запобігання атеросклерозу та іншим захворюванням, у патогенезі яких відіграє роль низькоступеневе запалення.

УДК 611.013.6

Козій М. С.,

д-р біол. наук, професор,
завідувач кафедри медичної біології та фізики,
мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології,

Ілляшенко Ю. В.,

студентка 3 курсу,

Соломко Д. А.,

студентка 3 курсу,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ПЕЧІНКИ ЕМБРІОНА ЛЮДИНИ В УМОВАХ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

В основу роботи покладено результати досліджень, проведених у лабораторії гістології цитології та ембріології Чорноморського національного університету імені Петра Могили. Детальні гістологічні дослідження печінки 28-тижневих ембріонів людини дозволили встановити, що орган покритий тонкою, компартаментного типу сполучнотканною капсулою. Паренхіма утворена вузькими балками (рис. 1).

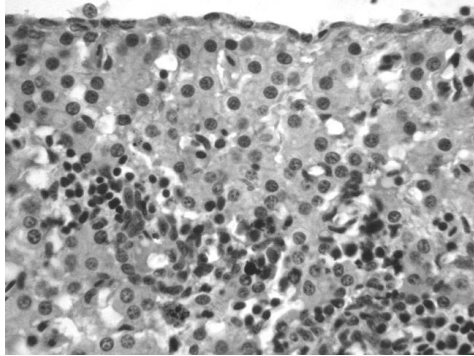


Рис. 1. Маргінальна зона печінки 28-тижневого ембріона людини.
Гематоксилін Бемера, фукселін Харта (в авторській модифікації).
Коригувальний фільтр «МГ-2,5^х». 100^х.
Препарат М. С. Козія, Ю. В. Ілляшенко, Д. А. Соломко.

Зовнішній вигляд гепатоцитів відповідає їх функціональному призначенню. У нормі, клітини маргінальної зони переважно полігональної форми. Їх цитоплазма оптично однорідна, але частіше за все містить певну кількість включень.

При дослідженні ембріона з клінічними ознаками бактеріальної інфекції, були ідентифіковані бактерії, які належали до роду *Flavobacterium*. Дослідження гістологічної будови печінки за допомогою методу пластичної реконструкції дозволило встановити ряд специфічних змін в маргінальній зоні органу (рис. 2).

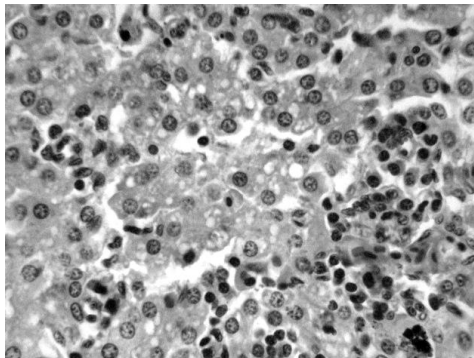


Рис. 2. Нерівномірність вакуолізації цитоплазми гепатоцитів маргінальної зони печінки 28-тижневого ембріона людини.
Гематоксилін Бемера, фукселін Харта (в авторській модифікації).
Коригувальний фільтр «МГ-2,5^х». 100^х.
Препарат М. С. Козія, Ю. В. Ілляшенко, Д. А. Соломко.

Як видно з рисунка, в умовах бактеріальної інфекції гепатоцити мають майже округлу, рідше – кубічну форму і практично не відрізняються від прикордонних клітинних пластів медіальної зони. Ядра клітин порівняно дрібні і помірно гіперхроматичні по відношенню до основного барвнику. Виявляється нерівномірність, або повне зникнення вакуолізації цитоплазми.

При потенційному впливі бактеріальних токсинів на організм ембріона фіксується зсув функції клітин, що найбільш контрастно фіксується в маргінальній зоні печінки. Процес закономірно супроводжується зрушеннями цитологічних характеристик (табл. 1).

Таблиця 1

Динамика изменения цитоструктуры маргинальной зоны печени 28-недельного эмбриона человека в норме и патологии.

$M \pm n, n=8$

Стан органа	Показатели				
	Розмір клітин, мкм	Розмір ядра, мкм	Відношення діаметра ядра/клітина	Відношення діаметра ядерце/ядро	Кількість внутрикліт. порожнин, %
норма	12,24±3,12	5,78±0,77	0,47±0,23	0,43±0,21	10,47±4,13
патологія	8,13±2,26**	4,04*±0,07	0,39*±0,41	0,42±0,49	2,46±0,71***

Примітка. *P<0,1; **P<0,01; ***P<0,001

Аналіз даних таблиці дозволяє зробити висновок, що зменшення значення лінійних розмірів клітин в 1,51 раз (що статистично достовірно) адекватно призводить до зменшення значення параметрів ядер (в 1,43 рази відповідно), що є показником зміни характеру внутрішньоклітинного метаболізму. Незначна зміна значення відносини діаметра «ядерце/ядро» (в 1,02 рази) свідчить про зміну клітинної функції у вигляді активізації синтезу глікогену.

Аналіз отриманого фактичного матеріалу показує, що морфофункціональний стан печінки дозволяє судити про здатність організму адекватно реагувати на вплив інфекції. Досягнення екстремальних рівнів в мікроструктурі печінки свідчить про загасання ліпостатичної функції гепатоцитів. Зменшення числа ліпідозалежних порожнин в клітинах печінки пов'язане з виживанням ембріонів. Для підтримки резистентності і гомеостазу організму існують механізми зниження діючої концентрації отрут і їх детоксикації. Це вказує на адекватність окремих сторін метаболізму у вигляді специфічної відповіді тканини на стан органу і організму в цілому.

Чеботар Л. Д.,
доцент кафедри медичної біології та фізики, мікробіології,
гістології, фізіології та патофізіології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв,
Дроненко А. С.,
магістр,
МНУ ім. В. О. Сухомлинського, м. Миколаїв

ВПЛИВ АДРЕНАЛІНУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ ЩУРІВ В УМОВАХ РІЗНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ЕПІФІЗА

Останніми роками для розуміння механізмів нейрогуморальної регуляції функцій серця все більше набуває значення оцінка ролі епіфізу. Вивчення дії мелатоніну на серцево-судинну систему відкриває нові можливості у корекції функціонального стану серця. Мета роботи – встановити вплив адреналіну на функціональний стан серця щурів за умов різної функціональної активності епіфіза. Експериментальна частина роботи виконана на білих щурах-самцях лінії Wistar середньою масою 220–260 гр., які утримувались в умовах віварію на стандартному раціоні в умовах природної зміни світлової та темної частин доби. Для оцінки функціональних змін, що виникли внаслідок дії адреналіну в умовах гіпотагіперфункції епіфіза були використані електрофізіологічні та статистичні методи. Отже, при дослідженні впливу адреналіну на функціональний стан серця на ЕКГ були визначені ознаки електричної нестабільності міокарда, які характеризувалися збільшенням на ЕКГ амплітуди зубця R та електронегативності зубця S. Адреналінова міокардіодистрофія на тлі нестачі мелатоніну привела до збільшення ступеню відхилення інтегрального показника функціонального стану серця, відмічаються зростання амплітуди зубця R на 46 %, зубця T на 56 %, які вплинули на хід електричних процесів у міокарді та призвели до функціональних порушень у роботі серця. Результати дослідження функціонального стану серця щурів після введення адреналіну на тлі гіперфункції епіфіза виявили зміни, які відрізнялися від стану при введенні адреналіну та введенні адреналіну на тлі гіпофункції епіфіза.. Ці зміни характеризувалися зниженням ступені відхилення інтегрального показника функціонального стану серця через 2 та 24 години. Таким чином, бальна оцінка інтегрального показника функціонального стану серця характеризувалася однонаправленими змінами в умовах введення адреналіну і введенні адреналіну на тлі гіпофункції епіфіза (ступінь відхилення показника збільшувалася), що було відмінним від стану при введенні адреналіну на тлі гіперфункції епіфіза, де інтегральний показник функціонального стану серця знижувався.

Половенко Л. С.,
викладач кафедри медичної біології та фізики,
мікробіології, гістології, фізіології та патофізіології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

РОЛЬ ДРІЖДЖІВ РОДУ MALASSEZIA У ВИНИКНЕННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Дріжджі – стабільна одноклітинна асимілятивна форма розвитку грибів, наявна майже у всіх класах аскоміцетів та базидіоміцетів. Виокремлюють «справжні» дріжджі, весь життєвий цикл яких проходить в одноклітинному стані; одноклітинні стадії диморфних грибів, а також перехідну групу дріжджоподібних грибів, які утворюють як міцелій так і окремі клітини, здатні до росту на щільних середовищах у вигляді слизової колонії.

Дріжджі роду *Malassezia* – облігатні симбіонти людини та теплокровних тварин, мешкають на поверхні шкіри та волосяному покриві. Перші зразки гриба були отримані під час аналізу зішкрібків епідермісу хворих на різнокольоровий лишай. Характерною особливістю дріжджоподібних грибів роду *Malassezia* є монополярне ентеробластичне брунькування на широкій основі. Після відокремлення бруньки на материнській клітині залишається рубець у вигляді комірця, з якого у подальшому з'являються нові клітини і внаслідок цього утворюється структура грушоподібної форми.

Malassezia відноситься до дріжджоподібних грибів базидіоміцетового афінітету, незважаючи на те, що телеоморфна стадія розвитку цих грибів невідома. На даний час виокремлюють вісім видів цього роду, які відрізняються між собою за фізіологічними та морфологічними показниками, проте всі вони здатні викликати хронічні захворювання, особливо у людей зі зниженими функціями імунної системи та при наявності схильності до алергії.

Найбільш відоме захворювання, асоційоване з присутністю на шкірі грибів роду *Malassezia* – пітіріаз, або різнокольоровий лишай. При цьому захворюванні відбувається масовий розвиток гіф, які проникають в епідерміс та змінюють пігментацію і нормальну структуру поверхневого шару шкіри. Також відомий фолікуліт, причиною якого можуть бути гриби даного роду – при цьому захворюванні характерна наявність дрібної запальної висипки на спині, грудях, передпліччях, що супроводжується сильним свербінням. Наступна патологія – себореїний дерматит. Крім цього, гриби роду *Malassezia* здатні виступати

алергеном при такому розповсюдженому в наш час захворюванні, як атопічний дерматит.

Лікування направлене на зниження чисельності дріжджів за допомогою антимікотиків. Здорові люди, при нормальному функціонуванні сальних залоз, не мають видимих патологій шкіри за участю *Malassezia*. Що важливо, ці дріжджоподібні гриби можуть відігравати і позитивну роль, конкуруючи з хвороботворними мікроорганізмами.

УДК 615.014.2(477)

Камай А. Г.,
студентка групи 226,
спеціальності 226 «Фармація, промислова фармація»,
Шмалько О. О.,
науковий керівник, канд. фарм. наук,
в. о. доцента кафедри фармації, фармакології, медичної,
біоорганічної та біологічної хімії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СВІТОВОГО ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

За оцінками міжнародної аналітичної компанії Evaluate Pharma, об'єм світового фармацевтичного ринку в 2018 р. досяг \$1200 млрд, що на 3,6 % більше, ніж в 2017 р. За прогнозами аналітиків, об'єм світового фармацевтичного ринку найближчими роками буде зростати щорічно на 3–6 %.

У 2018 р. фармацевтичний ринок Сполучених Штатів не лише залишився регіональним лідером, але і визначив основні тенденції розвитку галузі. Його об'єм збільшився на 4 % і досяг рівня \$456 млрд. У країні стався вихід на ринок онлайн-торгівлі рецептурних ЛС нового гравця – видатного онлайн-ритейлера Amazon.com, Inc. На платформі Amazon в розділі Health and Personal Care можна придбати різні вироби медичного призначення, харчові добавки і безрецептурні препарати.

Китайський фармацевтичний ринок міцно тримає друге місце у світовому рейтингу і в 2018 р. досяг рівня \$165 млрд. При цьому він зростає в два рази швидше, ніж розвинені фармацевтичні ринки. На з'їзді правлячої комуністичної партії були висунені стратегічні цілі розвитку китайського суспільства, а саме: поліпшення якості життя і здоров'я населення. При цьому уряд робить ставку на проведення реформи охорони здоров'я у сфері експансії і децентралізації системи, нових і

підвищених вимог до реєстрації ЛС, зміни системи ціноутворення на ЛС з урахуванням фармакоекономічних показників. Оскільки доля іноземних постачальників в лікарському забезпеченні Китаю складає усього 25 %, перед світовими фармкомпаніями відкривається велика перспектива для експансії і зростання. Проте через низку обставин (специфіка країни, культура, менталітет) вхід на китайський фармринок виявляється не таким простим. Більшість іноземних компаній віддають перевагу формі кооперації з місцевими виробниками або утворенню дочірніх компаній, включаючи локальні науково-дослідні центри. Китайський уряд ввів суворі заходи по контролю цін та зниженню витрат на дистрибуцію шляхом скорочення кількості учасників торгового ланцюга. Незважаючи на це, ринкові аналітики висловлюють думку, що до 2020 р. об'єм китайського фармацевтичного ринку може зрости до \$200 млрд.

Японський фармацевтичний ринок зберіг третю позицію у світовому рейтингу. Незважаючи на усі прийняті урядом зусилля, спрямовані на стримання витрат на систему охорони здоров'я, рецептурні ЛС збільшилися на 1 %, і ринок досяг рівня \$120 млрд. Японський уряд прагне контролювати зростаючі витрати шляхом підвищення долі генеричних препаратів і різкого зниження цін на рецептурні ЛС. Таким чином, доля генериків збільшиться з 60 до 80 %, а ціни на дорогі інноваційні ЛС планується понизити до 50 %. Ринок безрецептурних ЛС знаходиться у фазі дерегулювання. Цей процес пов'язаний з розвитком онлайн-торгівлі та із загальним зростанням ринкової долі безрецептурних ліків до 20 %. Takeda – лідер серед японських фармацевтичних компаній – шляхом створення спільної компанії з TEVA (Ізраїль), найбільшим гравцем у сфері виробництва генериків, зміцнює свої позиції на вітчизняному ринку і активно продовжує міжнародну експансію.

Щоб виділити основні чинники, які зумовлюють розвиток фармацевтичної промисловості, слід проаналізувати, які препарати стали лідерами продажів в 2018 р. Відмітимо, що майже усі лідери продажів є біотехнологічними препаратами. Явний доказ значущості цих ЛС – їх доля в загальному обороті фармацевтичних компаній. Так, у компанії Abbvie доля біотехнологічних препаратів складає 65 %, у лідера ринку американської компанії Pfizer – 50 %, швейцарської Roche – 45 %. Продовжилася тенденція виведення на ринок нових молекул і навіть терапевтичних схем, головним чином в області біотехнології. За підсумками 2018 р., американський реєструвальний орган FDA схвалив 43 нових препарати, об'єм продажів яких через 5 років, за оцінками ринкових експертів, досягне \$31, 6 млрд. Європейський реєструвальний орган зареєстрував 31 нову молекулу. З них 92 % доводиться на групу біотехнологічних препаратів (моноклональні антитіла і інгібітори клітинних рецепторів). Зростаючу долю займають генеричні копії біотех-

нологічних препаратів, так звані біосиміляри. Найперспективнішими в 2018 р. залишилися ЛС для лікування онкологічних захворювань, Віл-інфекції, цукрового діабету, розсіяного склерозу, орфанних захворювань, а також біосиміляри. Німецькі аналітики прогнозують виведення на ринок 30 нових молекул впродовж 2019 р. Третина з них – ЛС для лікування онкологічних захворювань. Витрати на R&D (Research&Development) виросли ще на 4 % і склали в 2018 р. \$158,9 млрд. На сьогодні провідні фармацевтичні компанії світу інвестують в R&D – напрям від 13 % (Celgene) до 36 % (Johnson&Johnson) свого доходу.

Безумовно, на сьогодні компанії справляються з викликами фармацевтичного ринку: патентний обвал на традиційні синтетичні хімічні блокбастери; поява абсолютно нової області – біотехнологічної – і пов'язаний з цим вихід на ринок препаратів нової групи, в розробці і виробництві яких використовуються біотехнологічні методи, що частково або повністю революціонізували терапію багатьох захворювань; розширення сфери, рівня збуту і реалізації фармацевтичної продукції; поява нових контрагентів ринку у вигляді аптечних мереж або онлайн-операторів; поєднання форм стаціонарної і нестаціонарної торгівлі у формі багатоканального збуту.

УДК 615.2:614.253.1](043.2)

Оглобліна М. В.,

канд. фарм. наук, доцент, в. о. завідувача кафедри фармації,
фармакології, медичної, біоорганічної та біологічної хімії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв,

Михайлова Т. М.,

керівник представників з фармаконагляду по Миколаївській області,
Державне підприємство «Державний експертний центр
МОЗ України», м. Київ

БЕЗПЕКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ: РОЛЬ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА В СИСТЕМІ ФАРМАКОНАГЛЯДУ

Проблема безпеки застосування лікарських засобів (ЛЗ) з кожним роком набуває все більшої актуальності. Це обумовлено, перш за все, впровадженням в медичну практику великої кількості нових високоефективних препаратів з багатогранною фармакологічною активністю, в процесі реалізації бажаної дії яких часто виникають різні по проявах і ступеню важкості побічні реакції (ПР).

Згідно рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) основними шляхами вирішення проблеми попередження ускладнень при застосуванні ЛЗ є реєстрація, виробництво і розміщення на фармацевтичному ринку нових якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів. Однак на етапі доклінічного та клінічного дослідження ЛЗ неможливо виявити і переконливо довести наявність всіх потенціально можливих ПР. Тому, як вважають експерти ВООЗ, необхідною є система оптимального контролю за безпекою ЛЗ в післяреєстраційному період, яка отримала назву «фармакологічний нагляд».

Система фармакологічного нагляду – це державна система збору, наукової оцінки інформації, вивчення ПР, несприятливих подій після імунізації (НППІ)/туберкулінодіагностики та інших питань, пов'язаних з безпекою та ефективністю застосування ЛЗ, вакцин, туберкуліну при їх медичному застосуванні з метою прийняття відповідних регуляторних рішень.

З огляду на широкий асортимент ЛЗ, зареєстрованих в Україні (близько 14000), їх безпечне застосування та управління процесом створення сучасної системи фармакологічного нагляду є актуальним завданням системи охорони здоров'я.

Фармаконагляд в Україні здійснює державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (Центр) на локальному, адміністративно-територіальному та центральному рівнях.

У відповідності до наказу МОЗ України від 27 грудня 2006 року № 898 «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду» (у редакції наказу МОЗ України від 26 вересня 2016 року № 996) інформація щодо безпеки та ефективності лікарських засобів, вакцин, туберкуліну надходить до Центру від:

- лікарів, фармацевтів та медичних працівників незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності;
- юридичних та фізичних осіб, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики;
- закладів охорони здоров'я;
- заявників;
- пацієнтів та/або їх законних представників;
- Державної служби України з ЛЗ та контролю за наркотиками та її територіальних органів;
- представників Центру з питань фармаконагляду в адміністративно-територіальних одиницях;
- ВООЗ, ЕМА (Європейське медичне агентство), FDA (Агентство з контролю за лікарськими засобами та харчовими продуктами США), MHRA (Агентство з регулювання обігу лікарських засобів і виробів медичного призначення Великобританії), Health Canada (Міністерство

охорони здоров'я Канади), TGA (Агентство з контролю за лікарськими засобами та виробами медичного призначення Австралії), Swissmedic (Агентство з лікарських засобів Швейцарії), PMDA (Агентство з контролю за лікарськими засобами та виробами медичного призначення Японії) та інших міжнародних організацій і агентств;

- офіційних інформаційних джерел та періодичних видань;
- інших джерел.

Ключову роль в здійсненні фармаконагляду відіграють медичні працівники, що надають інформацію у формі карт спонтанних повідомлень (форма 137/о). Карта-повідомлення подається у паперовому та/або електронному вигляді (за посиланням <https://aisf.dec.gov.ua>). При цьому слід зазначити, що успішне впровадження в Україні електронного обміну повідомленнями про ПР ЛЗ спрощує процедуру інформування, пошуку даних, підвищує якість даних та функціональні можливості бази, сприяє швидкому нарощування даних для аналізу та формування сигналу.

Таким чином, здійснення фармаконагляду передбачає виконання вимог міжнародного та національного законодавства щодо дотримання строків подання повідомлень про ПР ЛЗ, обміну повідомленнями, постійного аналізу усіх наявних даних з безпеки ЛЗ з метою раннього виявлення сигналів з безпеки, а також оцінки співвідношення користь/ризик при застосуванні ЛЗ в медичній практиці.

УДК 615.014.2(477)

Шмалько О. О.,

канд. фарм. наук, в. о. доцента кафедри фармації, фармакології,
медичної, біоорганічної та біологічної хімії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

УДОСКОНАЛЕННЯ РЕКЛАМИ ЛІКІВ

Моніторинг програм телеканалів, проведений Національною радою з питань телебачення та радіомовлення, показав, що 30–70 % загальної кількості реклами становить саме реклама лікарських засобів. В Україні живуть на 10 років менше, ніж в країнах Європи. З найпоширеніших причин передчасної смерті 5-те місце займає самолікування. Сьогодні 7 із 10 хворих не йдуть до лікаря, а діагностують захворювання і починають лікування самостійно. До вирішення цієї проблеми держава має підходити комплексно, і одна із складових – це приведення законодавства про рекламу у відповідність з правилами, а саме: прописати

максимально імплементовані норми; заборонити рекламу знахарства і цілительства; заборонити рекламу ліків, призначених для дітей; заборонити участь у рекламі відомих осіб, які, користуючись своєю популярністю, заохочують до застосування тих чи інших ліків, медичних виробів, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації; передбачити дієвий механізм притягнення до відповідальності за порушення правил рекламування тощо. За порушення цих правил повинні бути дієві санкції, які мають накладати органи, на які покладені відповідні функції – Антимонопольний комітет України, Національна рада з питань телебачення та радіомовлення і державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Завдання Міністерства охорони здоров'я – давати оцінку рекламі, моніторувати її і виносити відповідні приписи.

Відповідальність, безперечно, має бути, але нести її повинен той, хто фактично порушує правила. Телекомпанії є опосередкованими порушниками, тому що розміщують рекламу на своїх майданчиках. Вони не повинні виконувати функцію контролю за контентом реклами. Інша справа – рекламодавці, які розміщують цю рекламу. У це питання має включатися Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів.

В Україні на рівні наказу МОЗ України від 06.06.2012 № 422 заборонена реклама наступних лікарських засобів: рецептурні препарати; ліки, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори; такі, що викликають синдром звикання; застосовуються виключно для лікування жінок у період вагітності та годування груддю; застосовуються виключно для лікування дітей віком до 12 років; застосовуються для лікування туберкульозу; венеричних захворювань; особливо небезпечних інфекційних хвороб; ВІЛ/СНІДу; раку та інших пухлинних захворювань; хронічного безсоння; цукрового діабету; ожиріння (включаючи лікарські засоби, що використовуються для зменшення маси тіла); імпотенції (еректильної дисфункції).

Відповідно до критеріїв, що застосовуються при визначенні лікарських засобів, рекламування яких заборонено, наказом МОЗ України від 06.11.2012 № 876 затверджено Перелік лікарських засобів, заборонених до рекламування, які відпускаються без рецепта. Однак, ані виробники лікарських засобів, ані рекламодавці, ані розповсюджувачі реклами не звертають уваги на ці моменти.

Усе вищесказане певною мірою існує, однак воно жодним чином не стосується добросовісної фармацевтичної індустрії, яка реально працює в країні і несе відповідальність за свою діяльність і максимально зацікавлена в тому, щоб пацієнти отримували достовірну інформацію в межах, визначених законодавством.

Єдина можливість інформувати про рецептурні лікарські засоби, визначена на законодавчому рівні, – це спеціалізовані видання. Однак нормою закону поняття «спеціалізоване видання» не визначено. Таким чином, не має критеріїв щодо достовірності інформації, яка друкується у так званих спеціалізованих виданнях, немає акредитації цих видань у державному органі. В Україні система визначення видань спеціалізованими працює щонайменше останні декілька років. Функцію визначень як спеціалізованих здійснює Міністерство юстиції України під час державної реєстрації засобів масової інформації. У свідоцтві про державну реєстрацію ЗМІ зазначаються його цільове призначення, тематичне спрямування та категорія читачів. Крім того, Міністерством юстиції України видано роз'яснення щодо дослідження сутності та змісту понять «засіб масової інформації», «спеціалізований засіб масової інформації» та «спеціалізоване видання». Визначення на законодавчому рівні поняття «спеціалізоване видання», полегшить не тільки роботу видавців, а й лікарів, які отримують інформацію з таких джерел. Тому законодавче врегулювання визначення спеціалізованого видання є важливим для видавців у тому числі.

Першочергову роль в удосконаленні реклами лікарських засобів має відігравати МОЗ України як державний орган, який формує політику в системі охорони здоров'я. Законодавство потребує удосконалення і приведення у відповідність із чинними нормами Європейського Союзу. Особливо тими, що стосуються питань семплінгу (надання безкоштовних зразків ліків) та реклами для медпрацівників.

УДК 611.018.11(043.2)

Лебідь С. Г.,

канд. пед. наук, доцент кафедри фармації, фармакології,
медичної, біоорганічної та біологічної хімії,

Ненсіна Г. В.,

старший викладач кафедри фармації, фармакології,
медичної, біоорганічної та біологічної хімії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

РИТМИ ЗОЛЬ-ГЕЛЬ ПЕРЕХОДІВ ПРОТОПЛАЗМИ КЛІТИНИ ЯК ОСНОВА ХРОНОБІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Відомий біолог Л. Гельбрун зазначав, що основні проблеми патології – це проблеми живої клітини, й «ми зможемо розкрити таємниці життя та механізми життєдіяльності, лише шляхом вивчення протоплазми».

Вивчення часової динаміки процесів у клітині може використовуватися для діагностики захворювань організму людини та їх лікування. Механізми розвитку захворювань пов'язані з порушенням обміну речовин і мікроструктури клітин. Судити про них і оцінювати ефективність методу лікування, що використовується, можливо за видом, ступенем та характером змін біоритмів клітини, тобто тих порушень узгодженості, що виникають під час внутріклітинних процесів. Порушення узгодженості біоритмів характеризуються параметрами фазових, системних та ієрархічних десинхронозів.

У протоплазмі клітини відбуваються десятки різних коливальних процесів. Ці ритми колоїдних переходів від золю (рідкого стану протоплазми) в гель (драглистий стан) і навпаки лежать в основі всіх внутріклітинних рухів і регулює всі сторони життєдіяльності клітини. Гель утворюється зв'язуванням молекулами білку чи інших колоїдних структур великих кількостей води, її структуруванням.

Зміна параметрів ритмів золь-гель переходів (період, амплітуда, співвідношення фаз переважання гелю чи золю та форма цих коливань) істотним чином впливають на всі функції та обмін речовинами клітини. Швидкість дифузії речовин у золі в 10 мільйонів разів (на 7 порядків) більше, ніж у гелі, а біосинтетичні та енергетичні процеси обміну речовин у клітині визначаються швидкістю дифузії відповідних речовин. Збільшення золя відносно гелю (розрідження протоплазми) зменшує концентрацію кальцію, що радикально змінює інтенсивність і навіть спрямованість біохімічних процесів.

Вивчаючи властивості протоплазми живої клітини, цитолог Л. Гейльбрун відмітив, що в будь-якій клітині, наприклад, м'язовій при її скороченні та розслабленні відбувається зворотний перехід від гелю (твердий стан м'язу, що скоротився) до золю (розслаблений стан м'язу) та показав участь у цих процесах йонів кальцію. При цьому кальцій вивільнюється під впливом зовнішнього впливу з його внутрішньоклітинних депо. Для закачування кальцію знову в його депо потрібно витратити енергію АТФ.

Різні види клітин і навіть різні ділянки однієї й тієї ж клітини мають різні параметри ритмів золь-гель переходів. Найбільш швидкі (короткі періоди ритму) золь-гель переходи досягають значень понад 11 тисяч переходів за секунду. Однак існують також і дуже повільні секундні, хвилинні, годинні, добові та сезонні коливання золю та гелю в окремих компартментах клітини.

При різних захворюваннях в організмі людини відбуваються визначені зміни ритмів золь-гель переходів у тих чи інших клітинах. При вивченні електричних процесів у серцевому м'язі лікарі можуть суди-

ти про порушення параметрів ритмів скорочення передсердь і шлуночків серця, яким відповідають порушення провідності по нервових структурах серця, виникнення гіпоксії та ішемії міокарду, різних аритмій. Усім їм відповідають зміни співвідношення тривалості фаз (скорочення та розслаблення) і амплітуди ритмів золь-гель переходів.

Опорно-руховий апарат організму людини також функціонує шляхом тимчасової координації м'язів згиначів і розгиначів. Якщо переходи золь-гель і навпаки у м'язах згиначів і розгиначів не узгоджені, виникають різні порушення мікроциркуляції крові та порушення рухів. Передача сигналу від однієї нервової клітини до іншої, а також до інших видів клітин, відбувається через синаптичні контакти, які «пропускають» сигнал тільки в одному напрямку й тільки у моменти переходу в синаптичної щілини гелю в золь.

Із гелю-золь переходами пов'язана й передача нервових імпульсів по нервовим волокнам. Ця передача сигналів гелю-золь переходів у вигляді біжучої хвилі розрідження протоплазми з переходами поверхневої структурованої води гелю в рідку деструктуровану воду золю.

Зміна параметрів ритмів золь-гель переходів не тільки в нервових і м'язових клітинах, але і в усіх інших клітинах лежить в основі порушень їх функцій та обміну речовин при різних захворюваннях. Визначені параметри ритмів золь-гель переходів у лейкоцитах крові забезпечують їх ефективну функцію, наприклад, у кооперативних реакціях клітинного імунітету.

Еритроцити можуть проходити по капілярах і віддавати клітинам навколишньої тканини кисень тільки шляхом зміни своєї форми – від круглої (діаметр більше просвіту капіляру) до еліпсоподібної. Така деформація та зміна форми еритроциту відбувається за рахунок переходу частини гелю в золь перед входженням його в капіляр. При різних захворюваннях порушується деформованість еритроцитів, а саме параметри ритмів золь-гель переходів. У еритроцитів хворої людини можуть проявлятися різні вирости, що заважають таким еритроцитам протискуватися в капіляри та постачати тканинам кисень. Організм мусить видаляти та руйнувати дефектні еритроцити. Ці формені елементи крові повністю оновлюються приблизно раз на три місяці. Усунути кисневу недостатність (гіпоксію) тканими можна, лише узгодивши ритми золь-гель переходів в еритроцитах із ритмами мікроциркуляції крові та ритмами золь-гель переходів клітин в місці виникнення гіпоксії.

У процесі еволюції живі організми навчилися коректувати ритми золь-гель переходів у своїх клітинах, у тому числі в еритроцитах за допомогою зовнішніх ритмів електромагнітних полів, найбільш звичних і біологічно значущих. Усі біоритми мають ендогенну природу,

тобто вони відносно незалежні від зовнішніх ритмів, мають внутрішню причину. Однак зовнішні ритми коректують внутрішні біоритми живих систем. Вони не дають біоритмам відхилятися від оптимального діапазону варіювання їх періодів.

Це створює можливості для штучної нормалізації та узгодження біоритмів в організмі людини, що може служити профілактикою різних патологій.

Допомогти у вирішенні таких задач можуть хронобіологія та хрономедицина. Методи хронодіагностики дозволяють знайти ранні прояви захворювань і більш точно визначити джерело порушення. Режим дня, чергування роботи та відпочинку, сну та неспання, періодичність прийому їжі, прийому ліків і фізіотерапевтичних процедур, а також інші рекомендації цих наук необхідно знати усім людям, щоб простіше та надійніше зберігати своє здоров'я. У випадку хвороби закономірності хронобіології можуть допомогти перемогти хворобу більш раціональним способом, більш швидко та стабільно.

УДК: 611.819

Черно В. С.,
д-р мед. наук, професор,
Гаврилюк І. М.,
завідуючий анатомічної лабораторії,
Білик В. І.,
викладач,
Гіносян А. М.,
викладач,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ СТИНОК ПАЗУХ ТВЕРДОЇ ОБОЛОНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ

Вступ. Загальноприйнятою є думка, що пазухи твердої оболонки головного мозку являють собою розщеплення твердої оболонки головного мозку, виповнені кров'ю. У зв'язку з цим їх стінки розглядаються як порівняно просто побудовані фіброзні листки, вистелені зсередини ендотелієм. Однак гістологічні та гістотопографічні дослідження показали, що стінка кожної пазухи є складним утворенням, побудованим із різнохарактерних тканинних елементів, тісно пов'язаних із різноманітними внутрішньопазушними утвореннями, при цьому має бути відзначена значна індивідуальна та вікова мінливість гістологічної будови окремих пазух, а також можуть бути виявлені специфічні особливості різних груп пазух твердої оболонки головного мозку.

Тому **метою** нашої роботи стало дослідження структури стінок пазух на світлооптичному та ультраструктурному рівнях.

Матеріал і методи. Фрагменти стінок пазух твердої оболонки головного мозку в різні вікові періоди ущільнювали в епоксидну смолу Епон-812 за схемами, прийнятими в електронній мікроскопії. Напівтонкі зрізи отримували на ротаційному мікротомі МПС-2 з допомогою скляних ножів. Зрізи забарвлювали 0,1 % розчином толуїдинового синього і досліджували під світловим мікроскопом. Частину матеріалу досліджували в трансмісійному електронному мікроскопі в лабораторії електронної мікроскопії.

Результати і обговорення. Отримані нами дані свідчать, що загальноприйняті уявлення щодо будови стінок пазух лише частково відповідають дійсності. Структура зовнішніх стінок пристінних пазух твердої оболонки головного мозку (верхньої стрілоподібної, стоку пазух, поперечної, сигмоподібної, печеристої пазух), та загальний план будови є саме таким, як його відобразили зазначені автори. Але ми схилиємось до гістологічної характеристики зовнішнього шару, який ми назвали фіброцитарно-волокнистим, а не фіброзно-еластичним. Основою для цього послужили отримані нами відомості щодо розташування всередині цього шару клітин фібробластичного ряду на різних рівнях диференціювання. Крім того, еластичні волокна, за нашими даними, розміщуються як у поверхневих, так і в глибоких відділах фіброцитарно-волокнистого шару, входячи до складу волокнистої остову та каркасу зовнішньої оболонки стінок пазух твердої оболонки головного мозку. Щодо пухкої волокнистої сполучної тканини, яка утворює середню оболонку, то вона, по-перше, не утворює суцільного шару, і тому не може називатись оболонкою, по-друге, для неї є характерною значна мінливість індивідуальної та вікової топографії, по-третє, до складу окремих внутрішньопазушних утворень, таких як трабекули та перегородки, окрім неї, входять щільні пучки колагенових волокон.

Щодо стінок внутрішніх пазух (розміщених у вільних краях відростків твердої мозкової оболонки – нижня стрілоподібна, пряма) та внутрішніх стінок пристінних пазух, то загальний план їх будови, за нашими даними, відрізняється від існуючих літературних уявлень. Їх зовнішній шар (по відношенню до просвіту пазух) утворений менінготеліальними клітинами, які розміщуються у декілька рядів.

Таким чином, зовнішній шар внутрішніх стінок пристінних пазух твердої оболонки головного мозку утворений менінготелієм, середній – сполучною тканиною, внутрішній шар – ендотелієм. Відмінності у будові стінок пристінних пазух ті, що зовнішня їх стінка не має менінготеліального шару, а складається із двох оболонок – сполучнотканинної та ендотеліальної.

Нужна О. К.,
доцент, канд. мед. наук,
Черно В. С.,
д-р мед. наук, професор,
Скрябіна О. М.,
доцент, канд. мед. наук,
Яковенко Н. О.,
доцент, канд. мед. наук,
Тузова О. В.,
доцент, канд. мед. наук,
Редька О. Г.,
доцент, канд. біол. наук,
Гаврилюк І. М.,
завідувач анатомічної лабораторії,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ОРГАНОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕЛЕЗІНКИ ЩУРІВ В УМОВАХ ІМУНОДЕФІЦІТУ ТА ДІЇ ІМУНОРЕГУЛЮЮЧОГО ПРЕПАРАТА

Селезінка щурів є важливим периферійним органом імунної системи, що виконує різноманітні імунологічні та неімунологічні функції. Серед відомих – це виведення антитіл після внутрішньовенного введення антигену, подальша диференціація Т-лімфоцитів, гемостатична та гемолітична функції. Селезінка бере участь в обміні речовин, регулює діяльність кісткового мозку (екстрамедулярне кровотворення) та виконує депонування крові.

До цього часу було дуже ретельне вивчення стану селезінки щурів після лазерного та гама-опромінювання, після дії іонізуючої радіації, впливу гормонів, радіоактивних хімічних речовин, бактеріальних інфекцій та ін.

В останній час спостерігається значний клінічний інтерес до імунодефіцитних станів та аутоімунних захворювань, які зустрічаються кожним роком все частіше. Їх виникнення серед населення України обумовлено погіршенням екологічної ситуації, наслідками аварії на ЧАЕС, урбанізацією населення, та ВІЛ-інфекції та ін.

Метою дослідження було вивчення морфологічних особливостей будови селезінки щурів репродуктивного віку після операції – тимектомії (моделювання імунодефіцитного стану) та подальшого введення імуномодельюючих препаратів.

Дана робота є складовою частиною науково-дослідницької теми кафедри анатомії «Особливості морфогенезу кісткової, імунної та ендокринної систем під впливом екологічних чинників», номер державної реєстрації 0103U006652.

Експериментальне дослідження було проведене на 60 білих щурах-савців статевозрілого віку з початковою вагою 130–150 гр. тварини були розподілені на 2 експериментальних груп та термін тривалості (1, 7, 15 та 30 доба дослідження). Після отримання матеріалу дослідження гістологічні зрізи фарбували гематоксилін-еозином та азур II – еозином та досліджували під біокулярним мікроскопом OLYMPUS C 3040- ADV I USMAD –3 за допомогою цифрового фотоапарата. У цілому вивчалоя 2160 полів зору.

Отримані дані опрацьовували за допомогою пакету статистичних програм, проводили кореляційний та двофакторний аналіз.

ВИСНОВКИ. При вивчанні селезінки щурів у групах після тимектомії – усі органометричні показники були менше контрольних значень на 2,08 %–6,03 %. Загальна площа періартеріальної зони селезінки у цій групі була нижче контрольних значень на 15,3–32,3 % з максимальною різницею на 7 добу дослідження.

У групі травин після курсу введення тимогену, відбуваються збільшення усіх органометричних показників параметрів селезінки. Відхилення від контрольних значень на 3.1–12.5 % ($p < 0,05$). Загальна площа гермінативних центрів лімфоїдних вузликів селезінки даної групи вище контролю на 11,9–26,4 % та найбільш виразні ці показники на 7 добу дослідження.

УДК 616.33

Харченко О. В.,

д-р мед. наук, професор,

Силенко О. О.,

старший викладач,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ПЕРЕДПУХЛИННІ ПРОЦЕСИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА

Передпухлинним процесам і раку шлунка присвячено багато літературних джерел, але і по цей час важливі сторони їх диференціювання є предметом вивчення та дискусій. І дійсно, досліднику, що присвятив свою працю цьому важливому питанню, треба вирішувати задачу диференціювання фінальних проявів передпухлинних станів і злоякісного росту.

За даними різних авторів, малігнізується від 4 до 25 % хронічних виразок шлунка, а частота виникнення раків із хронічних виразок змінюється від 18 % до 79 %.

Відомо, що кишкова метаплазія може бути повною і неповною. Повна кишкова метаплазія за своєю структурою відповідає тонкокишковій крипти. Її епітеліальне покриття представлене циліндричним епітелієм з каймою і бокалоподібними ентероцитами. В базальних відділах виявляються панетовські клітини. Неповна кишкова метаплазія характеризується наявністю секрету в супрануклеарних відділах циліндричних клітин, а щіткова кайма в них виражена не чітко. Бокалоподібні клітини представлені в меншій кількості, відмічена нерівномірність їх розмірів і розподілення у криптах. Рідко зустрічаються панетовські клітини.

Повну кишкову метаплазію до передпухлинних змін не відносять. Неповній кишковій метаплазії деякі автори приділяють роль передпухлинної зміни. Неповна кишкова метаплазія зустрічається у 75 % пацієнтів з доброякісними захворюваннями шлунка, та в 6 % у контролі. Все це дозволяє стверджувати, що неповну кишкову метаплазію не можна вважати маркером підвищеного ризику на рак шлунка.

Найбільш прийнятною є думка дослідників, які вважають, що роль кишкової метаплазії визначається не типом її, а диспластичними змінами метапластичного епітелію.

Кишкова метаплазія відзначається значною варіабельністю морфофункціональних характеристик різних етнічних груп.

Але особливий інтерес представляє той факт, що при тривалому перебігу гастриту в різних топографоанатомічних відділах шлунка кишкова метаплазія розвивається неоднаково. Вірогідно, це можна пов'язати з особливостями перебігу хронічного гастриту, на фоні якого кишкова метаплазія виникає.

УДК 616.63-002-022.6-039.71+616.98-039.71] (043.2)

*Лозінський А. В.,
студент IV курсу,
Зак М. Ю.,*

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

СУЧАСНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В, С ТА ВІЛ/СНІД

Гепатит С – хронічне захворювання печінки викликано вірусом гепатиту С (ВГС). ВГС є основною причиною рака печінки (гепатоцелюлярна карцинома). ВГС – це гемотрансмісивний вірус, зараження яким

частіше всього проходить з невеликою кількістю крові. Передача вірусу можлива при вживанні ін'єкційних наркотиків, під час в/в, в/м, п/ш ін'єкцій, переливання зараженої крові, плазми, використання нестирильних інструментів під час пірсингу, татуювання, при незахищених статевих контактах з особами групи ризику.

Діагностика ВГС базується на серологічних тестах і проводиться в два етапи. Перший етап визначається тестом на антитіла і антигени ВГС за допомогою серологічного скринінга. Другий етап базується на виявленні РНК ВРС за допомогою ІФА. Інкубаційний період вірусу триває від 6 міс до 24 місяців. Клінічні симптоми ВГС у 80 % відсутні, хвороба у більшості випадків симптоми відсутні або прояв мінімальний. Профілактика ВГС схожа з ВІЛ і розглядається нижче.

Гепатит В – інфекційне захворювання, яке спричинює вірус гепатиту В (ВГВ) який уражає печінку, приводячи до її запалення. ВГВ передається через контакт з кров'ю та іншими біологічними рідинами. Інфікуюча доза крові становить 0,04–0,001 мкл крові. Основний механізм передачі через кров, але на відміну від ВГВ можливий шлях передачі через сечу, слюну, комарів, клопів.

Профілактика ВГВ. Існує ефективна вакцина яка запобігає зараження ВГВ у 98–100 %. Слід уникати незахищених статевих контактів, переливань крові, повторного використання шприців та інших не стерильних інструментів.

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини, що призводить до захворювання на ВІЛ інфекцію/СНІД. В ділять тип ВІЛ 1, 2. Передача вірусу здійснюється через прямий контакт слизових оболонок або крові з рідиною тілесного походження, яка містить ВІЛ, як то кров, сперма, піхвові виділення, передсемінна рідина і грудне молоко. ВІЛ уражає імунну систему людини, знижуючи при цьому протидію організму різним ВІЛ-асоційованим захворюванням.

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) – сукупна назва уражень, що відбувається на 3–4 клінічних стадіях інфекції, яку спричинює вірус імунодефіциту людини.

Діагностика ВІЛ. Експрес-тести дозволяють отримати результат протягом 10–30 хвилин без використання спеціального лабораторного обладнання для дослідження можуть бути зразки сечі, слини, цільної, сироватки або плазми крові.

Профілактика ВГС та ВІЛ. Вакцини немає, єдиними способами запобігання інфекції є уникання ситуацій, що несуть ризик зараження, таких як спільне використання голки та шприців або небезпечні статеві відносини. Багато людей, інфікованих ВІЛ, не мають симптомів захворювання, таким чином не можливо знати точно що статевий партнер не є ВІЛ інфікованим. Варто не мати безладних статевих контактів або використовувати

ти латексні презервативи. Хорошою профілактику буде наявність одного статевого партнера на протязі довгого часу. Не використовувати сперматоцидні мазі. Використання одноразових шприців. Використання одноразових голвок, бритв при голінні, пірсингу, татуювання.

УДК 616.379-008.64-071(043.2)

Пітря А. В.,
студент IV курсу,
Зак М. Ю.,

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ: АЛГОРИТМ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Цукровий діабет 1 типу – це метаболічне захворювання, яке характеризується хронічною гіперглікемією, обумовленою розладами або повною недостатністю секреції інсуліну. Відзначаються порушення вуглеводного, жирового і білкового обміну, які обумовлені порушеннями дії інсуліну на тканини-мішені. ЦД-1 характеризується втратою бета-клітин, які виробляють інсулін, що призводить до абсолютного дефіциту. Переважно у людей молодого віку.

Основні клінічні симптоми цукрового діабету 1 типу: гіперглікемія та дегідратація, полідіпсія (спрага). Гіперглікемія викликає відносну й абсолютну дегідратацію тканин. Значна кількість води губиться із сечею, що є причиною абсолютної дегідратації організму. Об'єктивні ознаки – сухість шкіри і слизових оболонок, зниження тургору шкіри і підшкірно жирової клітковини. Дегідратація викликає компенсаторне порушення центра спраги, розвивається полідіпсія – підвищене споживання рідини хворим. Потреби в рідині протягом доби є одним із клінічних критеріїв компенсації вуглеводного обміну і методом самоконтролю пацієнта.

Глюкозурія, поліурія, кетонурія. Значна гіперглікемія викликає глюкозурію – виділення глюкози із сечею. Глюкозурія призводить до поліурії. Поліурія частіше виражена помірковано – 2,5–6 л у добу. Та кетонурія – надмірний вміст кетонових тіл в сечі.

ЦД – 1 типу також характерні: схуднення при підвищеному апетиті; мікроангіопатії (діабетична ретинопатія, нейропатія, нефропатія); макроангіопатії (атеросклероз коронарних артерій, аорти, судин нижніх кінцівок), синдром діабетичної стопи. На тлі захворювання нерідко

розвивається супутня патологія: фурункульоз, кольпіт, вагініт, інфекція сечостатевої шляхів.

До вторинних проявів ЦД – 1 типу відносяться :

- свербіж шкіри та слизових оболонок (вагінальний свербіж),
- сухість у роті,
- загальна м'язова слабкість,
- головний біль,
- запальні ураження шкіри, що важко піддаються лікуванню,
- порушення зору,
- наявність ацетону в сечі при діабеті 1-го типу.

Лабораторна діагностика.

Для оцінки рівня глікемії на більш тривалому проміжку часу (приблизно три місяці) проводять аналіз по визначенню рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1c). Утворення цього з'єднання знаходиться в прямій залежності від концентрації глюкози в крові. Нормальний вміст цього з'єднання не перевищує 5,9 % (від загального вмісту гемоглобіну). Підвищення процентного вмісту HbA1c вище нормальних значень свідчить про тривалому підвищенні концентрації глюкози в крові протягом трьох останніх місяців. Даний тест проводять в основному для контролю якості лікування хворих на діабет.

Зміст С-пептиду дозволяє оцінити функціональний стан бета-клітин. У хворих на цукровий діабет 1 типу цей рівень зазвичай знижений, у хворих на цукровий діабет 2 типу – в нормі або підвищений, у хворих інсуліновою – різко підвищений. Концентрація імунореактивного інсуліну знижена при 1 типі, в нормі або підвищена при 2 типі.

Глюкоза в сечі з'являється тільки після перевищення «ниркового порога» (приблизно 180 мг % [9,9 ммоль / л]). Характерні значні коливання «порога» і схильність до підвищення з віком; тому визначення глюкози в сечі вважають нечутливим і ненадійним тестом.

Визначення ацетону в сечі (ацетонурія) – нерідко діабет ускладнюється порушенням обміну речовин з розвитком кетоацидозу (накопичення в крові органічних кислот проміжних продуктів метаболізму жирів). Визначення в сечі кетонів тіл служить ознакою важкості стану пацієнта з кетоацидозом.

Для діагностики ускладнень діабету та складання прогнозу захворювання проводять додаткові обстеження: дослідження очного дна (ретинопатія), електрокардіограма (ішемічна хвороба серця), екскреторна урографія (нефропатія, ниркова недостатність).

Висновки.

1. Чітке розуміння клінічних проявів ЦД-1 типу необхідно знати для ранньої діагностики захворювання.

2. Сучасна лабораторна діагностика відкриває можливості для адекватного моніторингу вуглеводного обміну.

3. Стратегія лікування ЦД-1 повинна бути спрямована на профілактику вторинних ускладнень.

УДК576.385.5(043.2)

Польовий О. О.,
студент IV курсу,

Зак М. Ю.,

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ КЛІТИНОГО РОСТУ У КАНЦЕРОГЕННІ

Клітинний ріст – зростання багатоклітинних організмів можливо тільки через збільшення числа і розмірів клітин, потім відбувається диференціація цієї клітини. Клітинний ріст умовно поділяється на три фази: ембріональну, на розтягування та диференціювання. В ембріональну фазу клітинна виникає з іншої ембріональну клітини, яка потім збільшується і знову ділиться. В ході фази розтягування новоутворення клітини збільшуються в декілька десятків раз, в основному за рахунок великого приливу води в її цитоплазму. Під час фази диференціювання клітина набуває специфічної структури. Незважаючи на те, що клітинна в цей період зазнає дуже серйозних змін – ця фаза йде на подив швидко.

В умовах жорстокого «соціального контролю» клітини починають ділитися до створення контактів з сусідніми клітинами після чого зупиняючись. Таке явище називають контактним гальмуванням. Винятком вважають: ембріональну клітини, нптелій кишківника та клітини кісткового мозку.

Клітинна загибель – виділяють такі основні види загибелі клітини: некроз та апоптоз. Некроз – це патологічна форма загибелі клітини внаслідок пошкодження. До причин некрозу відносять: високу та низьку температуру, гіпоксію, іонізуюче випромінення, отруєння хімічними речовинами та механічне пошкодження. Серед проявів некротичних змін клітини можна виділити аутолізис та денатурацію білків. Апоптозом називають фізіологічні форму загибелі клітини, яка генетично обумовлена. Фактори, які можуть визнати апоптоз – прийом препаратів, активність цитокінів та факторів росту, такі як, інтерлейкіни 2, 3, 4, антигенів та антитіл.

Канцерогенез – безконтрольна проліферація є основною ознакою пухлинних клітин. На відміну від нормальних клітин, які діляться в умовах *in vitro* до появи тісних контактів, пухлині клітини характеризуються необмеженим поділом та схильністю до контактного гальмування. Перетворення здорової клітини в пухлині мають такі стадії та етапи.

Першою стадією онкогенезу є малігнізація, або трансформація, – перетворення нормальної клітини в пухлину. Виділяють два види пухлин: доброякісні та злоякісні. Доброякісні пухлини, характеризуються відносно повільним ростом і склад з диференційованих клітин. Злоякісні пухлини виявляють себе швидким та інвазивним ростом і схильністю до метастазування. Стадія малігнізації поділяється на два етапи. Перший етап перетворення є ініціація. Вона обумовлена пошкодженням ДНК в окремій клітині. Цей генетичний дефект може бути викликаний канцерогенними речовинами, фізичними факторами такими як рентгєнівські промені та УФ-випромєнення, або онкогенними вірусами. Однак під час ініціації пухлини важливі лише пошкодження протоонкогенів і антионкогенів. Другим етапом трансформації є різке розмноження змінених клітин, яке відоме, як промоція. Цей процес може тривати роками. Останньою стадією – є прогресія пухлини. Цей процес відомий як розмноження змінених клітин, інвазії та метастазування.

Виділяють декілька причин, які впливають на розвиток пухлин. Існують деякі географічні відмінності в показниках смертності від злоякісних новоутворень, наприклад в Японії смертність від раку шлунка в сім-вісім разів вища ніж в США, а від раку легень у США в два рази вище ніж в Японії. У порівнянні з Ісландією меланома шкіри зустрічається в Новій Зеландії в шість разів частіше. Дуже важливо у вивченні канцерогенезу з'ясувати роль сонячної радіації. При вивченні факторів ризику розвитку онкозахворювань неможливо не згадати важливість стилю життя людей: наявності шкідливих звичок, схильності до різних надмірностей, особливостей в харчуванні та поведінці, постійне паління, яке підвищує частоту розвитку раку легень, а також раку гортані, глотки, стравоходу, порожнини рота, підшлункову залозу і сечового міхура. Хронічний ти алкоголізм – це потужний фактор розвитку онкології глотки стравоходу, а також печінки. Відомо, що смертність від пухлинних захворювань серед найближчих родичів, які померли саме від цієї патології в чотири рази вища ніж у родичів людей, які померли від інших хвороб. Усі спадкові види злоякісних новоутворень можна умовно поділити на три групи: спадкові синдроми злоякісних пухлин, сімейні форми неоплазій та аутосомно-рецесивні синдроми порушень репарації ДНК.

Ремез Д. В.,

студент IV курсу,

Зак М. Ю.,

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

РОЛЬ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ В РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК

Вірус папіломи людини (ВПЛ) – група надзвичайно поширених і гетерогенних ДНК-вірусів, що характеризуються тропністю до епітелію шкірних покривів і слизових оболонок, які, можуть призводити до такого серйозного наслідку, як рак шийки матки.

Кератиноцит є клітиною-господарем для ВПЛ. Віруси проникають через мікроскопічні порізи і потертості шкіри і часто призводять до появи доброякісних новоутворень, відомих як бородавки або папіломи. У переважній більшості випадків інфікування не супроводжується появою серйозних патологічних проявів і в кінцевому підсумку спостерігається мимовільне регресування папілом. Проте, в ряді випадків ВПЛ-інфекція може персистувати, що, призводить до виникнення раку.

РШМ є багатоетапним захворюванням. ВПЛ відіграє важливу роль в генезі неопластичних процесів і раку шийки матки. РШМ є пізнім і рідкісним ускладненням персистуючої ВПЛ-інфекції та виникає в результаті ланцюга взаємопов'язаних патологічних процесів, які в більшості випадків протікають протягом, більше, 10 років.

За умов порушень в роботі імунної системи та наявності супутніх ко-факторів на фоні зараження клітин ВПЛ з групи високого онкогенного ризику організм не в змозі подолати вірус, що розмножується. Розвивається персистентна інфекція, яка призводить до неопластичної трансформації епітелію. Найчастіший прояв потенційно прогресуючого стану, при якому може відбутися трансформація інфікованого, але ще нормального епітелію, при якому імунна система контролює інфекційний процес – це цервікальна інтраепітеліальна неоплазія. ЦІН має значний онкогенний потенціал.

Залишається до кінця не з'ясованим, чому спостерігається діаметрально протилежний результат ВПЛ-інфекції у різних індивідуумів. Очевидно, що, крім високоонкогенних властивостей вірусу, вирішальне значення належить індивідуальній сприйнятливості і іншим факторам. Як показують дослідження, для розвитку раку шийки матки необхідно певне поєднання ко-факторів. До них відносять: ендогенні –

гормональний фон, стан неспецифічної резистентності, сила специфічної імунної відповіді, генетичні чинники; екзогенні – ранній початок статевого життя з численними статевими партнерами, наявність інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, хронічні запальні захворювання статевих органів, куріння тютюну.

Висновки. Проблема ВПЛ-інфекції далека від остаточного вирішення, і багато питань складають предмет проведених у цей час досліджень. Складність проблеми обумовлена значною поширеністю інфекції, появою нових генотипів ВПЛ і суттєвими відмінностями їх злоякісного потенціалу, змінами напруженості протівірусного імунітету організму пацієнта, який, в кінцевому рахунку, визначає стабільність лікування або час настання рецидиву. Накопичені відомості про механізм вірусного канцерогенезу в розвитку дисплазії і раку шийки матки визначають необхідність подальших досліджень для розробки найбільш ефективних методів діагностики, етіопатогенетичних схем лікування.

УДК 618.11-008.6:616.43](043.2)

Снігур Н. О.,

студент IV курсу,

Зак М. Ю.,

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

РОЛЬ СЕРЦЕВОЇ АРИТМІЇ В РОЗВИТКУ МИНУЩИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Аритмія – це патологічний стан, при якому відбувається порушення частоти, ритмічності та послідовності збудження і скорочення серця. Аритмії класифікують залежно від походження та характеру порушень ритму. Виділяють такі форми аритмії: Тахікардія (прискорення скорочень серця конкретно за хвилину), брадикардія – (сповільнення скорочень серця конкретно за хвилину), пароксизмальна тахікардія (приступи серцебиття), блокади ті інші.

Щоденно в світі із-зі серцево-судинних захворювань помирає 17,5 млн людей. По прогнозам вчених це число до 2020 року виросте до 20 млн, а до 2030 – до 24 млн. В Україні 25 мільйонів людей страждають на серцево-судинні хвороби. Аритмією страждає 3 відсотка дорослого населення нашої країни. Від аритмії з'являються гострі порушення кровообігу, розвивається серцева недостатність. Згідно з стати-

стикою 20–25 інсультів трапляються на фоні аритмії, а щорічне число інсультів в нашій країні становить 100–120 тис. Саме тому запобігання та лікування аритмії має надзвичайно велике значення.

У групі ризику на серцево-судинні захворювання знаходяться люди що зловживають палінням, алкоголем, наркотиками, мають абдомінальне ожиріння. Через перебої в роботі серця, тканини мозку не можуть повноцінно збагачуватись кров'ю. Саме тому аритмія не рідко призводить до Минущих Порушень Мозкового Кровообігу (МПМК).

Минущі порушення мозкового кровообігу (МПМК) – це розлади мозкових функцій судинного генезу, що виникають гостро і характеризуються загально-мозковою або вогнищевою, або змішаною симптоматикою і проходять протягом перших 24 год. після її розвитку.

До минущих порушень мозкового кровообігу відносять транзиторні церебральні ішемії (атаки) і гіпертонічні кризи як із загально-мозковими, так і вогнищевими симптомами. Церебральні судинні кризи найчастіше виникають при гіпертонічній хворобі; транзиторні ішемічні атаки – при атеросклерозі, ураженнях магістральних судин голови, захворюваннях серця. Особливістю минушого порушення мозкового кровообігу є його повторюваність.

МПМК складають близько 20–30 % серед хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу(ГПМК). За даними клінічного огляду серед чоловіків 20–54 років МПМК становить 25 %. Абсолютний ризик розвитку інсульту після перенесеного минушого порушення мозкового кровообігу (МПМК), за даними різних досліджень, дорівнює в перший рік 10 % і в подальшому щорічно 5 %. Причинами МПМК можуть бути різні фактори, в тому числі розлад загальної гемодинаміки, обумовленої патологією серця і як наслідок цього – локальне порушення мікроциркуляції. Клінічні симптоми розвиваються на тлі постійної недостатності кровопостачання мозку внаслідок серцевої слабкості, зниження артеріального тиску. У наслідок недостатності кровопостачання у тих або інших ділянках мозку поглиблюється ішемія, гіпоксія.

Профілактика МПМК передбачає ранню діагностику захворювань. Це атеросклероз, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, порушення ритму серця. Також велике значення має корекція чинників ризику, які можуть спричиняти прогресування патології: надмірна маса тіла, зловживання алкоголем, паління і особливо поєднання цих чинників.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В КАРДІОЛОГІЇ

Сучасні методи дослідження в кардіології.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) – клас захворювань, які пов'язані з патологією серця або кровоносних судин, загальна назва захворювань системи кровообігу. До серцево-судинних захворювань належать ішемічна хвороба серця (до якої зараховують стенокардію та інфаркт міокарда (відомий як серцевий напад). До ССЗ також зараховують інсульт, серцеву недостатність (зокрема, пов'язану з високим кров'яним тиском), кардіоміопатію, аритмію, вроджені і набуті вади серця, аневризми аорти, хвороби периферійних артерій, тромбоз, тромбофлебіт.

Серцево-судинні захворювання є найбільш частою причиною смерті у світі. Ішемічна хвороба серця – основна причина летальності від серцево-судинних захворювань.

Причини виникнення ССЗ залежать від типу хвороби. Ішемічна хвороба серця, інсульт і хвороби периферійних артерій пов'язані з атеросклерозом. Він може бути викликаний високим тиском, курінням, діабетом, нестачею фізичних навантажень, надлишковою вагою, підвищеним рівнем холестеролу в крові, поганим харчуванням і надмірним вживанням алкоголю. Високий тиск спричиняє 13 % смертей, викликаних ССЗ, куріння тютюну – 9 %, діабет – 6 %, нестача фізичних навантажень – 6 %, підвищена вага – 5 %.

За оцінками спеціалістів, у 90 % випадків серцево-судинним захворюванням можна запобігти. Профілактика атеросклерозу включає пом'якшення факторів ризику шляхом здорового харчування, занять спортом та інших фізичних навантажень, уникнення тютюну та зниження вживання алкоголю. Ефективність використання аспірину у людей, що не мають виражених проблем зі здоров'ям, недоведена. Вода насичена електронами, тобто, вода з високим від'ємним окиснювально-відновлювальним потенціалом (ОВП, один з трьох параметрів в електрхемії) прямо діє на кров і судини відновлюючи їх до стану притаманному молодій здоровій людині. Особливо при великих від'ємних ОВП від 350 до 700 міліВольт.

Основні методи дослідження.

Електрокардіографія – метод широко застосовується в клінічній практиці, особливо завдяки сучасним технічним можливостям. ЕКГ

відображає процеси збудження в серцевому м'язі – зародження збудження і поширення збудження. Побічно ЕКГ відображає роботу серця як цілого органу, але прямих даних про силу серцевих скорочень, про величину систолічного об'єму ЕКГ, звичайно, не дає.

Баллістокардіографія (БКГ) – це реєстрація рухів тіла людини (краніально-каудального напрямки), пов'язаних з серцевими скороченнями і переміщенням крові у великих судинах. Вона проводиться за допомогою індукційної котушки, тобто за рахунок електромагнітного датчика, сигнал з якого подається на електрокардіограф. БКГ дозволяє оцінити скоротливу здатність міокарда – в тому числі силу і координованість серцевого скорочення, обсяг і швидкість систолічного вигнання крові, заповнення кров'ю порожнин серця під час діастолі, дозволяє оцінити гемодинамічну функцію серця. Метод дозволяє оцінити реакцію з боку серця на дозоване фізичне навантаження.

Апекскардіографія (АКГ) – це метод графічної реєстрації низькочастотних коливань грудної клітини в області верхівкового поштовху, викликаних роботою серця. Реєстрацію АКГ проводять на електрокардіографі за допомогою п'єзокристалічних датчиків, що застосовуються для сфигмографії. З його допомогою механічні коливання перетворюються в електричні. Можна також використовувати електромагнітний датчик.

Рентгенокардіографія – у 60–70-ті роки в ряді клінік використовувався метод Електрокімографія – реєстрація зміни тіні серця на екрані рентгеновського апарату. З цією метою на екрані апарату в області тіні передсердя, аорти або шлуночка зміцнюється фотоелемент, освітленість якого змінюється в такт з скороченням серця, і це дозволяє реєструвати зміну розмірів відповідної ділянки серця. Електрокімографія дозволяє вивчати скоротливу функцію міокарда шляхом фазового аналізу рухів обраних точок серця і великих судин.

Зондування порожнин серця за допомогою катетера – досить широко застосовувана методика дослідження діяльності серця, особливо в серцево-судинній хірургії. Вперше катетеризація серця була запропонована в 1929 р. Форсман, який сам собі провів катетеризацію. Однак клінічне використання методу почалося після 1941 р., коли в клінічну практику були впроваджені рентгеноконтрастні катетери.

Ехокардіографія – перші відомості про фізичні властивості ультразвуку були отримані в 1800 р., а в кардіології ультразвук був вперше застосований вже в 1950 р. В останні роки техніка ультразвукового дослідження (УЗД) досягла великих можливостей, і тому ехокардіографія як метод дослідження діяльності серця широко застосовується в усьому світі.

Принцип методу полягає в тому, що ультразвук тобто механічні коливання 2–5 мГц (зазвичай 2,25 мГц) – з величезною швидкістю (1540 м / с) проходить через тканини організму, що не пошкоджуючи їх. Зустрічаючи різні структури, частина ультразвукових хвиль відбивається від даного бар'єру і повертається до його джерела. Це ультразвукове «відлуння» вловлюється і фіксується на екрані осцилографа. У результаті можна отримати різні зображення, залежно від техніки «опромінення» об'єкта ультразвуком.

Артеріальна осцилограма – це метод дослідження артеріальних судин, що дозволяє судити про еластичність судинних стінок, величиною максимального, мінімального і середнього динамічного тиску. Принцип методу полягає в тому, що коливання артеріальної стінки, що виникають з самого початку здавлювання аж до повного закриття просвіту судини, передаються на манжетку, що стискає кінцівку. Коли тиск в манжеті трохи нижче, ніж максимальний артеріальний тиск (систолический), виникають перші осциляції. У міру зниження тиску в манжеті осциляції зростають і досягають найбільшої величини (це відповідає середньому динамічному тиску). При подальшому зниженні тиску в манжеті амплітуда пульсових коливань знижується до повного зникнення (момент цей відповідає мінімальному диастоліческому тиску).

Тахоосциллографія – це метод реєстрації швидкості змін обсягу судини, розташованого під манжеткою (а при артеріальній осциллографії реєструється зміна обсягу судини). Інакше кажучи, тахоосциллограмма – це осциллограмма швидкості. Її реєструють за допомогою механокардіографа, в основі якого лежить використання диференціального манометра. Принцип методу полягає в тому, що в манжетці, накладеної, наприклад, на плече, автоматично підвищується тиск. Одночасно при цьому реєструється швидкість зміни обсягу судини (щодо зміни обсягу повітря в манжетці) і пульс на променевої артерії.

КТ-ангіографія – метод, що поєднує в собі комбіновану технологію сканування кровоносних судин на комп'ютерному томографі, після введення в них рентгенконтрастної речовини через внутрішньовенний катетер, з отриманням докладних зображень і оцінкою характеру кровотоку всього організму людини.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) – МРТ серця – неінвазивний спосіб діагностики в медицині, допомагає лікарям визначати, а потім вилікувати різні хвороби серця. МРТ проводять за допомогою магнітного поля і впливу частотних радіоімпульсів. Завдяки комп'ютерній розшифровці інформації таке обстеження дає можливість отримувати чіткі знімки серця, а також вивчати судини, тканини біля нього. Зображення можна розглядати на комп'ютерному моніторі, пересилати

поштою, роздруковувати або копіювати на електронний носій. При МРТ не вдаються до іонізуючого випромінювання (тобто не використовують рентгенівські промені).

Черезстравохідна ехокардіографія – це дослідження серця ультразвуком через стравохід на відміну від трансторакальної ехокардіографії, коли датчик не проникає всередину організму.

Даний метод дозволяє долати труднощі проходження ультразвукового сигналу через грудну клітку, особливо, якщо у пацієнта ожиріння, або деякі особливості організму (наприклад, близько розташовані ребра) не дозволяють домогтися чіткого зображення структур серця. У деяких випадках черезстравохідна ехокардіографія – єдино можливий спосіб виявити деякі порушення в роботі серця, наприклад, тромби в вушках передсердь.

УДК616.15^613.952/98](043.2)

Горішній І. М.,

студент III курсу медичного інституту,

Зак М. Ю.,

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін,

Зайцев П. П.,

старший викладач кафедри пропедевтичних

та медико-профілактичних дисциплін,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

РІВЕНЬ САТУРАЦІЇ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ В ОСІБ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ

Актуальність. Одним із найбільш поширених методів діагностики рівня забезпеченості периферичної крові киснем є пульсоксиметрія (у нормі $Sp O_2 > 95 \%$). Велика кількість патологій дихальної та серцево-судинної системи супроводжуються зниженням сатурації (гіпоксією). Однак рівень сатурації може знижуватися із віком, тому існує проблема диференціації вікових змін від патології.

Мета роботи. Визначити рівень сатурації здорових людей різних вікових категорій.

Матеріали і методи дослідження. Соціологічне опитування. Проведено скринінг-дослідження $Sp O_2$ серед 40 респондентів різного віку і статі, використовуючи пульсоксиметр Неасо CMS 50B. Вікові категорії відповідають класифікації ВООЗ.

Отримані результати. У дослідженні взяли участь 4 вікові категорії: особи молодого віку (18–25 років), зрілого віку (25–40 років), сере-

днього віку (40–60 років), похилого віку (>60 років). Кожна вікова категорія представлена 10 респондентами.

Кожному респонденту було виміряно рівень сатурації та поставлене усне запитання: « Чи є у вас скарги на:

- періодичний або постійний кашель;
- задишку при фізичному навантаженні;
- болі у грудній клітці;
- відчуття серцебиття;
- періодичне підвищення або зниження артеріального тиску.»

У категорії осіб молодого віку середній рівень сатурації склав 97,2 %. 2 (20 %) респондентів зазначили наявність мінімум однієї із скарг, їх середній рівень сатурації склав 96,85 %.

У категорії осіб зрілого віку середній рівень сатурації склав 96,5 %. 4 (40 %) респондентів зазначили наявність мінімум однієї із скарг, їх середній рівень сатурації склав 94,6 %.

У категорії осіб середнього віку середній рівень сатурації склав 96,1 %. 5 (50 %) респондентів зазначили наявність мінімум однієї із скарг, їх середній рівень сатурації склав 93,75 %.

У категорії осіб похилого віку середній рівень сатурації склав 95,3 %. 8 (80 %) респондентів зазначили наявність мінімум однієї із скарг, їх середній рівень сатурації склав 93 %.

Висновки. Рівень сатурації знаходиться у межах норми незалежно від віку. У респондентів молодого віку сатурація нормальна, незважаючи на скарги. У респондентів зрілого, середнього та похилого віку за наявності скарг спостерігається динаміка до помірного зниження сатурації.

УДК 615.22(043.2)

Ілляшенко Ю. В.,

студентка медичного інституту,

Зак М. Ю.,

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін,

Фролов Ю. А.,

д-р філос. наук, старший викладач кафедри терапевтичних дисциплін,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

РОЛЬ І МІСЦЕ АЦЕТИЛСАЛЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ У ПЕРВИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Актуальність проблеми. Кардіоваскулярні захворювання (КВЗ) є найчастішою причиною смерті у світі – практично кожної третьої втрати життя. У структурі показників смертності в Україні дві третини

летальних випадків зумовлені серцево-судинними захворюваннями. Ось чому профілактика серцево-судинних захворювань сьогодні є надзвичайно важливою і актуальною.

Ацетилсаліцилова кислота (АСК) вже довгий час є стандартом антитромбоцитарної терапії для різних категорій кардіологічних хворих. Останнім часом міжнародні і національні кардіологічні товариства все частіше рекомендують використовувати АСК як для первинної, так і для вторинної профілактики КВЗ.

Первинна профілактика – система профілактичних заходів, що спрямовані на попередження виникнення захворювання та зумовлюють вплив на механізми, які лежать в основі їх розвитку або на ризик-фактори, які сприяють їх виникненню: вік, стать, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, ожиріння. Вторинна профілактика – система профілактичних заходів, які спрямовані на попередження прогресування або загострення захворювань, і полягає в ліквідації несприятливого впливу факторів навколишнього середовища і в систематичному диференційованому лікуванні хворого з метою зниження тромботичних ускладнень у пацієнтів з гострою і хронічною формами ІХС, захворюваннями периферичних артерій, порушенням мозкового кровообігу.

Антиагрегаційна дія АСК полягає в пригніченні синтезу тромбоксану А₂ з арахідонової кислоти шляхом інгібування циклооксигенази. Даний ефект зберігається 5–7 днів, адже тромбоцити взагалі втрачають агрегативну здатність на весь період життя (7–10 днів). Крім цього АСК знижує синтез тромбіну, чим інгібує утворення фібрину, змінює структуру його волокон, вивільняє активатори плазміногену, що викликає фібриноліз. Багато клінічних досліджень підтвердили повноцінність цих ефектів АСК.

Частота гастроінтестинальних кровотеч становить 1–2 % на рік, що є прийнятним показником, враховуючи значне зниження кардіоваскулярного ризику. Крім того, підвищення ризику кровотеч спостерігається в основному при використанні АСК в дозах 200 мг/добу і вище.

Нові рекомендації наголошують, що призначення АСК у малих дозах доцільне при підвищеному ризику КВЗ за умов відсутності підвищеного ризику кровотеч. Багато експертів виступають проти призначення АСК пацієнтам з низьким і помірним КВ-ризиком, посилаючись на високий ризик геморагічних ускладнень.

Алгоритм призначення АСК. Рішення про призначення терапії АСК повинно бути прийняте лише після детального обговорення лікарем і пацієнтом очікуваних користі і ризиків, зважаючи на конкретний індивідуальний випадок.

Крок 1 – оцінка обізнаності пацієнта і надання йому базової інформації про користь і ризику, пов'язані з терапією АСК.

Крок 2 – індивідуальна оцінка наявних у пацієнта факторів кардіо-васкулярного і геморагічного ризику. Загальноприйняті шкали для оцінки КВ-ризиків: SCORE, ASCVD, Фрамінгемська шкала. Багато українських пацієнтів належать до категорії високого і дуже високого КВ-ризиків через недоступність сучасних об'єктивних методів – прогнозування атеросклеротичних ускладнень, вимірювання рівня кальцію в коронарних і сонних артеріях, через високу розповсюдженість факторів ризику, пов'язаних зі способом життя (ожиріння, куріння, нерациональне харчування) і через незадовільний контроль таких змінних факторів як АГ, гіперглікемія, дисліпідемія.

Крок 3 – визначення персональних пріоритетів пацієнта.

Крок 4 – попередження пацієнта про необхідність постійного контролю стану ШКТ і показників коагуляційної системи крові для вчасного реагування у разі їх змін.

Крок 5 – підбір необхідної у даному випадку дози і форми АСК.

Висновки: З огляду на сприятливий профіль користі та ризиків, економічну доступність і простоту призначення ацетилсаліцилова кислота (АСК) у низьких дозах (75–100 мг/добу) є найбільш застосовуваним у світі антитромбоцитарним засобом. З огляду на сучасні позиції найвідоміших і найвпливовіших кардіологічних товариств світу – АСК рекомендується для профілактики КВЗ. Рішення щодо вживання і призначення АСК для профілактики КВЗ повинно прийматися лікарем разом з пацієнтом, враховуючи всі можливі ризики (кардіоваскулярні, геморагічні) після ретельного обстеження і встановлення їх рівня. Для уникнення недооцінки ризиків КВЗ в Україні повинні розвиватися та впроваджуватися у рутинну практику сучасні діагностичні кардіологічні методи діагностики та прогнозування.

УДК 616/97(043.2)

Головатюк В. Ю.,
студентка IV курс
Зак М. Ю.,

д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри терапевтичних дисциплін,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПРОФІЛАКТИКУ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), належать найбільш значимих захворювань соціального хара-

ктеру. Це пояснюється не лише їх широким поширенням, але і тяжкими наслідками для організму хворого і для суспільства в цілому.

Ускладнення ЗПСШ у разі несвоєчасної діагностики і неефективного лікування призводять до порушення репродуктивного здоров'я у жінок і у чоловіків, до важких природжених захворювань у дітей, а також до ураження внутрішніх органів і систем хворого з подальшою його інвалідизацією. Тому до лікування цієї групи інфекційних хвороб пред'являються особливі вимоги, головними з яких є висока терапевтична ефективність, низька вартість і зручність застосування для хворого.

У світі щорічно реєструється 333 млн нових випадків ЗПСШ, які розподілилися таким чином:

- 12 млн нових випадків сифілісу;
- 62 млн нових випадків гонореї;
- 89 млн нових випадків хламідіоза;
- 170 млн нових випадків трихомоніаза;
- 30 млн генітальна папіломмавірусна інфекція;
- 20 млн генітальний герпес;

Нині терапія ЗПСШ, незалежно від локалізації процесу, ґрунтується на трьох основних напрямках: етіотропна терапія, патогенетична терапія, симптоматична терапія і санаторно-курортне лікування.

Основним компонентом етіотропної терапії ЗПСШ є антибіотики і хіміопрепарати. Ураховуючи, особливості окремих мікроорганізмів (наприклад, хламідії – це внутрішньоклітинні паразити), згадані препарати повинні володіти хорошою проникністю в уражені збудниками клітини.

Однією з найбільш складних проблем залишається терапія персистентної форми ЗПСШ, а також інфекцій, що протікають з системними проявами. Крім того, тривале і повторне застосування курсів етіотропної терапії з використанням різних антибіотиків і хіміопрепаратів часто призводить до алергічних реакцій, дисбактеріозу кишечника, токсичній дії на печінку і сприяє пригніченню різних ланок імунної системи. "Синдром імунологічної недостатності", що розвивається в цих умовах, може призводити до формування персистируючих форм інфекції, що, зрештою, приводить до рецидивуючого перебігу захворювання.

ІПСШ можуть мати серйозні наслідки крім безпосереднього впливу самої інфекції.

Такі ІПСШ, як герпес і сифіліс, можуть в три або більше разів підвищувати ризик зараження ВІЛ.

Передача ІПСШ від матері дитині може призводити до мертвонародження, смерті новонародженого, малавагі при народженні і недоношеності, сепсису, пневмонії, неонатальному кон'юнктивіту і вроджених

аномалій. За оцінками, в 2016 р близько 1 мільйона вагітних жінок були інфіковані сифілісом, що призвело приблизно до 350 000 випадків несприятливих наслідків пологів, з них 200 000 мертвонароджень і випадків смерті новонародженого (5).

Інфекція ВПЛ щорічно призводить до 570 000 випадків захворювання на рак шийки матки і більш ніж до 300 000 випадків смерті від раку шийки матки (6).

Такі ПСШ, як гонорея і хламідіоз, є основними причинами запальних захворювань органів малого таза і безпліддя у жінок.

Профілактика ПСШ

Консультації та підходи, засновані на зміні поведінки

Консультації та заходи, спрямовані на зміну поведінки, є засобами первинної профілактики ПСШ (включаючи ВІЛ), а також запобігання небажаної вагітності. Вони, зокрема, охоплюють:

Всебічну просвіту з питань сексуальності, консультації щодо ПСШ та ВІЛ до і після тестування;

Консультації щодо більш безпечного інтимного зв'язку / зниження ризику, пропаганда використання презервативів;

Заходи, орієнтовані на основні та вразливі групи населення, такі як підлітки, чоловіки, що мають зв'язки з чоловіками, і особи, що вживають ін'єкційні наркотики;

Освіта і консультації з урахуванням потреб підлітків.

Висновки: консультації може підвищити здатність людей розпізнавати симптоми ПСШ та ймовірність того, що вони звернуться за медичною допомогою або порекомендують зробити це своїм партнерам. На жаль, громадська необізнаність, відсутність відповідної підготовки у працівників охорони здоров'я та стійка і широко поширена стигматизація за все, що пов'язано з ПСШ, як і раніше перешкоджають більш широкому та ефективному застосуванню цих заходів втручання.

**ПІДСЕКЦІЯ: Цільова спрямованість особистості
та посттравматичний стрес**

УДК 159.923.35

Амплеєва О. М.,
канд. психол. наук, старший викладач кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

**НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ
ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕХНІК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ**

На сучасному етапі розвитку суспільства висувуються значні суттєві вимоги до компетентності і професіоналізму фахівців у галузі психології. Від майбутніх психологів-практиків очікують не тільки засвоєння відповідних знань, умінь і навичок, але, у першу чергу, – виходу на високий рівень особистісного розвитку та саморозвитку (О. Ф. Бондаренко, Г. Ю. Белокрилова, Т. М. Буякас, С. Д. Максименко, Н. В. Чепелева та ін.). Важливим фактором, що забезпечує даний процес, на нашу думку, є наявність у студентів високого рівня емоційного інтелекту – особливої інтегральної характеристики функціонування психічного, що має істотний вплив на протікання певних інтервалів професійної діяльності психологів, як паралельний і незалежний процес відносно раціонального рівня інтелектуальних процесів.

Дослідження емоційного інтелекту є досить популярним на сучасному етапі. Емоційний інтелект визначається нами як специфічна підструктура людської психіки, яка, з одного боку, включає здатність розуміння, аналізу та контролю власних почуттів та емоцій, з іншого – вміння відчувати і розуміти настрій, стан і почуття оточуючих людей.

Даний феномен розглядається також як один з головних складових у досягненні максимального успіху в житті та відчуття щастя особистості. Ми вважаємо, що особливо гостро дане питання торкається професійної діяльності психолога. Адже саме психолог може допомогти особистості розібратися у її внутрішніх емоційних проблемах, розкрити свій внутрішній потенціал та можливо прихований емоційний інтелект.

Нами було запропоновано схему теоретичної моделі емоційного інтелекту. Перша категорія складається з компонентів оцінки та вираження власних емоцій (внутрішньоособистісний емоційний інтелект) та оцінки емоцій інших людей (міжособистісний емоційний інтелект). Компоненти оцінки та вираження власних емоцій, в свою чергу, розді-

лені на вербальний та невербальний підкомпоненти, а оцінка емоцій інших людей – на підкомпоненти невербального сприйняття та емпатії.

Друга категорія емоційного інтелекту, регуляція емоцій, містить підкомпоненти регуляції власних емоцій та регуляції емоцій інших людей. Третя категорія, використання емоцій, містить підкомпоненти контролю експресії, самомотивації та управління власними емоціями. Розглядаючи детальніше структурні компоненти емоційного інтелекту, слід проаналізувати кожен з його елементів докладніше.

Так, внутрішньоособистісний емоційний інтелект – це усвідомлення власних почуттів, впевненість у собі, адекватна самооцінка, терпимість, самоконтроль, відповідальність, мотивація досягнень, оптимізм і гнучкість. Міжособистісний аспект включає емпатію, толерантність, комунікабельність, відкритість, діалогічність, антиципацію (здатність людини уявити собі можливий результат дії до її здійснення). Невербальне сприйняття – процес усвідомлення сигналів на образному рівні за допомогою міміки, жестів та ін. Емпатія – це розуміння відносин, почуттів, психічних станів іншої особи в формі співпереживання. За визначенням Л. П. Журавльової, емпатія є складною психологічною системою забезпечення Я – Ти-зв'язку при взаємодії людини зі світом, специфічною формою відображення об'єктивної реальності, якою є внутрішній (суб'єктивний) життєвий світ іншої людини.

Контроль експресії виявляється в трьох формах: «придушенні», тобто приховуванні висловлювання пережитих емоційних станів; «маскуванні», тобто заміні вираження пережитого емоційного стану вираженням іншої емоції, не пережитої в даний момент; «симуляції», тобто вираженні не пережитих емоцій.

Самомотивація – спонукання і підштовхування себе до виконання призначених цілей, внутрішній запуск енергії в тому чи іншому напрямку.

Уміння управляти власними емоціями, почуттями передбачає: стримування негативних емоцій, звільнення від негативних рис характеру, не перенесення власного поганого настрою на партнерів по спілкуванню, дотримання міри в усьому.

Таким чином, оцінюючи місце емоційного інтелекту в структурі професійної діяльності практичного психолога, можна стверджувати наявність значного конструктивного потенціалу його ефективності при використанні у перелічених та у значній частині інших випадків взаємодії психолога з клієнтом. Аналіз проблеми інструменталізації технічних прийомів емоційного інтелекту виявив певні ризики відхилення психологів від парадигми сучасної психології і психотерапії, а також недоліки у практичній підготовці майбутніх фахівців з психології, що нерідко унеможливають використання емоційного інтелекту на практиці. То-

му, було визначено необхідність емпіричного дослідження внеску моделей і схем здійснення практичної психологічної роботи на основі процесів емоційного інтелекту та розробки і модифікації існуючих програм тренінгової підготовки майбутніх фахівців з психології.

УДК 159.922. 6.07:364-43

Гусак В. М.,
старший викладач кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

СТРУКТУРНІ СКЛАДОВІ ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТЬОГО СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА

Здатність конкурувати на ринку праці та успішність соціальних працівників забезпечується в першу чергу вмінням продуктивно діяти в мінливих умовах сучасного суспільства та брати на себе відповідальність за власне життя. Втілення бажаного професійно-особистісного розвитку фахівців із соціальної роботи відбувається за умови формування їх професійно-психологічної культури. Виявлення структурних компонентів професійно-психологічної культури майбутнього соціального працівника на основі проведення аналізу літератури з даної проблеми є одним з актуальних питань сучасної психологічної науки.

Професія соціального працівника належить до так званих «професій допомоги» за А. Гюггенбюль-Крейг, що орієнтовані на надання різнопланової допомоги людині і характеризуються високим рівнем відповідальності за результати свого впливу. У таких професіях засобом пізнання клієнта і допомоги йому є особистість фахівця, що ставить перед ним високі вимоги до рівня його розвитку в системі професійного світогляду і самосвідомості.

Вивченням складових професійно-психологічної культури у фахівців соціономічного профілю займалися Л. С. Колмогорова, О. І. Мотков, Н. Ю. Певзнер, В. В. Семикін, О. С. Созонюк, О. Г. Видра, В. В. Рибалка, Н. І. Мачинська, Н. В. Пророк, Г. М. Кот, Г. Є. Улунова, Н. І. Ісаєва, Т. Б. Тарасова, І. Г. Євстаф'єва та ін. Наше бачення структури професійно-психологічної культури соціального працівника ґрунтоване на аналізі доступних вітчизняних та зарубіжних досліджень, виходячи з актуального рівня наукових уявлень про сутність вказаного феномену, і полягає у виділенні ціннісно-сміслового, рефлексивно-регулятивного, емоційного та комунікативного компонентів. Зупинимось докладніше на кожному з них та проаналізуємо їх зміст.

Ціннісно-смысловий компонент професійно-психологічної культури виражає ставлення до світу, людей, власної діяльності та включає інтереси, прагнення, потреби, мотиви, цілі, особистісні сенси професійної діяльності, духовно-моральні установки, психологічну спрямованість особистості, що пов'язана зі сформованістю картини світу (уявлення про професійний еталон, необхідність саморозвитку), чіткої, свідомої системи гуманістичних ціннісних орієнтацій, найвищими з яких для соціального працівника виступає цінність людини та її життя. Він включає наступні показники: психологічні цінності, погляд на природу людини, любов до людей, спрямованість, ціль у житті, мотивація самопізнання, інтелектуальні прагнення, креативність та наявність власної життєвої філософії.

Рефлексивно-регулятивний компонент професійно-психологічної культури відображає високий рівень довільної саморегуляції як системно організованого процесу ініціації, побудови, підтримки і управління всіма формами і видами внутрішньої та зовнішньої активності для досягнення значимих цілей на основі рефлексивних механізмів, завдяки яким майбутній фахівець має можливість усвідомити власні особистісно-професійні характеристики (психологічні властивості, цінності, мотиви, еталон фахівця), переосмислювати власний досвід. Сутність рефлексивно-регулятивного компоненту проявляється у наступних психологічних якостях: рефлексивність, саморегуляція, відповідальність, внутрішній локус контролю, саморозвиток, самоприйняття, автономність та опора на себе.

Емоційний компонент професійно-психологічної культури розглядається як здатність до управління своїми емоціями, почуттями та станами, що проявляється у психологічній стійкості до емоційного впливу, стресостійкості, емоційній врівноваженості, позитивному ставленні до життя у цілому, і є сукупністю таких пов'язаних між собою показників, як: емоційна обізнаність, емоційна гнучкість, самомотивація довільного управління власними емоціями, емпатійність, розпізнавання емоцій інших людей та глибинність переживань.

Важливе значення у соціальній взаємодії має спрямованість на вичення та перебудову людини, психологічна спостережливність, проникливість, основана на інтересі до особистості клієнта, здатність розуміти його психіку та внутрішній світ. Найчастіше згадувані складові комунікативного компоненту, що сприяють ефективній соціальній взаємодії та продуктивним взаємовідносинам: комунікативний потенціал особистості, позитивні стосунки з іншими, контактність, поведінкова гнучкість, толерантність, рефлексія спілкування і взаємодії з іншими людьми, конструктивність професійного спілкування.

Виділені компоненти професійно-психологічної культури соціального працівника та їх показники органічно взаємопов'язані, а міжкомпонентні зв'язки взаємозалежні. Вони реалізуються завдяки функціям професійно-психологічної культури: ціннісній, регулятивній, мотивувальній, фасилітативній, розвивальній, інтегративній, адаптивній, гармонізуючій, комунікативній, емотивній та креативній, що разом забезпечують особистісно-професійну самореалізацію.

УДК.159.293

Каневський В. І.,
канд. психол. наук, доцент кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ПРО «ПАРАСУЇЦИДАЛЬНИЙ ДЕБЮТ» У СТРУКТУРІ ПОВТОРНОГО СУЇЦИДУ

Питання про повторну суїцидальну спробу є доволі гострою областю вивчення в суїцидології і, мабуть, найменш дослідженою. Проблематичність відносин до парасуїцидального повтору («ретрансляції») знайшло своє відображення навіть в хрестоматійних «Міфах і правді про суїцид», розроблених класиком суїцидології Е. Шнейдманом. У суїцидології, проте, прийнято вважати, що повторний суїцид може бути несприятливим прогнозом щодо подальшого продукування суїцидальної поведінки. Багато фахівців вважають, що повторні суїциди багато в чому припускають можливість летального результату, тобто, ризики смерті при повторних спробах зростає (Cedereke M., 2005; Suominen K., Isometsä E., Ostamo A and Lönnqvist J., 2009). В середньому частота повторних суїцидів в Європі становить 15 % (Owens D., Norrocks J., House A., 2002).

Українські суїцидологи Пилягіна et al, досліджуючи суїцидентів з первинними та повторними спробами, говорили про становлення так званої «суїцидальної кар'єри» як про процес хроніфікації і якісного обважнення аутоагресивної поведінки з високою ймовірністю реалізації життєво небезпечних саморуйнівних дій (Пилягіна Г. Я., Чумак С. А., Семенцук В. Е., 2006). Аналіз, проведений в рамках нашого дослідження парасуїцидального типу поведінки в період «найближчого постсуїциду» серед осіб, які вчинили суїцидальну спробу в Миколаївській області (N = 120), дозволив виділити як окремий фактор парасуїцидального типу поведінки «парасуїцидальний досвід», що включає

13 ознак і свідчить про значний вплив попередніх суїцидальних ситуацій (В. Каневський, 2011). Надалі ми продовжили дослідження психологічних характеристик групи суїцидентів, які вчинили повторні суїцидальні спроби, припускаючи, що ці дані дозволять глибше зрозуміти особливості суїцидальної поведінки в цілому. В роботі нами використовувалися особистісний опитувальник NEO PI-R, пакет методик, що діагностують емоційний стан індивіда та його суїцидальні інтенції, а також опитувальник негативних життєвих подій «Події життя». Слід зазначити, що ми розширили групу досліджуваних респондентів, включивши дані по більшості регіонів України.

Наші подальші дослідження показали, наприклад, що групи парасуїцидентів-«повторників», чий часовий інтервал здійснення спроб варіює, мають відмінність в певних особистісних характеристиках, крім того, ми вважаємо, що ряд рис має тенденцію до зміни, можливо, обумовлену ситуативними факторами; в той же час, деякі групи рис, зокрема, які стосуються екстраверсії і співробітництва, залишаються стабільними.

Продовжуючи подальше дослідження, ми звернули увагу на деякі психологічні характеристики повторних суїцидальних спроб, вивчаючи досить велику групу респондентів (N – 370 чол., з них – 164 «повторників»). У тих, хто повторює спроби, частіше фігурують більш агресивні методи суїциду, достовірно більш виражена депресія (за шкалою А. Бека), песимізм і безнадія (за шкалою А. Бека), особи з повторними спробами відрізнялися ще більш вираженою ворожістю, імпульсивністю та егоїзмом. Крім того, у них виявлено більш виражений намір (бажання померти) як мотив самоушкодження, а також відносна слабкість соціальної підтримки (В. Каневський, В. Розанов, 2019).

Останні наші дослідження стосуються особливостей раннього «парасуїцидального дебюту» (тобто, спроб, зроблених в досить ранньому віці – в дитинстві, препубертаті, пубертаті) у осіб, які вчинили кілька суїцидальних спроб. Ми розглянули 175 парасуїцидентів з повторними спробами, серед яких відібрані 40 осіб, що вчинили першу суїцидальну спробу в ранньому віці. Показники віку варіювали від 6 до 15 років; найчастіше дебют припадав на 13 років – 7 респондентів; 14 років – 13 респондентів; 15 років – 9 респондентів. Аналіз порівняння двох незалежних вибірок за t-критерієм Стьюдента показав, що відмінності проходять по деяким параметрам, в той же час, значним. В першу чергу, за інтегральним показником негативних, стресових подій життя, SUMLE, – він вище у респондентів із раннім парасуїцидальним дебютом: $p=0,005$. Це підтверджує деякі європейські дослідження, зокрема, проведених Інститутом психіатрії Болонського університету, які показали, що дитяча тра-

вма може виступати предиктором ретрансляційної поведінки. (L. Mandelli, V. Carli, A. Roy, I. A. Serrett, M. Sarchiapone, 2011).

Крім того, дитяча психологічна травма виявилася фактором ризику не тільки для суїцидальної поведінки в цілому, але і для його раннього дебюту, також як і для ризику виникнення психічного розладу і формування агресивних рис (Ibid, 2011). Це також перегукується з деякими нашими результатами, зокрема, з переважанням в групі «ранніх» симптомів рекуррентного депресивного епізоду, за опитувальником CIDI, (F33.10): $p < 0,020$. З цим, ймовірно, пов'язана знижена здатність відчувати позитивні емоції: $p < 0,05$ і насторожене відношення до змін: $p < 0,04$.

Припускаємо, подальші дослідження в цьому напрямку, що носять, наприклад, лонгitudний характер, дадуть корисні результати для ефективної роботи в превенції суїцидальної поведінки.

УДК 159.9.316.6

Миропольцева Н. І.,
канд. психол. наук, старший викладач кафедри психології,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО САМОВИЗНАЧЕННЯ СТУДЕНТІВ ПЕРШОКУРСНИКІВ

Проблема дослідження професійного самовизначення особистості є однією з важливих науково-практичних проблем, оскільки проблема вибору професії, впевненість у власному виборі постає час від часу протягом всього життя людини. Вибір майбутньої професії впливає на самооцінку людини, впевненість та життєву позицію. Як показують психологічні дослідження, багато випускників шкіл обирають професію випадково, під впливом оточення, що призводить до розчарування, депресій та загострених криз. Але навіть мотивований свідомий вибір майбутньої професії не завжди гарантує успішність професійного самовизначення.

У психологічній науці визначальними дослідженнями в галузі професійного самовизначення є роботи зарубіжних дослідників (Х. Дибберн, А. Маслоу, А. Ро, К. Роджерс, Д. Сьюпер, Є. Фромм, Х. Хекхаузен, Е. Еріксон та інші). Представники гуманістичної психології пов'язують розвиток особистості, його спрямованість до самоактуалізації через зростання зсередини – розвиток самосвідомості (Р. Мей), само існування (Ш. Бюллер), уявлення про самого себе (А. Маслоу,

Г. Олпорт). Таким чином, у зарубіжній психології професійне самовизначення розуміється як процес розкриття резервів особистості, її творчості, унікальності, неповторності і тісно пов'язується із самореалізацією та само актуалізацією.

У сучасній вітчизняній психології проблема самовизначення розглядається у трьох напрямках. Перший напрямок визначає професійне самовизначення через аналіз проблеми життєвого самовизначення особистості (С. Максименко, С. Рубінштейн, Б. Ананьєв), як складний динамічний процес впродовж якого людина виділяє основні напрямки в яких вона хоче будувати свою кар'єру на основі співвіднесення суспільних вимог з власними потенційними та наявними здібностями, комплексом внутрішніх умов та бажань. Цей процес включає в себе готовність індивіда до самостійної творчої діяльності, самостійного прийняття важливих рішень, постановки життєвих цілей та подолання перешкод. У процесі самовизначення, рушійною силою виступає об'єктивне протиріччя в системі «хочу – маю – вимагають».

Другий напрямок розглядає професійне самовизначення в контексті вивчення вікових закономірностей формування особистості (Л. Божович, О. Гріньова). Розвиток професійного самовизначення, здебільшого, припадає на юнацтво особистості. Інколи цей процес може продовжуватись до ранньої дорослості. Підготовка до прийняття рішення про своє професійне спрямування проходить впродовж багатьох періодів життя. Процес підготовки до професійного самовизначення починається ще з дошкільного віку. Діти у 5–7 років починають грати у сюжетно–рольові ігри. У віці від 7 до 11 років дитина починає проявляти соціальну активність, вона активно навчається. Учні роблять акцент на ті предмети, в яких їх краще зацікавили або ті, які вони добре розуміють самостійно і їм легко навчатись. Наступним етапом розвитку професійного самовизначення є підлітковий період життя індивіда. На цьому етапі підлітки направляють велику частину своєї енергії на інтимно–особистісне спілкування. По закінченню підліткового віку індивід вступає до наступного етапу – юності. Цей етап характеризується такими новоутвореннями: професійне та особистісне самоствердження усвідомлене і практичне ставлення до себе, готовність до трудової діяльності. Цей період остаточний у процесі професійного самовизначення. Юнаки вже розуміють яку освіту і де вони збираються здобувати.

Третій – пов'язан із розробкою теорії про людину, як суб'єкта професійної діяльності (Є. Головаха, Е. Клімов). Представники даного підходу зауважують, що прийняття рішення не одномоментний акт, а постійні і регулярні вибори, що чергуються і постійно змінюються. На етапі юності починає проявлятись процес ревізії і корекції, в подаль-

шому житті він також активно прогресує. Особистісна професіоналізація є соціальним процесом, та невід'ємним компонентом загальної особистісної соціалізації. Соціальний характер професіоналізації обумовлений соціальним сенсом професійної діяльності, що виникає в ході суспільного розподілу праці. Провідним фактором у професіональному самовизначенні відіграють суб'єктивні фактори пошуку, набуття професійної ідентичності суб'єкта праці.

В процесі дослідження було розроблено структурні компоненти професійного самовизначення студентів першокурсників – мотиваційний, емоційний, комунікативний, когнітивний. Кожен компонент, в свою чергу має свої критерії: мотиваційний – професійна ідентичність, професійна готовність, навчальні мотиви; емоційний – емоційна стійкість, впевненість у собі, експресивність; комунікативний – товариськість, лідерство, конформізм; когнітивний – тип мислення, профіль мислення. Для дослідження професійного самовизначення студентів першокурсників, яке проходило весною 2019 року, було сформовано вибірку, яка складалась з 42 студентів 1 курсу Миколаївського національного університету імені Петра Могили, які навчались за спеціальністю психологія.

Психодіагностичний інструментарій становив п'ять методик: Методика вивчення статусу професійної ідентичності (М. Я. Азбель, С. В. Грецов) виділяє чотири статуси професійної ідентичності, на яких людина перебуває в процесі професійного самовизначення: невизначена професійна ідентичність, нав'язана професійна ідентичність, мораторій (криза вибору) професійної ідентичності, сформована професійна ідентичність; Диференційно-діагностичний опитувальник (Е. О. Клімов, модифікація М. Я. Азбель) виділяє п'ять типів сучасних професій: людина – жива природа, людина-техніка, людина-людина, людина-знакова система, людина-художній образ; Методика для діагностики навчальної мотивації студентів (А. А. Реан, В. А. Якунін, модифікація Н. Ц. Бадмасвої) розроблена на основі опитувальника А. А. Реан і В. А. Якуніна; Методика 7 якостей особистості (Р. Кеттелл) дозволяє досліднику визначити найяскравіше виражені якості людини; Методика для виявлення типу мислення та рівня креативності (профіль мислення) (В. А. Ганзел, К. Б. Малишев, Л. В. Огинець) визначає тип мислення – індивідуальний спосіб аналітико-синтетичного перетворення інформації.

Результати емпіричного дослідження дали можливість встановити рівень професійного самовизначення з такими критеріями: професійна ідентичність, професійна готовність, навчальні мотиви, емоційно-вольва сфера, когнітивна та комунікативна. Розглянемо психологічну характеристику кожного рівня окремо.

Проаналізувавши отримані результати за 5 методиками, було встановлено, що з 42 респондентів на першому курсі спеціальності «Психологія» 48 % має сформовану професійну спрямованість. Професійна готовність цих студентів переважає у сфері «людина-людина», провідні мотиви навчання – професійно-комунікативні. Відповідно до рівня розвитку основних структурних складових професійного самовизначення студентів першокурсників можна стверджувати про їх недосконалість та потребу у створенні програми поетапного розвитку.

УДК 159.923.2

Хоржевська І. М.,

канд. психол. наук, доцент,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

СТРУКТУРНІ КОМПОНЕНТИ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ ОСОБИСТОСТІ

В умовах сучасного українського простору, у зв'язку з європейською інтеграцією країни у освітянському, культурному, професійному просторі формування професійної культури особистості фахівця є дуже актуальним. Теоретичні проблеми професійної культури спеціаліста досліджують фахівці різних галузей, це і психологи, і педагоги, філософи, соціологи, культурологи та представники інших суміжних наук. Однак, аналіз літературних джерел свідчить про те, що єдиного визначення сутності і навіть терміну «професійна культура» ще не окреслено. Формування психологічних основ професійної культури фахівців є однією з актуальних проблем у сучасній психологічній та соціо-гуманітарних науках.

Професійна культура створюється людьми, професійно зайнятими у будь-якої галузі діяльності і, як правило отримавшими спеціальну підготовку до неї. У вузькому розумінні професійна культура – це сукупність спеціальних теоретичних знань і практичних умінь, пов'язаних з конкретним видом діяльності.

Вимоги до рівня професійної культури фахівця починаються з вимог до рівня його спеціальних знань та умінь. До розуміння побудови моделі психологічних основ професійної культури існують різні підходи. Професійна культура, як частина загальної культури, розглядається не тільки як форма людської діяльності, але і як найважливіший аспект життєдіяльності особистості, як соціальна діяльність, яка не зводиться лише

до певного комплексу знань, умінь і навичок. У сучасних глобалізаційних умовах розвитку суспільства надзвичайно актуальною виступає проблема формування професійної культури різних фахівців.

Провівши детальне теоретичне та практичне дослідження, ми визначаємо, що структурними компонентами професійної культури фахівця є: когнітивний компонент – інтелектуально-професійні якості, це характеристики професійних знань, умінь, навичок, професійного досвіду працівника, його кваліфікації, результатів праці тощо; комунікативний компонент – це здатність проявляти ефективність комунікацій як з колегами, так і з громадськістю; емоційно-вольовий компонент – це якості, які відповідають за саморегуляцію, емоційну витримку і стійкість; поведінково-діяльнісний компонент – якості, які характеризують організованість, відповідальність, ініціативність, дотримання субординації, вміння працювати в команді, ефективність діяльності та ін.; особистісно-характерологічний компонент – особистісні якості, які розкривають такі особливості працівника, як здатність до самооцінки, чесність, справедливість, принциповість, загальну культуру, культуру мислення, мови. Зміст кожної групи критеріїв якостей залежить від займаної посади працівника, і кожна з них може мати свій набір критеріїв, які слід встановлювати та оцінювати в залежності від спеціалізації, стажу, посади, тощо.

Враховуючи проблематику залучення європейського досвіду у розвитку і прояві професійної культури фахівця будь-якої галузі, ми маємо створити єдину концепцію формування професійної культури спираючись на загальні принципи, в першу чергу, гуманізму, верховенства права, моральності, патріотизму, самовдосконалення. На формування професійної культури фахівця впливають як особливості самої професії, так і інші фактори. Серед них можна виділити об'єктивні й суб'єктивні, більш і менш значущі, особистісні й соціальні. Об'єктивний вплив виявляють загальносвітові тенденції у суспільстві, соціально-філософські проблеми культури, стан системи освіти і якість освітніх послуг, культура освітньої установи, престижність професії у суспільстві. На становлення професійної культури спеціаліста в Україні впливають притаманні лише нашій країні чинники: це і сучасне політичне становище, і невідзначена внутрішньополітична та зовнішньополітична ситуація, психотравмуючий стан у зв'язку з реформуванням наявної економічної, соціальної системи. Проблема соціально-політичної нестабільності, відсутність єдиної державної ідеології та системи цінностей призводять до трансформацій особистісного розвитку, що не може не позначатися на формуванні і прояві професійної культури фахівця.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТУДЕНТІВ, УСПІШНИХ У НАВЧАННІ

У сучасному світі відбуваються значні зміни, суспільство висуває високі вимоги до випускників вузів. Сучасний випускник університету повинен не тільки володіти спеціальними знаннями, вміннями і навичками, а й відчувати потребу в досягненнях і успіхах.

Стійкий пізнавальний інтерес студентів, їх мотивація – один з критеріїв ефективності психолого-педагогічного процесу у ВУЗі, а також умова, що забезпечує успішне навчання. Оптимізацію навчальної мотивації студентів можна назвати однією з центральних проблем сучасної вищої школи. Актуальність цього питання визначена безпосередньо навчальною діяльністю, а також розвитку пізнавальної активності. Сьогодні найбільші проблеми в галузі навчання пов'язані з демотивованістю основної частини студентів, що приводить до зниження базових показників їх навчання. Під мотивацією навчання ми розуміємо співвідношення цілей навчання до потреб, запитів, інтересів особистості, а також усвідомлення можливостей їх досягнення.

Як і будь-який інший вид, навчальна мотивація визначається рядом специфічних для цієї діяльності, в яку вона включається, факторів. По-перше, вона визначається самою освітньою системою, освітнім закладом; по-друге, організацією освітнього процесу; по-третє, суб'єктними особливостями того, хто навчається; по-четверте, суб'єктними особливостями педагога і, перш за все системою його відносин до учня, до своєї справи; по-п'яте, специфікою навчального предмета. Навчальна мотивація характеризується складною структурою, але найважливішими формами, на нашу думку, є системи внутрішньої (на процес і результат) і зовнішньої (нагорода, уникнення) мотивації. Ю. М. Орлов розділяє внутрішню мотивацію навчальної діяльності на пізнавальну і досягнення, при цьому пізнавальні мотиви автор співвідносить із процесуальними характеристиками діяльності, а потребу досягнення – з результативними. О. І. Ефремова під успіхом розуміє позитивний результат діяльності суб'єкта щодо досягнення значущих для неї цілей, що відбиває соціальні орієнтири суспільства. Вищі навчальні досягнення виявляються можливими тільки при високих рівнях сформованості структури власної навчальної діяльності студентів і їх позитивної

мотивації. Звідси випливають два головні напрями, пов'язаних з попередженням академічної неуспішності і відставання студентів: формування у них оптимальних способів самостійного рішення учбових, а в майбутньому і професійних завдань і, крім того, високої позитивної мотивації на усіх її ієрархічних рівнях.

Отже, розвиток позитивних навчальних мотивів – невід'ємна складова процесу навчання і виховання студентів. Для ефективної практичної роботи в цьому напрямку потрібне ґрунтовне вивчення закономірностей розвитку навчальної мотивації студентів. Проведена робота з вивчення психологічних особливостей успішних студентів може бути продовжена з використанням додаткових критеріїв успішності навчально-професійної діяльності, в якості якого може бути досліджена успішність професійної діяльності після закінчення ВНЗ, що можна реалізувати в запланованому лонгітюдному дослідженні.

УДК 159.92.(091)

Лісянська В. В.,
студентка 565 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ УЧНІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Агресія дітей у середовищі освітнього закладу є однією з найбільш гострих проблем не тільки для педагогів, психологів і батьків, але і для суспільства в цілому, що і зумовлює актуальність дослідження. Особливим періодом для вивчення агресивності є дитячий вік 6–7 років, який характеризується труднощами в адаптації, пов'язаними з переходом від дошкільного навчального закладу до початкової школи, підготовкою до кризи 7 років та її подолання.

У психолого-педагогічній літературі існує ряд дефініцій поняття агресивності. Л. Бендер розглядає агресію як тенденцію наближення до об'єктів чи віддалення від них, а Ф. Аллан розуміє її як внутрішню межу, що дає людині можливість протистояти стресогенним обставинам. Х. Дельгадо пише, що людська агресивність є поведінковою реакцією, що характеризується проявом сили у спробі завдати шкоди особистості чи суспільству. Ряд авторів розділяє поняття агресії як особливої форми поведінки і агресивності як психічної характеристики в складі особистості. Агресія розглядається ними як специфічно орга-

нізований процес, що виконує певну функцію, а агресивність розуміється як складний системний компонент, який є частиною більш потужної системи психіки людини.

Аналіз спеціальної літератури дозволив виділити фактори, що зумовлюють появу агресивної поведінки молодших школярів:

- індивідуальний, що визначає психобіологічні передумови асоціальної поведінки, які ускладнюють адаптацію дитини в суспільстві;
- психолого-педагогічний, що визначає дефекти шкільного і сімейного виховання;
- соціально-психологічний, що визначає несприятливі особливості взаємодії дитини з найближчим оточенням в сім'ї, на вулиці, в колективі однолітків;
- особистісний, що визначає активно-вибіркове ставлення дитини до бажаного середовища спілкування, до норм і цінностей свого оточення, до педагогічних впливів сім'ї, школи, громадськості, а також особисті ціннісні орієнтації і здатність до саморегулювання поведінки;
- соціальний, який визначається соціально-економічними умовами.

Докладний аналіз проявів дитячої агресивності дав змогу визначити її види: непрямую і пряму вербальну, непрямую і пряму фізичну, агресивні фантазії. Зауважимо, що у дітей молодшого шкільного віку проявляються всі види агресії. Залежно від мотивів виділяють три типи агресії дітей: імпульсивно-демонстративний, нормативно-інструментальний і цілеспрямовано-ворожий.

Причинами виникнення агресивної поведінки дітей молодшого шкільного віку можуть бути особливості сімейного виховання (відкидання, гіперопіка, насильство в сім'ї, демонстрація батьками агресивного ставлення до оточуючих), стреси в соціальному оточенні, індивідуальні особливості дитини (вразливість, сприйнятливність, що ведуть до виникнення страхів і тривожності), фрустрація базових потреб дитини (у русі, самостійності, спілкуванні з однолітками), різні захворювання тощо.

У сучасній школі визнається значимість профілактичної роботи з агресивними і схильними до агресії молодшими школярами. Профілактика та попередження агресивної поведінки молодших школярів стає не тільки соціально значущою, але і психологічно необхідною. Проблема підвищення ефективності ранньої профілактики повинна вирішуватися в наступних напрямках:

- виявлення несприятливих факторів і десоціалізуючих впливів з боку найближчого оточення, які зумовлюють виникнення агресивної поведінки, і своєчасне їх усунення;

– сучасна діагностика агресивних проявів у поведінці підлітків і здійснення диференційованого підходу у виборі профілактичних засобів.

Одним з найефективніших методів профілактики агресивності молодших школярів є арт-терапія. Арт-терапія – це метод психотерапії, розвиток якого почався з 30–40 років ХХ століття. Під цим поняттям прийнято розуміти терапію творчістю, основним завданням якої є вплив на емоційний стан людини. Так, Л. Лебедева стверджує, що «корекційні можливості арт-терапії дають дитині практично необмежені можливості, щоб вона могла самовиразитися і самореалізуватися в продуктах своєї творчості з пізнанням і ствердженням свого «Я».

Коротко розкриємо можливості методів даного напрямку. Багато педагогів-психологів дошкільних установ використовують ізотерапію в психо-корекційній практиці. Ізотерапія надає величезний зображально-ігровий простір і матеріал, а образи в малюнку є для дітей засобом психологічного захисту, який допомагає їм у проблемних ситуаціях. Цей підхід включає в себе різноманітні методи. Наприклад, проективний малюнок допомагає виявити основні проблеми дітей і негативні умови, що впливають на дитину. Проективний малюнок, використовується як в групі, так й індивідуально.

За допомогою казкотерапії, зокрема, можна вести профілактичну роботу наступними групами дітей:

- з агресивними, невпевненими, сором'язливими, тривожними дітьми;
- із проблемами сорому, провини, брехні, прийняттям своїх почуттів;
- із різного роду психосоматичними захворюваннями.

Ігротерапія заснована на природній потребі дітей до гри, що є найважливішою умовою для правильного розвитку дитини. У ігротерапії гра як основний інструмент сприяє створенню близьких стосунків між учасниками групи, знімає напруженість, тривогу і страх перед оточуючими. Гра підвищує самооцінку дитини, дозволяє їй перевірити себе в різних ситуаціях спілкування, знімає небезпеку соціально значимих наслідків, робить сильний вплив на розвиток його особистості. Діалогічне спілкування дитини з дорослим через прийняття, відображення і вербалізацію почуттів дитини, що вільно висловлюються у грі, стає основним механізмом корекційного впливу в ігротерапії.

Таким чином, арт-терапія набуває свого значення як основний вид профілактики агресивності молодших школярів. Також використання арт-терапії сприяє гармонізації образу світу і зміцненню психологічно-го здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НОРМАТИВНИХ КРИЗ У МОЛОДИХ СІМ'ЯХ

У даний час у фахівців психологів, психотерапевтів виникає високий інтерес до проблеми надання психологічної допомоги сім'ї, яка перебуває в кризовому стані. Багато в чому це обумовлено тим, що в останні десятиліття в інституті сім'ї в нашій країні відбулося посилення деструктивних тенденцій.

Інститут сім'ї та шлюбу в даний час зазнає ряд негативних змін: стрімко зростає кількість розлучень, збільшується число матерів-одиначок та батьків-одинаків, все більша кількість пар не бажають офіційно реєструвати свої стосунки. Актуальність цього питання визначається сучасними тенденціями, які пов'язані з ростом і зміцненням економічної самостійності і соціальної рівноправності жінок, лібералізацією поглядів на розлучення, збільшенням цінності партнерських стосунків у шлюбі, знизили ефективність факторів, раніше стабілізуючих сімейні відносини.

Молода сім'я переживає дві нормативні кризи: прийняття на себе подружніх ролей, зобов'язань і народження дитини, відповідно прийняття на себе батьківських зобов'язань. Криза, пов'язана з прийняттям на себе подружніх зобов'язань, починається з моменту укладення шлюбу, і триває протягом перших років подружнього життя. Пов'язана вона, перш за все з тим, що змінюється звичний спосіб життя подружньої пари. Адаптація подружжя один до одного і до нової соціальної ролі є основною, але не єдиним завданням. Переживання даної кризи носять суто індивідуальний характер для кожної сім'ї. Важливість цієї кризи пов'язана з тим, що саме в цей час закладається основа майбутнього сімейного життя і невирішені на цьому етапі проблеми не зникнуть, а будуть разом з сім'єю переходити на наступні етапи і ускладнювати їх перебіг.

Таким чином, основними специфічними проблемами для першої нормативної кризи подружніх відносин в молодій сім'ї є проблеми, пов'язані з труднощами ототожнення і злиття подружжя в єдину сімейну систему.

Друга криза, яка зустрічається на шляху у молодого подружжя – це криза, пов'язана з народженням першої дитини. Це нормативна криза, яка є перехідним етапом життєвого циклу сім'ї. Проблеми, пов'язані з цією кризою починаються раніше, ніж дитина з'являється на світ – з

моменту зачаття, а в основному можуть загострюватися під час очікування народження дитини. Важливою проблемою, яка ускладнює перебіг кризового періоду в молодій сім'ї, може стати проблема самореалізації матері, діяльність якої обмежена лише сім'єю.

Отже, поява дитини в молодій сім'ї докорінно змінює звичний спосіб життя сім'ї, що веде до нормативної кризи в сім'ї, подолання якої залежить від бажання і зусиль обох партнерів.

Таким чином, подружні стосунки на етапі «молода сім'я» проходять дві нормативні кризи. Кризи на кожному етапі розвитку є специфічними, так як на кожному етапі життєвого циклу, сім'я повинна вирішувати характерні завдання для кожного періоду. Можна зробити висновок про те, що кризи, з якими стикається молода сім'я є специфічні та з індивідуальними особливостями, оскільки сім'я вирішує характерні завдання саме для даного періоду.

УДК 159.922.6

Мишеніна А. В.,
студентка 666 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Залежність – це нав'язлива потреба людини здійснювати певні дії, незважаючи на несприятливі наслідки медичного, психологічного чи соціального характеру. Залежність буває фізіологічною (що викликана прийомом хімічних речовин – наркотиків, алкоголю), та поведінковою (від азартних ігор, шопінгу, ризикованої поведінки).

Залежність виникає не завдяки впливу зовнішнього світу. Деякі хочуть зняти стрес, піти від проблем, і тому намагаються шукати для цього різні засоби, а деякі п'ють і курять через престиж в компанії товаришів. Але коли це повторюється неодноразово, слідом за психологічною залежністю приходить фізична залежність. З'являються м'язові і головні болі, людина відчуває себе розбитою. А це вже набагато складніше подолати. Позбутися залежності можна тільки маючи тверде бажання і сильну волю. У багатьох випадках для цього потрібна допомога лікарів – наркологів, психологів, імунологів.

Будь-яка залежність – це психологічна проблема, і її не вилікувати ліками. Тут необхідно, в першу чергу, усвідомлення власної прихильності до чого-небудь. Людина повинна зрозуміти, що саме приваблює її в предметі залежності, і які свої потреби вона замінює цим предметом.

Далі потрібно знайти нешкідливий об'єкт, щоб він зміг стати альтернативою предмету патологічної залежності. Якщо залежність пов'язана з бажанням зняти стрес, то для цього легко знайти інші способи, що не шкодять психічному і фізичному здоров'ю.

Мозок змінюється постійно: в період дорослішання організму, в процесі навчання і розвитку нових навичок, в ході природного старіння. Також структура мозку змінюється під час відновлення після інсульту, а головне, коли люди перестають приймати наркотичні речовини. Крім того, є думка, що не самі наркотики викликають залежність. Люди стають залежними від азартних ігор, порнографії, сексу, соціальних мереж, комп'ютерних ігор, шопінгу та їжі. Багато з цих залежностей класифікуються як психічні розлади.

Зміни в мозку, які спостерігаються при наркотичній залежності, не відрізняються від тих, які виникають при поведінкових залежностях. Згідно з новою версією залежність розвивається та заучується як звичка. Це зближує залежність з іншими згубними моделями поведінки: расизмом, релігійним екстремізмом, одержимістю спортом і нездоровими стосунками.

Висновок. Отже, ми вже з'ясували, що залежність це психологічна хвороба, яка дуже прогресує в наш час. Великої помилки допускаються люди коли намагаються самостійно позбавитись залежності. Зазвичай вони просто один вид залежності замінюють іншим. Наприклад, коли чоловік вирішує більше не пити, він починає активно займатись спортом, тобто заміняє алкогольну залежність на спортивну. Щоб позбавитись від будь-якої залежності, наприклад від наркотичної, потрібно внести різноманіття в своє життя, виконувати багато різних дій, але в нормальній, здоровій кількості та робити добрі вчинки, оскільки вони мотивують активно та тверезо жити.

Білошанко В.,
студентка 666 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

МОВЛЕННЄВІ БАР'ЄРИ ОСОБИСТОСТІ І ЇХ ПОДОЛАННЯ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Психологія – це наука про душу. У силу унікальності свого предмета дослідження психології займає особливе місце серед інших наук про людину і суспільство. Давньогрецький філософ Аристотель, починаючи свій знаменитий «Трактат про душу», вказував, що знання про душу – це «знання про найбільш високе і дивовижне».

Унікальність психології полягає ще і в тому, що той хто пізнає і пізнаване тут зливаються воедино. Людина прагне пізнати свою ж людську душу, нескінченно проникаючи в свою власну сутність. Нестримний потяг до самопізнання і корисний і хибний одночасно. Таємниці душі манять людину своєю близькістю і загадковістю. Близькість предмета пізнання поглинає людину своєю уявною доступністю. Але за одним поворотом завжди ховається інший, видима простота раптом відкривається непізнаною або взагалі неприпустимою складністю.

Подорож по лабіринтах власної душі обертається сходженням до висот власної величі і запаморочливим падінням у прірву своєї нікчемності. Серед справжніх страждань відкривається для людини можливість в муках народити нове знання про самого себе і, змінивши самого себе, відродитися в новому обличчі, зберігаючи при цьому вірність самому собі.

Необхідність спілкування, взаємодії, взаємної допомоги виникла не випадково. Людина стоїть перед проблемами, які спонукали її об'єднуватися з іншими людьми, щоб спільно подолати перешкоду та труднощі, що не під силу одній людині, навіть дуже могутній.

Сьогодні, біля витоків третього тисячоліття, вчені і практики різних спеціальностей особливо гостро усвідомлюють нагальну необхідність об'єднати свої зусилля у вивченні проблем спілкування. Спілкування, що зустрічає людину на порозі життя і проводить її в інший світ, по праву може стояти в центрі науково-практичних досліджень будь-якої науки про людину.

Головним предметом обговорення все частіше стає життя людини, її досвід і цілісність. Вчені, стурбовані формуванням життєздатного покоління, переживають бум антропологізації соціальних наук, роблять перші кроки від соціоцентризму до людиноцентризму. При цьому акценти розставлені на головних проблемних лініях: «суспільство-спілкування-особистість», «спілкування і буття в життєвому світі», «спілкування і життєві орієнтири». Все ясніше позначається прагнення знайти відповіді на головні питання: «Яким чином людина створює себе, спілкуючись з подібними до себе?», «Як досягти успіху, використовуючи ресурси спілкування?», «Які перспективи спілкування людини в світі природи, в соціальних відносинах, в сім'ї?». Настав час спрямувати зусилля вчених на пізнання цілісної сутності людини, яка спілкується, не дивлячись на початкову багаточисельність спілкування.

Психологи-практики розробляють не тільки технології ефективного спілкування, а й базові наукові концепції. Вчені-теоретики задаються не тільки вузькопрофесійними, але і філософськими питаннями: «Якою мірою спілкування в соціальному середовищі формує люди-

ну?», «Якою мірою людина формується через спілкування в соціальному середовищі?».

І вчені, і практики покликані сьогодні розширити поле своїх професійних інтересів, стати не тільки психологами, але і антропологами. Залишаючись фахівцем у своїй галузі, психолог-дослідник, що захоплюється законами часу, вбачає в проблемі спілкування соціальні аспекти: «Як соціальні зв'язки проникають в світ спілкування?», «Як індивідуальні звички і моделі спілкування стають масовими, тобто знову соціальними?», «Які саме механізми спілкування беруть участь в перетворенні культури в світ людини?». Відповіді на ці важливі для сьогоденної науки і практики питання допомагає погляд на людину як на особистість.

Одним з провідних напрямків дослідження особистості прийнято вважати екзистенціальну психологію (М. Хайдеггер, К. Ясперс, Ж.-П. Сартр, К. Роджерс, Е. Фромм, Е. Еріксон, К. Хорні, Р. Мей та ін.), яка спирається в своїх дослідженнях в першу чергу на знання, отримані експериментальним шляхом, а не на абстрактні категорії.

Особистість в спілкуванні поєднує в собі унікальне і загальне. Досягнувши стану досконалості, внутрішньої єдності, вона встановлює нові відносини з суспільством, в якому живе, піднімається над цивілізацією, до якої належить. При цьому вона чинить опір залученню до масової культури, стає більшою мірою членом роду людського і в меншій – членом локальної групи спілкування.

Екзистенціалісти, як відомо, роблять акцент на тотальній самотності і єдності людини. І саме ця ідея надає гостроту проблеми контакту, взаємодії, взаємопроникнення в спілкуванні. Вербальна комунікація не може вирішити проблему «зв'язку між людьми в їх єдності». Розуміння можливо за допомогою «інтуїції і співпереживання, любові та альтруїзму, ототожнення себе з іншими і гармонії в цілому». Саме цей феномен міжособистісної і міжкультурної комунікації – розвиток глибокої людської сутності, її сходження до своєї духовної досконалості – і становить справжню природу спілкування. Потреба в розвитку і саморозвитку спонукає людські зусилля не тільки до самопізнання, а й до взаємопроникнення – в процесі розвитку людської цивілізації. Взаємне проникнення реалізується як в позитивних, доброзичливих, так і негативних, конфліктних, іноді в агресивних формах.

У сучасній психології відомо: людина, що задовольнила свою потребу в їжі, житлі, безпеці, повазі і самоповазі – не заспокоюється в своїх пошуках. Вона замислюється про вищий сенс буття – реалізації своєї сутності Я, своїх потенційних можливостей, здібностей і талантів. Саме сутнісне Я змушує людину відмовитися від безперервної і

часом безглуздої погоні за все новою їжею, кращим житлом, більшою славою і т. п. Логічно було б припустити, що суспільство, заклопотане розвитком особистості в багатовимірних і різноманітних процесах комунікації, швидше за все впорається з бідністю, експлуатацією, націоналізмом, війнами та іншими соціальними бідами. Тут, однак, слід врахувати певні труднощі на шляху до взаєморозуміння і усвідомленого культурному безконфліктному спілкуванню. Перша трудність – відомий антропологам міzoneїзм – страх перед новим і невідомим. Психологи використовують термін «опір». По суті, мова йде про спрощення ідеї існування непізнаної частини людської психіки, яка свідчить про себе в спілкуванні, головним чином через конфлікти. Свідомість людини розвивається повільно і важко. Глибокий забобонний страх новому, на думку антропологів, тотожний реакції дикої тварини на несприятливу ситуацію. Сучасна людина, незважаючи на переваги цивілізації, часто реагує на нові ідеї все тим же первісним страхом, захищаючись таким чином від шоку зустрічі з новим.

УДК 159.92.(091)

Ковширiна Є. М.,
студентка 665 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КАЗКОТЕРАПІЇ ПРИ РОБОТІ З ЖИТТЄВИМ СЦЕНАРІЄМ КЛІЄНТА

Значна кількість розладів у міжособистісних стосунках та функціонуванні людини як носія певної соціальної ролі нерідко обумовлено повторюваними негативними переживаннями, що виникають у результаті суб'єктивного або нав'язаного незадоволення від виконання ролевих приписів. Нерідко ці стани породжуються засвоєними неконструктивними діями, які спочатку носили неефективний характер, або зжили себе на даному життєвому етапі і вимагають усвідомленої і цілеспрямованої корекції. У численних дослідженнях зарубіжних та деяких вітчизняних авторів цей феномен отримав назву життєвого сценарію.

Автори-дослідники даного питання, аналізуючи наявні біографії видатних особистостей і безпосередні випадки клієнтів, приходять до висновку, що, детерміновані своїми життєвими сценаріями, люди різних соціальних станів, освіти та статевої приналежності роблять цілком визначеним чином, визначаючи якість свого життя, глобальне переживання своєї побутовості.

У 1960–1970-х рр. вийшла велика кількість робіт, присвячених вивченню проблеми трансгенераційної передачі патернів поведінки. Н. Абрахам, Ф. Дольто і В. Бошормени-Надь виявили, що такі проблеми як невіршені конфлікти, таємниці, «невимовне», передчасні смерті, вибір професії і т. д. передаються з покоління в покоління. Причини, чому в розширеній сімейній системі відбуваються з покоління в покоління повторення життєвих подій, нерідко трагічних, зазвичай не усвідомлюються і навіть не раціоналізуються, і лише деякі клієнти вирішуються на аналіз цих травматичних подій, що мають нав'язливий, повторюваний характер.

Цією проблемою займалися зарубіжні та вітчизняні психологи, серед напрацьованих яких слід виділити: психологічну концепцію життєвого шляху (К. А. Абульханова-Славська, А. В. Брушлинський, М. Р. Гінзбург, Е. Б. Старовойтенко і ін), психологія долі (Л. Зонді), школа повторного прийняття рішення (Боб і Мері Гулдінг), транзактний аналіз (Е. Берн, В. О. Макаров), теорія сімейних систем (М. Боуен). Перераховані автори активно дискутують про те, що визначає вибір людини в тій чи іншій ситуації, що впливає на цей вибір, від чого він залежить, і чи є шляхи звільнення особистості від тиску негативних приписів сценарного рішення.

У результаті аналізу технік і прийомів практичної допомоги клієнтам, які використовуються різними авторами в процесі первинного аналізу сценарію, нами було визначено, що найбільш ефективні з цієї точки зору, опрацьованих в плані етапності і технологічності, а також екологічності для клієнта представляються казкотерапевтичний метод і транзактний аналіз.

Проведення експерименту проходило із залученням 25 студентів на базі кафедри психології Чорноморського національного університету імені Петра Могили. Були використані наступні методики: опитувальник рівня фіксованої емоційної установки людини (В. В. Макаров), терапевтичний опитувальник Е. Берна, авторська анкета.

Основною методикою виявлення життєвого сценарію, використовуваної в дослідженні, був клінічний опитувальник В. В. Макарова, що дозволив виміряти рівень фіксованої емоційної установки людини, розкрити ті його якості, які перешкоджають підвищенню рівня «Переможець».

З отриманими даними, можна було відзначити, що більшість досліджуваних (54 %) відноситься до категорії «Не переможець», випробовуваних середні показники удачі і невдачі у 20 % «Переможець». Тобто, їх дії в житті більшою мірою приносять позитивний результат і їх емоційні установки ефективні, а 26 % випробовуваних відносяться до категорії «Невдахи», тобто їх емоційні і життєві установки неефективні і не дають можливості досягти позитивного результату.

Використовується методика під час тренінгу, для вивчення типу сценаріїв учасників. Анкета спирається на наступні положення для структурованого аналізу.

Серед них:

1. Оцінка головного персонажа (себе): а) Я – Ок; б) Я – не Ок (за визначенням Е. Берна).

2. Наявність випробувань

3. Стиль вирішення проблем: а) втеча від вирішення проблеми; б) сміливо долає випробування; в) просить допомоги; г) запропонування власного варіанта.

4. Наявність схожих або ідентичних ситуацій, героїв та випробувань у житті опитуваних.

5. Робота над зміною сюжету казки у позитивному (терапевтичному) руслі чи відсутність будь-яких змін.

Наявність у більшості випробовуваних невірних життєвих сценаріїв вимагає надання психотерапевтичної допомоги з корекцією життєвих сценаріїв і зняттям помилкових поведінкових установок.

За результатами проведеної роботи можна зробити наступні висновки, як казкотерапія і транзактний аналіз є ефективними методами діагностики життєвих сценаріїв особистості в молодому віці. У подальшому буде розроблена програма корекції деструктивних життєвих сценаріїв.

Таким чином, нами була обґрунтована можливість використання психологічного консультування, орієнтованого на транзактний аналіз і сказкотерапевтичний підхід для аналізу життєвого сценарію сучасної молоді. Мету роботи досягнуто.

УДК 159.942:37(045)

Коробейнікова А. С.,

студентка 665 групи,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВИХОВАТЕЛІВ

На сьогодні набуло дуже актуальною є проблема емоційного вигорання працівників, які працюють у системі «людина-людина», а саме, в першу чергу, системи освіти, специфіка роботи яких полягає в постійній взаємодії і спілкуванні з іншими людьми, як позитивно, так і негативно.

Професія вихователя є стресовою категорією, яка вимагає використання великих внутрішніх резервів емоційної сфери. Підвищення толерантної культури вихователя допомагає зняти емоційний стрес і розвивати емоційну стабільність.

Вихователь повинен протистояти впливу емоційних чинників сучасного професійного середовища. Тобто, він повинен відповідати всім вимогам професії, при цьому оптимально реалізувати себе в ній і отримувати задоволення від своєї роботи. Діяльність вихователя постійно пов'язана з спілкуванням, піддається симптомам поступової емоційної втоми і спустошення, що негативно впливає на виконання професійної діяльності, погіршення психічного, фізичного, емоційного благополуччя.

У сучасний час проблема збереження психічного здоров'я вихователя в дошкільному навчальному закладі стала особливо гострою. Зростання вимог суспільства до особистості вихователя, його роль у навчально-виховному процесі. Така ситуація потенційно містить збільшення нейропсихічної напруженості людини, що призводить до появи невротичних розладів, психосоматичних захворювань. Професійна діяльність вихователя відрізняються високим емоційним навантаженням, і, як наслідок, зі збільшенням тривалості служби, викладачі відчувають «педагогічну кризу», «виснаження», «вигорання».

Звернемо увагу на те, який обсяг і види психологічного навантаження несуть працівники дитячих садків.

Індивідуальний психологічний стрес виникає при виконанні їх функціональних обов'язків, взаємодії з батьками та дітьми, дотримання режимних моментів, відвідування різних комісій та проведення атестацій, звітів, взаємодії з колегами та керівниками, підготовка до заняття.

Груповий психологічний стрес проявляється при взаємодії з командою та її лідерами, тиском з боку команди, вираженням особистих думок, захистом рівня навантаження, їх правами та обов'язками, обговоренням особистого життя та професійної діяльності.

Соціально-психологічне навантаження виникає тоді, коли стан приреченості на низький матеріальний статус працівника, зростає при загрозі затримки з виплатою заробітної плати, загрозою звільнення, постійними думками. Це навантаження зростає з постійною економічною залежністю особистого життя, що призводить до депресивної безпорадності.

Вихователь дитячого садочку, завдяки своїм робочим обов'язкам та соціальному статусу своєї професії, несе всі вищезгадані навантаження. Тривалість педагогічної діяльності лише ускладнює його негативний вплив на психологічне здоров'я.

Одним із перших місць ризику «вигорання» є висока відповідальність за життя та здоров'я дітей. Підвищений ризик: високий рівень емоційної лабільності, високий рівень самоконтролю при пригніченні негативних емоцій, мотивації своєї поведінки, підвищеної тривожності та депресивних реакцій, завищеної і заниженої самооцінки, розумінні своєї ролі в суспільстві, нездатності контролювати емоції. Ми можемо припустити, що синдром емоційного вигорання, що характеризується емоційною сухістю вчителя, розширення сфери збереження емоцій, особистого відриву, ігнорування індивідуальних особливостей дітей дошкільного віку, має досить сильний вплив на характер професійного спілкування вихователя. Ця професійна характеристика гальмує повне управління навчальним процесом, надання необхідної психологічної допомоги, формування професійної команди.

Для дослідження проблеми емоційного вигорання серед вихователів було розроблено та проведено психодіагностичне дослідження, яке включало використання таких методик як «Методика діагностики емоційного вигорання» В. Бойко, методика Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів», опитувальник РСК (вибірка 25 вихователів дитячого навчального закладу, всі жіночої статі; віковий ценз від 20 до 53 років).

За допомогою «Методики діагностики емоційного вигорання» В. Бойко, ми діагностували симптоми емоційного вигорання, рівень сформованості та фази розвитку синдрому емоційного вигорання (напруження, резистентності, виснаження).

Застосування методики Г. Айзенка «Самооцінка психічних станів» дозволило вивчити психологічний стан особистості вихователів через такі стани як: тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність.

За допомогою опитувальника РСК діагностували локалізацію контролю над значущими подіями, в інших словах – рівень особистої відповідальності. В основі його лежить розрізнення двох локусів контролю – інтернального і екстернального і, відповідно, двох типів людей – інтерналів і екстерналів.

Отримані результати, дозволили вивчити у вихователів симптоми, що спричиняють емоційне вигорання. Такі як: емоційний дефіцит, емоційне відчуження, тривога і депресія, редукція професійних обов'язків, неадекватне вибіркове емоційне реагування.

Можна припустити, що педагогам зі сформованим синдромом емоційного вигорання, більш притаманні такі якості як: невротичність, депресивність, сором'язливість, вони більш схильні до зміни настрою.

Вихователі відчувають вплив психотравмуючих чинників, наростаюче напруження, яке виливається у відчай і обурення, нерозв'язність ситуації призводить до розвитку вигорання.

Згідно результатів можна зробити висновок, що на розвиток синдрому емоційного вигорання впливають як особистісні, так і організаційні чинники і ці чинники взаємно підсилюють один одного.

Діагностика емоційного вигорання є дуже актуальною, тому що багато людей зіштовхується з проблемою спаду в роботі. Погоня за прибутками, не завжди вірно організована робота з колективом, яка забирає багато сил і час, в певний момент починає позначатися на працездатності. І люди виходять зі строю наче електричні прилади. І тоді настає стан емоційного, фізичного, і психічного виснаження в результаті недозвального стресу на робочому місці. Люди, які знаходяться в постійному стресі, тривозі, ніяк не можуть позитивно впливати на дитину. Тому проблема дослідження емоційного вигорання є важливою і необхідною для подальшого дослідження.

УДК 37.015.3(571.56)

Тюміна Я. Є.,
студентка 665 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ

Виконання покладених завдань та обов'язків на працівників правоохоронних органів потребують високого професіоналізму, чесності, порядності та здатності протистояти намаганням неправомірного впливу на їхню службову діяльність. Саме цього вимагають конституція та кримінальний кодекс України. Своєрідність професійної діяльності працівників правоохоронної служби полягає в тому, що їх обов'язки виконуються в межах регламентації, яка підпорядковує їх діяльність нормам закону, не обходиться без пильної уваги суспільства у деяких ситуаціях, із значними ризиками, психічним, інформаційним та інтелектуальним навантаженнями. Робота працівників пов'язана з підвищеною відповідальністю, вимагає спілкування з різними верствами населення, вимагає оперативного вирішення професійних задач. Особистість, яка працює повинна бути відповідальною, людині потрібно відповідати за свої дії та рішення, робота вимагає від співробітника мобілізації інтелектуальних, психічно – вольових і моральних якостей. Ці та інші особливості діяльності значно впливають на особистісні характеристики та можуть призвести до розвитку професійного

вигорання, а в подальшому – і професійної деформації. У найбільш загальному вигляді наслідком цих феноменів можуть бути такі прояви поведінки, які призводять до негативного соціального оцінювання, не збігаються з професійною етикою, спотворюють імідж співробітника правоохоронних органів.

Група зовнішніх факторів, включає умови матеріального середовища, зміст роботи та соціально – психологічні умови праці, є найбільш досліджуваною та важливою у дослідженні професійного вигорання. Розглянемо те, що впливає на синдром емоційного вигорання. Хронічна напруженість у психоемоційній діяльності – така діяльність пов’язана з надмірним спілкуванням, точніше із сприйняттям людей, клієнтів, партнерів і їх вплив. Співробітникам, які працюють з людьми, постійно приходиться використовувати спектр емоцій в спілкуванні, швидко сприймати та аналізувати візуальну, звукову та письмову інформацію, швидко приймати рішення. Наступним фактором впливу на робітників є дестабілізуюча організація діяльності: основні загальні ознаки організації та планування праці, погана структурованість та недостатність інформації в роботі, ненормований робочий день, протиріччя між підлеглими та керівниками, завищені умови роботи для працівників. При цьому негативний вплив діє не тільки на працівників правоохоронної служби, а й на виконання їх роботи, спілкування з оточуючими та клієнтами, а також з керівництвом.

Вагомим фактором у професійній діяльності працівників правоохоронної служби є фактор підвищеної відповідальності у функціях та операціях що виконуються. Робота поліції завжди у режимі внутрішнього контролю з боку керівництва та зовнішнього контролю з боку звичайного суспільства, які іноді можуть бачити як виконується робота, а також читають про це в новинах та соціальних мережах. Що додає роботі працівників ще більшої відповідальності. Процесуальний зміст їх діяльності полягає в тому, що постійно потрібно входити та перебувати в стані суб’єкта, з яким здійснюється спільна діяльність. Іноді при складанні неблагополучної психологічної атмосфери у професійній діяльності, може визначатися двома обставинами – конфліктністю по вертикалі, у системі «керівник – підлеглий», та по горизонталі «колега – колега» та накладати відбиток на особистість. Коли складається така обстановка, це спонукає одних розтрачувати емоції, а інших – шукати способи економії своїх психологічних та фізичних ресурсів. Але рано чи пізно, якою би не була людина, вона буде емоційно вигорати: триматися подалі від роботи та колег, перестане переймати через важливі дрібниці, стане берегти себе від конфліктів. У наш час наявні певні теорії щодо стадій емоційного вигорання.

Перша стадія синдрому емоційного вигорання – взагалі особисті задоволення роботою та посадою, яку вона займає, але з плином часу, під час професійних невдач та стресів зникає мотивація до діяльності, і як раніше задоволення, робота вже не приносить, працівник стає менш зацікавленим.

Друга стадія – з'являється надмірна втома, безсоння, зникає інтерес до діяльності та оточуючих, співробітник втрачає інтерес до праці, якщо немає заочувальних речей або мотивації.

Третя стадія емоційного вигорання проявляється через хронічні симптоми. Надмірність у роботі без належного відпочинку, призводить до виснаження, стресу, психосоматичних хвороб, ненависті та ворожості.

Четверта стадія синдрому проявляється в кризі. Коли починають розвиватися хронічні хвороби, людина повністю або частково втрачає працездатність, посилюються незадоволеність своїми досягненнями, вміннями та якістю життя.

П'ята стадія емоційного вигорання, проходить у вигляді гострих фізичних та психологічних форм, які вже провокують небезпечні, для здоров'я особистості, захворювання, які також можуть загрожувати життю. Вище зазначені проблеми перекривають захочення до кар'єри. Тому потрібно чітко стежити за життям і здоров'ям своїм та своїх близьких.

Таким чином, певний механізм психологічного захисту, звісно, корисний але в деяких випадках ця емоційна відстороненість може бути використана недоречно, і тоді професіонал не включається у справу повністю та не здатен виконати поставленні завдання, що може призвести до непорозуміння та конфліктів.

УДК 159.92.3

Доріна В. Г.,
студентка 666 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СПРИЙНЯТТЯ ОБРАЗУ ТІЛА ТА НЕГАТИВНИХ ПОДІЙ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ

Сколіоз досить поширена хвороба опорно-рухового апарату в підлітковому віці. Поширеність порушень постави і сколіозу серед дітей становить від 5,0 % до 46,9 %. При цьому, за даними В. М. Аплевич et al, саме ідіопатичний сколіоз (ІС) сягає близько 80,0–85,0 % від виявлених випадків сколіозу (В. М. Аплевич, О. В. Горша, О. О. Лосєв, 2017).

Дослідники указували на поширеність проблем зі сприйняттям тіла у дітей і підлітків із сколіозом і на ймовірність того, що вони будуть

відчувати підвищений ризик виникнення проблем, пов'язаних з емоційним і психологічним благополуччям. Дійсно, дослідження, присвячене психологічному благополуччю дітей і підлітків зі сколіозом, показало, що це так. Наприклад, K. Freidel (Freidel et al., 2002). повідомила, що дівчатка-підлітки з ідіопатичним сколіозом (N = 226, у віці 11–16 років), яким проводилося неоперативне лікування, значно частіше, ніж респонденти в контрольній групі, відчували негативне ставлення до життя (тобто відчували себе нещасливими у своєму житті); відзначали скарги і хворобливі реакції організму, зниження самооцінки, почуття смутку і поганого настрою. Дослідження Payne et al. (1997), показало, що, в порівнянні з контрольною групою здорових підлітків, для молодих людей, які страждають на сколіоз, властиво підвищену кількість суїцидальних думок і переживань з приводу ненормального фізичного розвитку, труднощі в стосунках із однолітками. Багато наукових досліджень і спостережень (зокрема, Rivett L, Rothberg A, Stewart A. 2009; Aulisa A, Guzzanti V, Perisano C., 2010) вказують на більш низьку якість життя дітей і підлітків, яких лікують через сколіоз. Хоча цей вид лікування не пов'язаний з болем, він викликає занепокоєння у пацієнтів і має тенденцію надавати на них психологічний вплив через порушення сприйняття себе і образу тіла (Sapountzi-Krepia D, Panteleakis G, Zangana D., 2001). Підлітковий вік є складним психологічним періодом сам по собі і, коли він посилюється при сколіозі, може викликати величезний психологічний стрес, що призводить до зміни образу тіла (Ryszard Tomaszewski and Magdalena Janowska, 2011). Діти і підлітки зі сколіозом відчують значно більше негативне сприйняття загального іміджу тіла і незадоволеність конкретними областями тіла, ніж діти і підлітки без сколіозу. Ці результати постійно виявляються в дослідженнях, що використовують як проєктивні, так і психометричні показники образу тіла. Негативний образ тіла викликає проблеми з усіма аспектами самосприйняття, такими, як підвищене почуття самосвідомості в соціальному контексті і ненормальний розвиток тіла.

Робота, яка була проведена нами в рамках дослідження зв'язку процесів саморозвитку та задоволеності якістю життя у молодих людей із захворюваннями опорно-рухового апарата, показала, що у хворих сколіозом ставлення до образу тіла і, ширше, задоволеністю зовнішнім виглядом відрізняються. Групі дівчат (N = 25; вік = 17 років), які проходили лікування на базі ФОП «Сич С. Е.» було запропоновано методики: опитувальник «Події життя», модифікований В. Каневським, для з'ясування ролі стресорів в особовій історії респондента, їх вплив на його життя, з додаванням суїцидологічного блоку; даний опитувальник включає 28 негативних життєвих подій і побудований за принципом накопичення балів, і Індекс психологічного благополуччя

ВООЗ (WHO Well-Being Index). Статистична обробка даних включала стандартні методи варіаційної статистики, оцінку відмінностей між групами за критерієм t- Стьюдента та кореляційний аналіз за Пірсоном.

Диференційованою змінною була незадоволеність власним тілесним чином / зовнішнім виглядом. Між задоволеними, група А (44,4 % опитаних) і незадоволеними, група В (55,6 %) існує статистично значуща різниця за інтегральним показником тяжкості травматичних подій SUMLE ($p = 0,006$), що говорить про те, що респонденти з незадоволеним сприйняттям свого фізичного образу (група В) значно гостріше сприймають і переживають стресори, причому, що викликає особливу тривогу, в цій групі показник незадоволеності своєю зовнішністю позитивно корелює з суїцидальними думками ($r = 0,83^{**1}$) і з суїцидальними спробами ($r = 0,807^{*2}$), а негативно – з індексом психологічного благополуччя WHO ($r = -0,78^{**}$). У свою чергу, психологічне благополуччя в групі В пов'язано з процесами самореалізації ($r = 0,751^*$), що відноситься до категорії нижчих процесів саморозвитку, коли цілі ставлять в життєвих ситуаціях, які можуть бути досягнуті у певний період майбутнього часу, тим часом, в групі А індекс психологічного благополуччя пов'язаний з більш вищими процесами - самоактуалізації ($r = 0,97^*$), коли постановка цілей відповідає прагненню особистості до видів діяльності, які розкривають їх потенційні здібності, що відображають самостійний і творчий характер діяльності.

Т.ч., можна намітити мішені для корекційної роботи з психологічним станом опитуваних – це підвищення стійкості до стресу, самоприйняття і орієнтація їх на цілі самоактуалізації.

УДК 159.92.3

Власенко А. Ю.,
студентка 665 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

САМОКОРЕКЦІЯ ЯК МЕТОД САМОРОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ-ПСИХОЛОГІВ

На сьогодні жодна гідна фірма або компанія не обходиться без співробітника, який постійно розвивається, знаходить нові шляхи вирішення завдань. Головний зміст сучасної людини – творчий саморозвиток, постійний перехід від одного рівня розвитку до іншого, який

1 ** – з ймовірністю помилки $p \leq 0,01$

2 * – показники з ймовірністю помилки $p \leq 0,05$,

супроводжується змінами в особистості, вдосконаленням себе та своїх навичок.

Торкалися проблематики саморозвитку такі вчені як К. Гольдштейн, Л. Н. Кулікова, Л. Г. Терлецька, С. Л. Рубінштейн, К. Хорні; самоактуалізації особистості – А. Маслоу, К. Роджерс; саморозвитку особистості в навчальній діяльності – С. Д. Максименко; самосвідомості – А. Пфендер, Т. Ліпс та багато інших.

Як вважає С. Б. Кузікова особистісний саморозвиток – це свідомо, керована особистістю активність, мета якої у зміні своєї особистості у позитивному напрямі, що й забезпечує зростання та самовдосконалення.

На думку С. Л. Рубінштейна саморозвиток направлений на зміну людини, це внутрішньо-практична діяльність людини, в результаті якої змінюється її внутрішній світ.

Л. Терлецька вказувала на те, що у особистості тенденція до самоактуалізації повинна діяти зсередини, людина повинна долати труднощі не на основі тривоги, а в очікуванні радості перемоги.

Подібних поглядів на проблему дотримувались А. Маслоу та К. Роджерс, які розглядали самоактуалізацію як потребу, яка є головним мотивом життя людини.

Цільова спрямованість – цільовий компонент у структурі особистості, це – цілі, прагнення, бажання, мрії – те, що спрямовує особистість до дій та визначає спосіб їх досягнення.

З точки зору цільової спрямованості особистості Я. В. Васильєва, саморозвиток – це прояв самостійної активності людини у постановці перспективних цілей та їх досягнення, направлені на ріст та розвиток своєї особистості.

Досліджуючи проблему цільової спрямованості особистості, ми маємо можливість через постановку цілей побачити ті перспективи, які перед собою бачить особистість, перспективи не стільки саморозвитку, скільки взагалі перспективи життя в цілому.

Нами було проведено дослідження ефективності самокорекції у постановці цілей та спрямуванні на саморозвиток серед студентів-психологів 2 курсу, вибірка складала 20 осіб. Для психодіагностики ми застосували методіку дослідження цільової спрямованості особистості (ЦСО) Я. В. Васильєва та «Рівень саморозвитку особистості» Я. В. Васильєва. Автор виділяє 4 процеси саморозвитку : самореалізація, самовизначення, самовдосконалення та самоактуалізація. По сумі цілей чотирьох процесів можна свідчити про кількість цілей спрямованих на саморозвиток особистості.

Після проведення первинної психодіагностики за результатами двох методик ми дійшли висновків, що студенти мають низький рівень

прагнення до саморозвитку та переважання егоцентричних цілей над альтруїстичними.

Я. В. Васильєвим та В. І. Каневським був розроблений «Зошит з психокорекції позицій цільової спрямованості особистості», за допомогою якого ми мали змогу провести корекційні заходи. У зошиті містяться завдання та задачі, спрямовані на самоаналіз та саморефлексію студентів, що в результаті допомагають їм зрозуміти самих себе та суть своїх цілей, бажань, і показують над чим необхідно попрацювати аби вийти на шлях саморозвитку. Також студенти заповнювали робочі карти формування альтруїстичної позиції, які допомогли їм краще зрозуміти себе та спробувати змінити ставлення до багатьох речей.

Після проведення вторинної психодіагностики при психологічному аналізі цілей ми помітили, що кількість цілей спрямованих на саморозвиток збільшилась, це свідчить про те, що корекційне заняття дало свої результати, допомогло спрямувати цілі у напрямку альтруїстичної позиції та самоактуалізації. Також змінились показники інтернальності, це свідчить про прагнення студентів брати відповідальність за свої вчинки та шукати причини невдач у собі, а не в інших, що говорить про зрілість та розвиток особистості. Показники самоповаги також змінились у кращий бік, так як з'явилося багато цілей спрямованих на творчий саморозвиток.

Отримання знань, вмінь та навичок при навчанні у ВНЗ, особливо на психологічній спеціальності, сприяє виробленню у студентів мотивації до розвитку, самопізнання, самоконтролю та самокорекції, рефлексія – як саморозуміння своїх почуттів – стає важливим чинником на шляху до саморозвитку.

За допомогою самокорекції респонденти проаналізували цілі, які є егоцентричними та скорегували їх у напрямку альтруїстичної позиції, яка веде до саморозвитку.

Після обробки отриманих даних ми виявили, що існують достовірні відмінності на статистично значимому рівні (Стьюдент), які підтверджуються кореляційним зв'язком (Пірсон), між показниками до та після проведення корекційної роботи.

На прикладі нашого дослідження ми показали, що рефлексія та самоаналіз є важливою складовою саморозвитку та впливає на формування цільової спрямованості особистості.

Дану тему можна досліджувати у різних аспектах, вона є досить багатогранною та вміщує в собі різний спектр психологічних особливостей.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТИПІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ І АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ У СТУДЕНТІВ

Тема взаємозв'язку стилів психологічного захисту і типів акцентуацій характеру цікава тим, що її дослідженням займалося порівняно невелика кількість вчених і ніхто точно не зміг повноцінно її розробити. Однак в історії психології все таки накопичено певний досвід, аналіз і теоретичне осмислення якого допоможе уникнути в майбутньому багатьох помилок при реалізації дослідження даної проблеми.

Відомо, що тип акцентуації вказує на слабкі місця в характері і, таким чином, дозволяє передбачити чинники, здатні викликати психогенні реакції, які ведуть, як правило, до дезадаптації. Тим самим відкриваються перспективи для психопрофілактики.

Також слід зазначити, що захисні механізми Его охороняють людини від охоплючої його тривоги, що не менш важливо в юнацькому віці, в періоді бурхливого розвитку, внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів.

Все вище сказане, безумовно, дозволяє нам стверджувати, що проблема вивчення зв'язку між акцентуацією характеру і типом психологічного захисту є актуальною в сучасному суспільстві.

Проблема «психологічного захисту» вперше поставлена в роботах З. Фрейда і є центральною для психології особистості. Розробкою цієї проблеми також займалися як вітчизняні, так і зарубіжні психологи (Р. М. Грановська, Ф. В. Бассин, Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Конте та ін.).

Акцентуація характеру – надмірна інтенсивність індивідуальних рис характеру людини, яка підкреслює своєрідність реакцій людини на впливаючі фактори або конкретну ситуацію.

Необхідно уточнити, що самі по собі акцентуації не є психічними відхиленнями або порушеннями, хоча в діючій Міжнародній класифікації хвороб (10 перегляд) акцентуації всі входять в 21 клас / пункт Z73 як проблеми, яка пов'язана з певними труднощами в підтримці нормального для людини способу життя.

Існує кілька загальноприйнятих класифікацій акцентуації характеру. Авторами найбільш популярних є К. Леонгарда і А. Є. Лічко. Слід зазначити, що існує щось спільне між класифікаціями К. Леонгарда і

А. С. Лічко. Перший виділив: демонстративних, педантичних, застрягаючих, збудливих, гіперимних, дистимічних, афективно-лабільних, афективно-екзальтованих, тривожних, емотивних, екстрвертованих і інтровертованих особистостей. Другий – гіпертимний, циклоїдний, лабільний, астено-невротичний, сенситивний, психастенічний, шизоїдний, епілептоїдний і істероїдний типи акцентуації.

Метою емпіричного дослідження була перевірка висунутої гіпотези про наявність зв'язку між типом психологічного захисту і акцентуацією характеру. Дане дослідження проводилося на базі ЧНУ ім. Петра Могили. До вибірки увійшли 30 студентів, у віці від 18 до 24 років.

Як інструмент для виявлення взаємозв'язку між типом психологічного захисту і акцентуацією характеру застосовувалися такі методики: «Індекс життєвого стилю» (опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте) і методика акцентуації особистості К.Леонгарда (модифікація С.Шмішека). Випробувані були надані інструкції та стимульні матеріали в друкованому або електронному вигляді, а потім здійснювалася обробка даних. Виявлення ступеня взаємозв'язку між стилями психологічних захистів за методикою «Індекс життєвого стилю» і акцентуацією характеру за методикою акцентуації особистості К.Леонгарда (модифікація С.Шмішека) проводилося за допомогою лінійного критерію Пірсона.

Було відзначено, що 50 % студентів з гіпертимною акцентуацією характеру використовують в якості психологічного захисту проєкцію, 33,3 % – регресію, 16,7 % – витіснення. Половина (50 %) збудливих особистостей використовують в травмуючій ситуації механізм регресії, а друга половина (50 %) проєкцію. Всі випробовувані цієї вибірки (100 %) в ситуації загрози вдаються до механізму проєкції. Тривожно-боязливі особистості (100 %) вважають за краще механізм проєкції. Особи, які мають афективно-екзальтований тип акцентуації (100 %) в ситуації будь-якої тривоги використовують механізм регресії. 25 % афективно-лабільних особистостей використовують в якості психологічного захисту проєкцію, а 75 % – регресію. У стані загрози, тривоги студенти з застрягаючою і демонстративною акцентуаціями знову ж використовують регресію.

Таким чином, максимальний рівень зв'язку між акцентуаціями і психологічним захистом було виявлено кілька разів. Значить, ми можемо сказати про те, що гіпотеза дослідження про наявність зв'язків між стилями психологічних захистів і акцентуаціями характеру повністю підтверджена.

У підсумку, певне знання захисних механізмів, їх комплексів, стратегій їх використання необхідно для вивчення психологічних особли-

востей особистості і для розуміння шляхів адаптації особистості до різних соціальних ситуацій.

До того ж, не менш важливим аспектом є вивчення такого механізму психологічного захисту, як регресії, яка виникає в типових фруструючих ситуаціях.

Іншими словами, вивчення даного взаємозв'язку вкрай необхідно для розуміння адаптивних психічних процесів людини, здійснюваних нею у різних проблемних ситуаціях.

УДК 159.972:616.3

Волковіцька О. О.,
студентка 665 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Внутрішній зв'язок між психічним станом людини і процесом поглинання-виділення призводить до того, що емоційний стан людини при прийнятті їжі впливає на подальший процес її перетравлення. Такі переживання, як агресія, побоювання, страх, депресія, гальмують функції шлунка і кишечника, порушують моторику і як наслідок призводять спочатку до функціональних, а при прогресуванні процесу – до органічних змін структури шлунково-кишкового тракту. Агресія, побоювання, страх – біологічно ці переживання пов'язані з функцією скорочення м'язів. При небезпеки чи агресії виникає рефлекторний спазм, напруга. За таких умов організму важко сприймати їжу. Але людина, на відмінно від тварин, в стані пригніченості, агресії або страху, може їсти для того, щоб «заспокоїти нерви». У результаті їжа потрапляє в спазмованих, затиснутий від стресу стравохід, шлунок, кишечник. Наслідком цього є найширший спектр шлунково-кишкових розладів, починаючи від гастриту і закінчуючи проривної виразки.

Хвороби шлунково-кишкового тракту за своїми регресивним ознаками схожі з отримують в останні роки все більшого поширення депресивними і наркологічними захворюваннями. На відміну від них, хвороби шлунково-кишкового тракту більш маскують, ніж виявляють душевні переживання. Страх, внутрішня потреба і невпевненість часто витісняються шлунково-кишковими захворюваннями. Видимим в таких випадках залишається лише тілесний синдром. Якщо, нарешті, зачеплений орган або симптом вимикається медикаментозним або хірургічним

шляхом (виразка шлунка, виразковий коліт), часто з'являються психічні симптоми – страх, депресія, наркотичні тенденції.

Психосоматична медицина намагається розуміти мову органів як вираз емоційних феноменів і відмежовувати від факторів конституції і схильності. Тілесні феномени, пов'язані з харчової поведінки і травленню, співвідносяться з певними емоційними процесами:

- труднощі оволодіння (стоматит, симптоми слизової рота);
- нездатність щось прийняти (порушення харчування, ковтання);
- бути відкидаємо, зневажуваним (втрата апетиту, печія, блювання, схуднення);
- безуспішні хронічні зусилля що-небудь переварити, засвоїти (болі в шлунку, надмірна перистальтика, пілороспазм, виразка);
- хронічна неможливість що-небудь переробити (болі, ентероколіт, подразливість товстого кишківника);
- неможливість віддати що-небудь (хронічні запори);
- бажання викинути що-небудь (хронічний пронос).

Таким чином, психологічний стан людини відіграє важливу роль у процесі споживання їжі та її виділенні. Сьогодні показує, що людина все більше пригнічує свої емоції. Це в свою чергу спричиняє багато хвороб, у тому числі, хвороб ШКТ.

УДК 37.011.3-051:159.944](043.2)

Хасянова Н. О.,
студентка 665 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

МОТИВАЦІЙНИЙ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПЕДАГОГІВ

На сьогодні дуже сильно змінилося ставлення до роботи. Люди не впевнені у своєму соціальному і матеріальному статусі та в наявності гарантованого робочого місця. При цьому ж тривають процеси звуження професій та, одночасно з цим, глобалізації із близькими галузями науки. Досить швидко модифікується попит ринку праці. Знижується потреба в таких професіях, як і науковці, медичні працівники та вчителі. Унаслідок, цього зростає психічне напруження, що пов'язане зі стресом. Люди частіше відчувають тривогу, депресію, психосоматичні розлади та залежності від різних речовин (наркотики, алкоголь та інше). Усе це може бути симптомами початку формування емоційного вигорання.

Емоційне вигорання є однією із найсерйозніших проблем сучасної психології. Йому найчастіше піддаються люди віком більш ніж 35 років. У людей помітно знижується ентузіазм у своїй роботі, посилюються негативізм та втома. Інколи відбуваються ситуації, у яких талановитий вчитель стає неефективним через емоційне виснаження. Інколи такі педагоги йдуть зі школи та взагалі змінюють професію, все життя уникаючи спілкування з дітьми.

Потреби, які виникають у людини примушують особистість шукати засоби задоволення власних потреб. Вони стають внутрішніми збудниками активності – мотивами.

Мотивом є те, що приводить у рух живу істоту, завдяки чому вона витрачає життєву енергію. Мотив виступає як показник життєвої розсудливості у різних поняттях про почуття, спонукання, потяги, прагнення, бажання, пристрасті, силу волі, є неодмінним азартом будь-якої поведінки та її «горючим матеріалом». Тому, перш ніж увійти в ряд психологічних понять і укоренитися в науковій мові, поняття про мотив з'являлося у будь-яких випадках, що стосувалися причин поведінки.

Зв'язок мотивації й емоційного вигорання є досить актуальною проблемою сучасної науки. Зв'язок цих двох явищ «несе відповідальність» за здоров'я педагога та його професійні якості. Порушення цього взаємовідношення буде викликати стан постійної втоми, напруження всього організму та швидке виснаження сил.

На базі Миколаївського Коледжу Транспортної Інфраструктури Дніпропетровського національного університету залізничного транспорту імені академіка В. Лазаряна було проведено експеримент на тему «Дослідження мотиваційного впливу на розвиток синдрому емоційного вигорання у педагогів».

Експеримент ґрунтувався на результатах таких методик: рівень емоційного вигорання за В. В. Бойком (дослідження емоційного вигорання) й методика «Мотиваційний профіль Річі – Мартіна» (дослідження рівня мотивації).

Із цих таблиць ми бачимо, що майже всі респонденти перебувають у фазі резистентності. Це свідчить про надмірне емоційне виснаження. У педагогів спостерігається відсутність інтересу до своєї справи, знижується потреба у спілкуванні. Людина почувається виснаженою після сну.

Згідно з результатами Мотиваційного профілю бачимо, що в жодного викладача немає високих показників. Цей факт свідчить про відсутність задоволеності своєю справою та не зацікавленість у подальшій кар'єрі.

Після цього було обчислено кореляцію між факторами опитувальника емоційного вигорання В. В. Бойка і шкалами мотиваційного про-

філю Річи – Мартіна. Це дозволило нам визначити, як мотивація впливає на формування й розвиток синдрому емоційного вигорання.

У ході дослідження значущі кореляції були виявлені між факторами *Фаза напруги* і *Винагорода* ($r = - 5,574$). Це говорить про те, що під впливом низької винагороди за свою працю може почати розвиватися синдром емоційного вигорання.

Кореляція між шкалами *Фаза напруги* й *Умови роботи* ($r = - 0,594$) свідчить про певний рівень незадоволеності своїм робочим місцем, обстановкою в колективі. При значному рівні незадоволеності швидше підвищується внутрішнє напруження та виникає вигорання.

Наступна значна кореляція між шкалою *Інтерес* і всіма факторами методики Бойка (*Інтерес – Фаза напруги* $r = - 0,574$; *Інтерес – Фаза резистентності* $r = - 0,503$; *Інтерес – Фаза виснаження* $r = - 0,489$). Якщо немає зацікавленості роботою, то людина швидше виснажується.

Кореляція між шкалами *Досягнення* – *Винагорода* ($r = 0,649$) має найвищий позитивний показник. Цей результат свідчить про високу залежність цих факторів один від одного.

Також високі показники в таких факторів як *Винагорода* – *Соціальні контакти* ($r = 0,557$) та *Взаємовідносини* – *Умови роботи* ($r = 0,597$).

Шкали *Соціальні контакти* – *Взаємовідносини* також мають значну кореляцію ($r = 0,517$). Цей зв'язок демонструє залежність між умінням налагоджувати взаємовідносини між людьми і вмінням підтримувати власні контакти.

Більш цікавими є кореляції, які дорівнюють одиниці. Це такі фактори: *Винагорода* – *Інтерес*; *Визнання* – *Влада*; *Визнання* – *Самовдосконалення*; *Креативність* – *Досягнення*. Отриманий результат демонструє велику залежність цих факторів один від одного. Зменшення або підвищення одного з факторів неодмінно спричинить зміну іншого фактора.

Ці зв'язки показують передумови до формування емоційного вигорання завдяки незадоволенню певних потреб людини (робочим місцем або винагородою за працю).

Підбиваючи підсумки, ми бачимо, що мотиваційна складова дійсно впливає на емоційне вигорання людини, що демонструє кореляція між такими факторами, як *Винагорода*, *Досягнення* та *Інтерес*. Також ці мотиваційні фактори мають зв'язок із такими комунікативними аспектами, як *Соціальні контакти* та *Взаємовідносини*, які також мають значний рівень кореляції. Таким чином, ці мотиваційні фактори мають опосередкований вплив на емоційний стан людини.

ПСИХОЛОГІЯ САМОАКТУАЛІЗОВАНОЇ ОСОБИСТОСТІ. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОКТОРІВ НАУК ЧНУ

Ця тема залишається актуальною й у зв'язку з недостатньою розробленістю загальних аспектів проблеми: при вивченні спрямованості дослідники не надавали особливого значення цілям особистості, а ті науковці, які вивчали процеси цілепокладання, не пов'язували їх зі спрямованістю. Зокрема, потребує подальшого вивчення питання про структуру цільової спрямованості, особливості її прояву в системі властивостей особистості, індивідуально-типові відмінності.

Сама тема дослідження має на меті дослідити чи є певні закономірності в показниках результатів тестів. Залежності одних даних від інших. Кореляція та факторний аналіз.

Таким чином, актуальність предмета дослідження й недостатня теоретична та емпірична розробка низки питань, які стосуються індивідуальної специфіки цільової спрямованості, зумовили актуальність теми дослідження «Психологія самоактуалізованої особистості. Порівняльна характеристика докторів наук ЧНУ». На основі тестів Шострома, методики Голанда, Міні-Мульт, опитувальника Роттера.

Теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити особливості залежності результатів тестування. Шострома (самоповагу та самоприйняття, синергія та уяву про природу людини), а за тестом Роттора (загальну інтернальність та інтернальність в області досягнень)

У курсовій роботі здійснено дослідження феномену цільової спрямованості. Описано показники цільової спрямованості.

В ній на підставі теоретичного дослідження цільової спрямованості показана її складність та багатоаспектність. На основі аналізу літературних джерел розширено розуміння означеного феномену. Згідно з футурреальним підходом до вивчення особистості, цільова спрямованість розглядається як вектор докладання активності особистості для досягнення бажаного майбутнього. Встановлено, що показники цільової спрямованості (предметність, рівневість, широта, стійкість, усвідомленість, дієвість, опірність, інтенсивність, сила, часова віддаленість) відображають психологічну сутність означеного феномену. Узагальнення теоретичного матеріалу дозволило описати психологічний зміст вищезначених показників цільової спрямованості.

Представники груп осіб із різним типом цільової спрямованості характеризуються специфічним психологічним портретом, обумовленим своєрідним сполученням досліджуваних психічних явищ, а саме: факторів особистості, особливостей ставлення особистості до інших людей, локусу-контролю й ціннісних орієнтацій.

УДК 159.922.1:159.922.62

Каратсева І. Ю.,
студентка 665 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ОСОБЛИВОСТІ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ СУЧАСНИХ ЖІНОК У ПЕРІОД КРИЗИ

Мета нашого дослідження – виявити особливості самоактуалізації в період кризи середнього віку, які можуть бути ключові для конструктивності його проживання.

Вклад основного матеріалу. Ми вважаємо, що тема самоактуалізації сучасних жінок середнього віку в період кризи дослідження є дуже важливою на сьогоднішній день. Сучасні жінки постійно в період свого життя стикаються з різними кризисними ситуаціями. А це саме ті ситуації, які потребують від людини значного змінення уяви про себе та інших за короткий проміжок часу. Ці зміни можуть мати, як негативний так і позитивний характер. Один із важких життєвих моментів більшості жінок, є вік 35–45 років, що відповідає стадії середнього віку. Відповідно до вікової періодизації Е. Еріксона – це період («десятиліття фатальної межі»), коли відбувається усвідомлення розбіжності між мріями, життєвими цілями людини і його реальним становищем.

Криза другої половини життя (35–45 років) є, як і пубертатна криза, середньою точкою життя людини. Збіг в один момент вікової і екзистенціальної кризи роблять кризу другої половини життя потужною. Результатом переживання такої кризи може стати стрибок в духовному розвитку і розширенні особистості або деградація особистості, яка призводить до важких переживань. Максимальна дезадаптація стає основним «симптомом» цих кризових станів. Екзистенціальна тривожність, що супроводжує ці кризові стани, переживається як порожнеча, депресія, повна безглуздість. З цього часу може бути тільки два виходи: регресія або трансценденція.

Постановка вікової проблематики самоактуалізації є важливою в зв'язку з тим, що досвід виступає «новим доленосним» фактором в самореалізації і з урахуванням того, що А. Маслоу вивчав самоактуалізацію переважно в літньому віці, а Ш. Бюлер вказувала, що процес самореалізації в різні періоди вікового розвитку проявляється по-різному.

Феномен самоактуалізації і кризи середнього віку об'єднує поняття – сенс життя, а саме, його втрата в кризовий період і сенс життя, як необхідна умова самоактуалізації.

На наш погляд, даний факт відзначив і досліджував В. Франкл. Він виявив, що для розвитку людини (фізичного і психічного) необхідно співвідносити рішення, вчинки, переживання з об'єктивним, заради чого варто жити.

Він пов'язує поняття «сенс життя» з поняттям «цінності». Торкаючись цю проблему в контексті пошуку істинного сенсу життя, він вводить уявлення про особливу групу трансцендентних цінностей, реалізуючи які, можна знайти сенс життя.

Ціннісне і творче переживання перетворюють критичні ситуації з руйнівних подій життя в точки її духовного зростання і вдосконалення.

Зріла концепція сенсу життя полягає в тому, що людина знаходить свій власний, індивідуальний сенс і вчиться його розвивати. Коли сенс життя власний, оскільки впливає з самостійної концепції життя, то до цих достоїнств додається шанс здійснення власної адаптації, а значить, і розвитку особистості.

В. Франкл дав дуже детальну характеристику даної потреби людини. На його думку, пошук сенсу свого існування властивий мислячим людям, що забезпечили до того ж всі свої базові потреби. І це підкріплюється твердженнями А. Маслоу ієрархічної моделі потреб, в якій самоактуалізація вінчає піраміду потреб.

Згідно В. Франкл саме прагнення до пошуку і реалізації сенсу життя визначає мотивацію поведінки і розвиток особистості, робиться акцент на зв'язку, що існує між свідомістю людського життя і його душевним благополуччям. Відсутність сенсу, тобто фрустрація потреби в сенсі (екзистенціальна фрустрація) породжує у людини стан, який В. Франкл називає екзистенціальним вакуумом.

Знаходячи та здійснюючи сенс свого життя, людина реалізує сама себе: відшукує зрілість, росте, переростаючи самого себе. І саме в період кризи середнього віку, там, де людина безпорадна і позбавлена надії, не в змозі змінити ситуацію, вона починає відчувати необхідність змінитися самому.

Багато людей перестають усвідомлювати, що є їх сенсом життя, коли починають жити з оглядкою на соціальне оточення. Кроком до

пошуку істинного сенсу є повне задоволення від того, що людина робить, а цього неможливо домогтися, якщо постійно рівнятися на інших. Тільки при внутрішній гармонії (повне задоволення своїм життям тут і тепер), людина зможе зрозуміти, в чому саме його призначення і сенс буття. Для цього потрібно почати долати існуючі стереотипи. І в цей час головне, не нашкодити іншим, через задоволення своїх потреб, та не переступати морально-етичних норм.

Висновки та перспективи подальших досліджень. У цій роботі ми виявляли особливості самоактуалізації в період кризи середнього віку. В якості гіпотези дослідження виступило припущення, що у період кризи середнього віку самоактуалізація має особливості, які проявляються в таких когнітивних компонентах, як саморозуміння, потреба в пізнанні, погляд на природу людини, пошук сенсу життя, які можуть бути ключовими для конструктивності його проживання.

Існування численних теорій розвитку людини, в тому числі теорії самоактуалізації, ставить людину перед екзистенційним вибором: або визнати таку можливість і активно діяти, знаходячи справжній сенс свого життя, рятуючись від внутрішніх конфліктів. Або вибрати інший шлях, не залучаючись до реалізації свого життєвого проекту, втрачаючи сенс, погіршуючи якість свого життя.

Працюючи над цією роботою, ми прийшли до висновку, що самоактуалізація особистості в цьому віці залежить від того, наскільки сама особистість дозволяє собі робити те, що їй подобається. Дослідження показали, що найбільш схильні до якісних змін в період кризи середнього віку такі показники самоактуалізації, як погляд на природу людини, потреба в пізнанні, автономність, спонтанність, саморозуміння, контактність.

Панькова А. О.,

студентка 665 групи,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Постановка проблеми. Мета нашого дослідження – проаналізувати теоретичні джерела на тему особливості розвитку емоційної сфери дітей.

Для досягнення означеної мети було поставлено такі **завдання**:

1. Розглянути особливості розвитку емоцій дітей дошкільного віку, розглянути засоби і методи розвитку емоційної сфери, ознайомитись з причинами емоційних порушень у дошкільному віці

2. Провести діагностику порушень емоційної сфери, дослідити розвиток та корекцію емоційної сфери дитини дошкільного віку

Аналіз останніх досліджень та публікацій Засновник дитячої психології В. Прейер у своїй книзі «Душа дитини» підкреслював, що поняття душі пов'язане з чуттєво-інтуїтивним сприйняттям світу, а провідні психологи, незалежно від методологічної орієнтації, вважали період дошкільного дитинства «золотим віком» емоційного життя. Відомий вітчизняний дитячий психолог В. К. Котирло характеризувала маля як суцільний орган чуття, а його емоційну сферу – як основний місток, що поєднує його з навколишнім світом, тією основою, на якій формується ставлення до людей і до себе.

Виклад основного матеріалу В процесі розвитку дитини відбуваються зміни і в емоційній сфері. Змінюються його погляди на світ і відносини з оточуючими. Здатність дитини усвідомлювати і контролювати свої емоції зростає. Але сама по собі емоційна сфера якісно може не розвиватися, її необхідно розвивати, а для цього потрібно створювати певні умови. Які вони – сприятливі чи ні, в більшості випадках залежать від нас, оточуючих дорослих. Дитина навчається володінню своїм емоційним станом в ході онтогенетичного розвитку, а в ролі носія засобів вираження індивідуальності виступає дорослий. Чи буде це навчання успішним менш залежить від ступеня прийняття і підтримки, яку дорослий надає по відношенню до спроб дитини використовувати певні кошти для вираження своїх емоційних станів.

Недооцінка індивідуальних проявів у сфері емоцій і почуттів може обернутися серйозними прорахунками у вихованні, в залученні його до світу людських цінностей культури в цілому. Тоді правомірно постає питання про проведення своєчасної корекційної роботи з порушеннями в розвитку емоційної сфери у дітей. Виховання передбачає не тільки навчання дітей певній системі знань, умінь і навичок, а й формування емоційного ставлення до дійсності і людям. Ефективність навчання, в свою чергу, безпосередньо залежить і від того, які почуття викликає у дитини та чи інша ситуація, як він переживає свої успіхи і невдачі.

Проведення експерименту на тему «розвиток емоційного стану у дитини дошкільного віку». Основними методами, що дають змогу з'ясувати особливості емоційного розвитку й оцінити емоційний стан дитини, є спостереження та експеримент, а також проєктивні методики. Повне або часткове копіювання будь-яких матеріалів сайту, цитування, публікація їх анотованих оглядів допускаються лише з письмового дозволу редакції сайту. Добираючи методики для вивчення особливостей емоційного розвитку дитини, орієнтуйтеся на те, які показники слід вивчити. Зокрема, російська дослідниця Людмила Стрелкова називає

такі показники розвитку емоційної сфери дитини: адекватна реакція на різні явища навколишнього середовища диференціація та адекватна інтерпретація емоційних станів інших людей діапазон емоцій, які дитина переживає та розуміє. Зокрема, інтенсивність і глибину її переживань оцінюють як за невербальними проявами, так і за вербальними – насиченість активного словника назвами емоцій і почуттів, а також епітетами, що передають емоційний стан адекватне позначення емоційного стану під час спілкування. Повне або часткове копіювання будь-яких матеріалів сайту, цитування, публікація їх анотованих оглядів допускаються лише з письмового дозволу редакції сайту.

Проективні методики Самосвідомість у період дошкільного дитинства інтенсивно розвивається. Тому дитина може поки що не усвідомлювати багатьох зі свої переживань, страхів, уподобань. Визначити приховані переживання дошкільника дають змогу дві групи проективних методик: власне проективні – містять авторський стимульний матеріал; малюнкові – дитина сама зображає свої переживання. Малюнкові методики чи не найпривабливіші для дошкільників. Їх використання допомагає практичному психологу зацікавити дитину й налаштувати її на спільну з дорослим діяльність. Утім малюнкові методики потребують від фахівця значного досвіду їх інтерпретації.

Усі проективні методики застосовують лише в індивідуальній формі. Аби адекватно зрозуміти, як дитина сприймає запропонований готовий малюнок або зміст її власного, із нею слід поговорити про зображене. Обговорення дає змогу уникнути ситуативності у сприйманні й оцінюванні дитиною тієї чи тієї ситуації

Повне або часткове копіювання будь-яких матеріалів сайту, цитування, публікація їх анотованих оглядів допускаються лише з письмового дозволу редакції сайту. Аби уникнути суб'єктивності під час оцінювання, малюнкові методики застосовують лише в комплексі з іншими методиками та основними методами психології – спостереженням та експериментом. Повне або часткове копіювання будь-яких матеріалів сайту, цитування, публікація їх анотованих оглядів допускаються лише з письмового дозволу редакції сайту.

Висновки та перспективи подальших досліджень Емоційні порушення в дітей розглядаються як негативний стан, що виникає на фоні важковирішувальних особистісних конфліктів. Традиційно виділяються три групи факторів, що призводять до виникнення емоційних порушень в дітей: біологічні, психологічні та соціально-психологічні. Процес усунення відхилень у емоційній сфері дошкільника важкий і тривалий. Однак систематична всебічна робота в цьому напрямку дає позитивні зрушення. Розвиваючи дитячі емоції, створюючи умови для

отримання якомога більших емоційно позитивних переживань дитиною в колективних іграх, спілкуванні, творчості, навчаючи дитину регулювати свою поведінку під впливом емоцій, знаходити оптимальний вихід із конфліктних ситуацій можна досягти того, що дитина з часом буде отримувати задоволення від спілкування з ровесниками та дорослими, позитивні навички спілкування стануть звичкою, підвищиться віра дитини у свої сили, вона навчиться приймати і визначати рівність своїх однолітків.

Останнім часом проблема емоційного розвитку дітей дошкільного віку все частіше привертає увагу педагогів і психологів. Теоретичні і практичні розробки в області вивчення особливостей емоційної сфери дошкільників, викладені в даній роботі, дають можливість зрозуміти, що створення емоційного благополуччя і комфорту впливає практично на всі сфери психічного розвитку, будь то регуляція поведінки, когнітивна сфера, оволодіння дитиною засобами і способами взаємодії з іншими людьми, поведінку в групі однолітків, засвоєння і оволодіння їм соціальним досвідом.

УДК 159

Дяченко А. О.,
студент 565 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ АДЕКВАТНОЇ САМООЦІНКИ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

Самооцінка – оцінка особистістю самої себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей. Самооцінка – це ядро особистості і найважливіший регулятор її поведінки. Від неї залежать взаємовідносини людини з навколишніми його людьми, її критичність, вимогливість до себе, ставлення до успіхів і невдач. Самооцінка пов'язана з рівнем вимогливості людини, тобто ступенем труднощів при досягнення цілей, які вона ставить перед собою. Розбіжність між вимогами людини і її реальними можливостями спричинює деформацію самооцінки, внаслідок чого поведінка особистості стає неадекватною (виникають емоційні зриви, підвищена тривожність і т. д.). Самооцінка отримує об'єктивне вираження і в тому, як людина оцінює можливості і результати діяльності інших людей.

Самооцінка є найважливішим показником розвитку особистості. Вона дає змогу людині робити активний вибір у найрізноманітніших

життєвих ситуаціях, визначає рівень її прагнень і цінностей, характер її відносин з оточуючими. Самооцінка починає формуватися ще в ранньому дитинстві, коли дитина відокремлює себе від оточуючих людей і продовжує видозмінюватися протягом усього життя, стаючи все більш критичною і змістовною. Сензитивним періодом для становлення самооцінки як особливого компонента самосвідомості є молодший шкільний вік, тому важливим і необхідним є починати процес формування об'єктивної самооцінки саме в цей віковий період.

На сучасному етапі розвитку початкової школи пріоритетною метою навчання є розвиток особистості школяра. Особистісний розвиток молодшого школяра співвідноситься з формуванням його самосвідомості, важливою і невід'ємною частиною якого є сформованість самоконтролю і самооцінки. Л. С. Виготський зазначав, що саме в семирічному віці починає складатися самооцінка як узагальнене, поза ситуативне і разом з тим диференційоване ставлення дитини до самої себе

Самооцінка – найважливіша особистісна інстанція, що дозволяє контролювати власну діяльність з точки зору нормативних критеріїв, будувати свою цілісну поведінку відповідно до соціальних норм. Тому необхідно починати формування дій самоконтролю і самооцінки з першого року навчання дитини в школі. Від того, наскільки повноцінно молодші школярі освоюють дії контролю і оцінки, буде залежати їх подальше навчання.

Враховуючи актуальність зазначеної проблеми, її практичне значення для майбутньої професійної діяльності темою курсової роботи обрано: «Особливості становлення адекватної самооцінки дітей молодшого шкільного віку».

На основі аналізу психологічної літератури по проблемі дослідження ми прийшли до висновку, що самооцінка – це необхідний компонент розвитку самосвідомості, тобто усвідомлення людиною себе, своїх фізичних сил, розумових можливостей, вчинків, мотивів та цілей власної поведінки, свого ставлення до інших людей та до самої себе.

Не можна говорити про міцних рисах характеру і твердо сформованих поглядах на життя у дітей молодшого шкільного віку. Але все ж у багатьох випадках досить чітко можна простежити, в якому напрямку розвивається особистість, наскільки стійкі її позитивні якості. Точно так само можна простежити з'явилися недоліки в поведінці, бо вони свідчать про розвиток особистості по низхідній.

При правильному напрямку розвитку особистості навчальна діяльність учнів ґрунтується на широких соціальних мотивах і на пізнавальних інтересах. Процес навчання викликає у хлопців позитивні почуття. Сумлінне ставлення до навчання, як правило, супроводжується

дисциплінованістю поведінки. Успіхи в навчальній діяльності створюють у школяра стійкий гарний настрій, народжують бадьорість, активність, впевненість у власних силах.

Підводячи підсумки проведених досліджень можна стверджувати, що мета, поставлена в роботі, досягнута. Була вивчена самооцінка молодших школярів та виявлено особливості її розвитку в початковій школі. За результатами дослідження, можна сказати, що розвиток самооцінки молодших школярів характеризується наявністю різноспрямованих тенденцій.

За підсумками експериментального дослідження видно, що у 4-му класі, самооцінка у дітей майже сформована. Тут можна побачити домінування стійкої адекватної самооцінки.

Отже, гіпотеза дослідження підтвердилася частково. У молодших школярів виявляються всі види самооцінок: адекватна стійка, нестійка, стійка в бік неадекватного завищення або заниження. Але все ж за результатами експерименту можна побачити, що лише у половини дітей є сформована стійка, адекватна самооцінка. Завдання, поставлені в ході роботи, були успішно виконані.

УДК 159

Кульбацька І. О.,
студентка 565 групи
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ШКІЛЬНА ТРИВОЖНІСТЬ, ДІАГНОСТИКА ТРИВОЖНОСТІ У ШКОЛЯРІВ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ

Зараз спостерігається тенденція збільшення кількості дітей з підвищеним рівнем тривожності, характерними особливостями для них є: підвищене занепокоєння, невпевненість, емоційна лабільність. Тривожність виникає та закріплюється у зв'язку з незадоволенням вікових потреб дитини. Для підлітків тривожність вже є стійким особистісним утворенням, закріплюючись в «Я-концепції» ставленням до себе. В попередньому віці тривога є похідною великого кола порушень.

Кристалізація та посилення тривожності відбувається завдяки механізму «замкнутого психологічного кола», яке веде до накопичення і заглиблення негативного емоційного досвіду, який, породжує в свою чергу негативні прогностичні оцінки й визначає багато в чому модальність існуючих переживань, сприяє росту та закріпленню тривоги.

Тривожність має яскраво виражену вікову специфіку, що проявляється в її джерелах, змісті, формах, прояві компенсації і захисті. Кожний

віковий період характеризується певними областями, об'єктами дійсності, які викликають високий рівень тривоги більшості дітей незалежно чи є реальна загроза тривожності як стійкого утворення. Ці «вікові піки» тривожності є наслідком особливо значимих соціальних вікових потреб.

В дані «вікові піки» тривожність виступає як неконструктивна, результатом якої є паніка, зневіра. Дитина сумнівається у своїх здібностях і силах. Таким чином, тривога, дезорганізує як навчальну діяльність, так і починає знищувати особистісні структури. Тому знання джерела виникнення підвищеної тривожності, стане полегшенням в створенні і своєчасному проведенні корекційно-розвиваючої роботи, що сприяє зниженню тривожності і формуванню адекватної поведінки у дітей шкільного віку.

Актуальність теми дослідження обумовлена тим, що тривожність є одним з найбільш поширених феноменів психічного розвитку, що зустрічаються в шкільній практиці. В останні роки даній проблемі приділяється значна увага, так як від ступеня прояву тривожності залежить успішність навчання учня в школі, особливо його взаємин з однолітками, ефективність адаптації до нових умов.

У зв'язку з високою життєвою значущістю тривожності, її вивчення стає необхідним стосовно до багатьох областях людської практики: в педагогіці, в психологічному консультуванні, в медицині і в ряді інших наук.

Багато видатних психологи, такі як З. Фрейд, П. Жане, В. Франкл, Ч. Спілбергер, Р. Бендлер, Дж. Гріндер і інші, розглядали в своїх роботах проблему тривожності; але, аналізуючи її з точки зору своїх специфічних концепцій, ці автори не ставили собі за мету комплексний розгляд даної проблеми стосовно шкільної практики.

Вивченню проблеми тривожності присвячені численні роботи вітчизняних і зарубіжних авторів: А. Адлер; Л. Морріс; Н. Д. Левітів; Ч. Спілбергер; Р. Сарасон; Р. Лазарус; А. Кемшшкській; Ю. Л. Ханін; Ф. Б. Березін; Я. Рейковській; П. П. Гайдено; К. зард; А. И. Захаров; В. М. Астапов; А. М. Пріхожан та інші.

Спектр проблематики тривожності досить широкий: найбільш розробленими, як свідчить аналіз психологічної літератури, є роботи, що стосуються питань розвитку тривожних дітей на різних вікових етапах (Б. І. Кочубей, Е. С. Новікова, А. И. Захаров, В. Р. Кисловская); нейрофізіологічних основ тривожності і страху (К. Мей, С. Епстейн, Р. Лазарус, Н. Д. Левітів); створення методичного інструментарію для виявлення тривожності (Р. Б. Кеттел, І. А. Мусіна, Ч. Спілбергер, Б. Н. Філліпс, В. М. Астапов); створення корекційно-розвивальних програм для роботи з тривожними дітьми (А. И. Захаров, А. М. Пріхожан).

Метою курсової роботи є виявлення найбільш ефективних заходів, що забезпечують соціально-психологічну підтримку тривожних дітей в шкільному колективі.

Як результат можемо зробити наступні висновки:

1. Тривожність – це індивідуальна психологічна особливість, яка проявляється підвищеною схильністю відчувати занепокоєння в самих різних життєвих ситуаціях, в тому рахунку і в тих, які до цього не повертають.

Слід відрізнити тривожність від тривоги. Якщо тривога – це епізодичні прояви занепокоєння, хвилювання дитини, то тривожність це стійкий стан.

Тривожність може бути пов'язана з неврозом або з іншими психічними розладами. В таких випадках необхідна допомога медичних фахівців.

Досвідчений вихователь або вчитель, психолог звичайно з перших хвилин спілкування з дитиною розуміє, хто з них має підвищений рівень тривоги. Однак перш ніж робити остаточні висновки, необхідно спостерігати за дитиною – що саме викликає побоювання.

2. Аналіз наукової літератури показав, що основними причинами шкільної тривожності можуть бути:

- конфлікт між потребами дитини;
- суперечливі вимоги з боку батьків;
- неадекватними вимогами, невідповідними можливостям дитини;
- конфлікт виховної системи школи та сім'ї;
- негнучка, догматична система виховання в сім'ї і в школі;
- орієнтація дитини не на процес навчання, а на його результат.

3. Виокремленні та проаналізовані основні напрямки роботи психолога з тривожними дітьми:

- підвищення самооцінки;
- навчання управлінню своєю поведінкою;
- зняття м'язової напруги.

УДК 159

Шістєр К. В.,
студентка 565 групи,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ПСИХОПАТІЯ ЯК ДИСГАРМОНІЯ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКА

Психопатичні особистості є об'єктом всебічного, міждисциплінарного вивчення. У клінічних роботах ставиться питання про співвідношення соціальних і біологічних факторів генезу психопатичних особи-

стостей, особливості та етапи їх розвитку, особистісної структури та основні патологічних проявах, нарешті, про їх класифікації. Важливий внесок у розвиток уявлень про сутність психопатії був внесений роботами психофізіології. Було встановлено, що поведінкові порушення при психопатіях мають в своїй основі конкретні фізіологічні механізми і обумовлені специфічними порушеннями перцептивної діяльності на фізіологічному рівні.

Актуальність психологічного дослідження особистості при психопатіях визначається різноманітністю поглядів на специфіку психопатій, труднощами виділення чітких критеріїв для відмежування аномальних осіб від психічної норми з урахуванням тільки клінічних даних, відсутністю чіткої класифікації психопатичних особистостей (Н. І. Фелінская, 1965, 1976; В. А. Гур'єва, В. Я. Гіндікін, 1968)

1. Проблема психопатії розвивалася в працях вітчизняних і зарубіжних дослідників неоднозначним чином; цей термін часто розумівся двояко, що призвело до його розпливчастість і багатозначності, відбилося в клінічних дослідженнях і в офіційних формулюваннях в діагностичних посібниках, а також стимулювало його експлуатацію в численних кореляційних дослідженнях без достатньої ясності. У вітчизняній психології поняття психопатії існує у вигляді синонім терміну «розлад особистості», а у вузькому сенсі представлено категорією дисоціального розладу особистості, яка, однак, в силу ряду теоретичних і практичних труднощів не використовується фахівцями в повній мірі.

2. Актуальні проблеми, пов'язані з психопатією, або антисоціальним (дисоціальним) розладом особистості, проте, необхідно розглядати в їх зв'язку з процесом формулювання та обговорення концепту психопатії як в теоретичному, так і практичному плані. Вивчення розвитку поняття психопатії в сукупності зі структуруванням накопичених знань в цій області відкриває перспективи подальшого дослідження цього феномена, яке буде засновано на розумінні та коректному використанні наявних емпіричних фактів і теоретичних розробок.

3. З диспозиційних рис особистості в більшій мірі пов'язана з задоволеністю життям в цілому та її окремими складовими (особистим життям і кар'єрою) екстраверсія, в меншій мірі – емоційність, сумлінність і доброзичливість. Чесність і відкритість новому досвіду практично незначущі для формування задоволеності життям.

4. Серед рис, що відносяться до Темної тріади, з задоволеністю життям позитивно пов'язаний нарцисизм.

5. Симптомокомплекс «Темна тріада» в значній мірі пояснюється узагальненими диспозиційними властивостями особистості, але при цьому залишається самостійним, зі своєю специфікою, комплексною властивістю.

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ДИСТИМІЇ

Сучасна людина постійно перебуває у стані напруги та стресу, пов'язаного з сучасним ритмом життя, особливо у великих містах. Більшість людей й не здогадується, що проблеми зі здоров'ям викликані не лише зниженим імунітетом чи вродженою спадковістю, а пов'язані з психологічно-емоційним станом, сприйняттям навколишньої дійсності, та ставленням до себе.

Дистимія – порівняно з іншими формами депресії, більш легка форма депресії, яка супроводжується зниженням працездатності, постійною втомою і зниженням роботи імунної системи організму. Така форма депресії сприяє розвитку і загостренню хронічних хвороб, особливо шлунково-кишкового тракту. Важливим також є ставлення до цієї проблеми у нашому соціумі. Дуже часто дистимію плутають зі звичайною хандрою через недостатню інформованість про цей психічний розлад і не борються з цією проблемою своєчасно, яка у наслідку запущеності може перерости у серйозне психічне захворювання – клінічну депресію, яка може мати суїцидальні прояви. Справа в тому, що симптоми дистимії схожі на симптоми хандри, але мають дещо інший характер та тривалість протікання.

У статті, ми розглянемо основні психічні механізми дистимії, дослідимо їх, визначимо основні прояви цього психічного розладу, визначимо вплив дистимії на самопочуття та фізичне здоров'я людини, розглянемо гендерні особливості протікання дистимії, вкажемо на вікові особливості протікання цього психічного розладу, дослідимо взаємозв'язок дистимії з іншими формами депресії, та на основі проведеного нами дослідження, визначимо основні механізми дистимії серед людей, віком від 18 до 20 років і проаналізували загальний стан проблеми на сьогодні.

ЗВ'ЯЗОК РІВНЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ПОЛІЦІЇ

Актуальність теми. Діяльність працівників Національної поліції здійснюється під впливом особливих психологічних, соціальних і правових умов. Напруженість, екстремальність, небезпека, підвищена відповідальність за вчинені дії – усі ці фактори можуть спричинити виникнення у працівників станів емоційного напруження, фізичного та психічного виснаження, професійних стресів тощо. Такий сильний негативний вплив особливостей професійної діяльності на особистість працівника може призвести до виникнення явища емоційного вигорання, внаслідок якого поступово відбувається розчарування в професії, втрачається професійна мотивація, виникають невротичні реакції, психічні функціональні розлади та різні соматичні захворювання. Синдром професійного вигорання виникає на тлі стресу, а також внаслідок накопичення негативних емоцій і призводить до емоційного виснаження людини. З огляду на зазначене, емпіричне дослідження особливостей професійного вигорання в працівників Національної поліції набуває актуальності, адже емоційне благополуччя фахівця є одним із визначальних чинників професійного життя, а повноцінне психічне здоров'я – важливою умовою професійної діяльності.

Стан дослідження. Вивченню професійного вигорання, що становить багатокomпонентний конструкт у вигляді психічного, фізичного та емоційного виснаження, присвячена велика кількість робіт і у вітчизняній, і в зарубіжній психології. Це дослідження змісту та структури професійного вигорання; аналіз детермінант виникнення професійного вигорання; розробка психодіагностичного інструментарію для його вимірювання; визначення засобів профілактики та корекції наслідків цього синдрому. Однак, незважаючи на велику кількість досліджень, практично немає досліджень особливостей синдрому професійного вигорання у працівників Національної поліції України. Це, власне, спонукало нас до проведення теоретико-емпіричного дослідження.

Мета дослідження є виявлення рівня професійного вигорання у працівників Національної поліції України та його зв'язку з індивідуально-особистісними якостями особистості.

Завдання дослідження.

1. Окреслити основні підходи до визначення синдрому професійного вигорання.

2. З'ясувати фактори виникнення синдрому професійного вигорання у працівників поліції та описати симптоми його прояву.

3. Провести емпіричне дослідження на визначення рівня синдрому професійного вигорання в працівників Національної поліції України.

4. Визначити методи профілактики синдрому професійного вигорання.

Об'єкт дослідження синдром професійного вигорання.

Предмет дослідження особливості синдрому професійного вигорання в працівників Національної поліції України.

Внаслідок проведеного емпіричного дослідження виявлено, що серед досліджуваних працівників Національної поліції явище емоційного вигорання є не надто поширеним, оскільки синдром емоційного вигорання серед більшості працівників є не сформованим (проте результати близькі до стадії формування). Розвиток професійного вигорання у досліджуваних осіб виявляється саме через наявність компоненту «резистенція», яка характеризується неадекватним емоційним реагуванням, зменшенням взаємодії з колегами, припиненням професійних обов'язків, бажанням побути на самоті, розширенням сфери економії емоцій тощо. За результатами кореляційного дослідження з'ясовано, що працівникам поліції, які переживають професійне вигорання, притаманні внутрішня напруженість, замкнутість, нерішучість, низька здатність до самоконтролю та емоційна лабільність. За результатами порівняльного аналізу встановлено, що найбільшого ризику емоційного вигорання зазнають молоді працівники зі стажем до 3 років. Перспективу подальших досліджень убачаємо у розробці комплексної програми з попередження професійного вигорання та направлення адекватних механізмів психологічного захисту для серед працівників Національної поліції з метою збереження їхнього психічного здоров'я.

З'ясовано фактори виникнення синдрому професійного вигорання у працівників поліції та описано симптоми його прояву.

Дві основні групи:

1) суб'єктивні (індивідуальні), які пов'язані: з особливостями особистості, віком, системою життєвих цінностей, переконаннями, з особистим ставленням до виконуваних видів службової діяльності, членами своєї сім'ї.

2) об'єктивні (ситуаційні) безпосередньо пов'язані зі службовими обов'язками, наприклад: зі збільшенням службового навантаження, недостатнім розумінням своїх посадових обов'язків, неадекватною соціальною та психологічною підтримкою, відсутністю заохочувальної оцінки з боку безпосередніх начальників тощо.

Для проведення дослідження було використано методики:

1. Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка.

2. Методика «Визначення психічного «вигорання» О.О. Рукавішнікова.

3. Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина – людина».

4. Методика «Схильність до стресу».

5. Багатофакторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла (№ 105), (16PF – опитувальник).

Отримані результати свідчать, що у працівників поліції наявна тенденція до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, проявляється негативізм щодо службової гідності і можливостей, обмеження своїх можливостей, обов'язків щодо інших. Емоційне виснаження розглядається як основна складова «професійного вигорання» та характеризується заниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням. Деперсоналізація проявляється у деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути зростання залежності від інших людей, у інших – зростання негативізму, цинічності установок.

Отже, наша гіпотеза про те, що синдром професійного вигорання залежить від індивідуально-типологічних особливостей працівників поліції, підтвердилась.

ПІДСЕКЦІЯ: Інноваційні технології у фізичному вихованні та студентському спорті

УДК 796.015.132-057.875:616-07](043.2)

Андрющенко М. І.,
старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Маєр В. Я.,
старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
Кураса Г. О.,
старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання
Берднік В. І.,
в. о. доцента кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ГРВ-БІОЕЛЕКТРОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТА

Для вільної орієнтації в інформаційних потоках сучасний фахівець будь-якого профілю повинен вміти отримувати, обробляти і використовувати інформацію за допомогою комп'ютерів, телекомунікацій та інших засобів інформаційних технологій. Потреба суспільства в кваліфікованих фахівцях, які володіють арсеналом засобів і методів інформатики, перетворюється в провідний чинник освітньої політики. це повністю відноситься і до підготовки студентів по предмету – фізична культура.

Апробація технології ГРВ-біоелектрографії в спорті була проведена в 1999–2002 рр. на базі Північно-Західної Олімпійської Академії Росії (Президент – академік В. У. Агеєвцев) в спільних дослідженнях СПбНІФК і Академії фізичної культури ім. П. Ф. Лесгафта. У дослідженнях взяли участь чемпіони Олімпійських ігор і висококваліфіковані спортсмени училищ олімпійського резерву № 1, 2 і Центру олімпійської підготовки Санкт-Петербурга (середній вік – $18,3 \pm 3,5$ років), серед них 15 майстрів спорту міжнародного класу, 26 майстрів спорту та 42 кандидата в майстри спорту. Всього в комплексних лонгітюдних дослідженнях було проведено понад 348 людино-обстежень.

З 2005 року на території Миколаївської області почала працювати Науково-дослідницька клінічна лабораторія ГРВ-біоелектрографії «Апейрон», яка проводить незалежні дослідження в галузі вивчення людської аури (цілісного мультікольорового енергополя). Основним завданням лабораторії є: популяризація використання апаратів газо-

розрядної візуалізації професора К. Г. Короткова в науковому середовищі, студентських аудиторіях, промислових підприємствах, культурних установах; сприяння розвитку таких галузей науки як: астрохімія, біологія, медицина, психологія, спорт, екологія.

Базою для досліджень в області фізкультурної освіти стала група удосконалення спортивної майстерності з волейболу Миколаївського національного університету ім. Петра Могили.

Метод газорозрядної візуалізації (ГРВ-біоелектрографії) дозволяє реєструвати і кількісно оцінювати світіння, що виникає поблизу поверхні об'єкта при вміщенні його в електромагнітне поле високої напруги.

Для характеристики БЕО-грам використовуються наступні показники: площа газорозрядного зображення, нормалізована площа, інтегральний коефіцієнт площі, ентропія зображення і коефіцієнт фрактальності. Досліджуються значення цих показників для кожного пальця руки, середні значення показників для пальців обох рук і окремо для правої і лівої, визначаються величини параметрів в секторах проєкційних зон функціональних систем, запропонованих Р. Mandel (1986) у модифікації К. Г. Короткова.

Сформований в ході спільних досліджень з фахівцями США, Швеції, Фінляндії та Словаччини банк даних дозволив визначити зону норми для нижчевказаних параметрів БЕО-грам, характерних для практично здорових людей різних вікових груп і статі. Величини коливань параметрів БЕО-грам становлять відповідно 6,6 і 4,1 % (середньодобова і середня 10-хвилинна).

Результати проведених досліджень свідчать, що студенти, які додатково займаються в секції волейболу мають ряд характерних особливостей паттернів БЕО-грам. По-перше, їх БЕО-грами відрізняються відносно високим ступенем структурованості в порівнянні з випробуваними (студенти інших груп того ж віку) контрольних груп. По-друге, слід зазначити, що з великим ступенем ймовірності (87 % випадків) БЕО-грами студентів-волейболістів, належать до типів Па і Пб за класифікацією, прийнятою в ГРВ-біоелектрографії. При цьому вкрай істотно, що як комбінаторика типів БЕО-грам, так і їх базові параметри (площа, фрактальні і ентропійні характеристики) достовірно різняться ($p < 0,05-0,01$) від групи студентів, які мають різну ступінь функціональної готовності, яка визначалася за даними тестування стандартними верифікованими методами.

Ще одна важлива закономірність, виявлена в ході досліджень, – стійкий зв'язок базових параметрів БЕО-грам з генотипічними характеристиками студентів-волейболістів, що визначають їх психофізичну витривалість.

Перевірка цієї закономірності на групі удосконалення спортивної майстерності з волейболу показала, що ті з них, хто перебуває у так званих сприятливих періодах індивідуального року, відрізняються, за даними ГРВ-біо-електрографія, найбільш високим рівнем психоенергетичних функціональних резервів.

Проведені дослідження свідчать, що використання в системі спортивної функціональної діагностики ГРВ-біо-електрографія, що дозволяє оцінити стан квантово-польового рівня біоенергетики організму і біопольових механізмів психічної саморегуляції, надає принципово нові можливості тестування психофізичного потенціалу студентів.

До них в першу чергу, слід віднести використання ГРВ-біоелектрографії з метою експрес-оцінки функціональних резервів студента-спортсмена і прогнозу його психічної (ментальної) готовності до досягнення успіху в діяльності змагання. Принципове значення вирішення даної проблеми, що включає також облік індивідуальних біоритмологічних особливостей організму спортсмена, не викликає сумнівів.

УДК 796.012.1-057.875:378.4ЧНУ](477.73)(043.2)

Бондаренко І. Г.,

канд. наук з фіз. виховання і спорту,
доцент, завідувач кафедри теорії та методики фізичного виховання,

Павленко Ю. О.,

в. о. доцента б. в. з. кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТІВ ЧНУ ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ у 2018–2019 н. р.

У грудні 2015 р. Кабінетом Міністрів України було прийнято Постанову «Про затвердження Порядку проведення щорічного оцінювання фізичної підготовленості населення України». Починаючи з 2017 р. з метою вдосконалення системи контролю за рівнем фізичного здоров'я студентів було впроваджено щорічне тестування у закладах вищої освіти.

Система тестування складається за видами тестів на витривалість, силу, швидкість, спритність і гнучкість з урахування вікових та статевих особливостей студентів.

У результаті здійснення такого контролю передбачено впровадження системи заходів, що сприятиме вдосконаленню навчальних планів з фізичного виховання, аналізу рухової активності, динаміки

рівня фізичної підготовленості молоді. Також дозволить вчасно корегувати діючі тести та нормативи з визначення рівня фізичної підготовленості відповідно змінам, що відбуваються у суспільстві.

Вимоги суспільства щодо необхідності розробки нормативів фізичної підготовленості студентів, їх орієнтованості на високий та вище середнього рівні фізичного здоров'я, дозволить програмну основу фізичного виховання зорієнтувати на досягнення належних норм, що буде сприяти підвищенню рівня фізичного здоров'я молоді.

Із метою спрямування діяльності навчальних закладів на фізичний розвиток учнівської та студентської молоді було організовано проведення тестування в 15,0 тис. навчальних закладах (2017). Кількість осіб, які допущені до тестування, складала майже 2,1 млн чоловік, майже 50 % студентів були залучені до тестування. Такий показник серед студентської молоді зумовлено скороченням годин на навчальну дисципліну «Фізичне виховання» та визначення її як єдиної в Україні з усіх навчальних дисциплін у закладах вищої освіти позакредитної дисципліни, яка поступово стримує розвиток спортивної роботи зі студентською молоддю.

У результаті дослідження рівня фізичної підготовленості студенток, з'ясовано, що навчальні заняття з фізичного виховання, які проводяться в групі з обсягом 4-х навчальних годин на тиждень в більшій мірі сприяють позитивній динаміці показників фізичної підготовленості, ніж в групі з обсягом занять 2 години. В той же час, зазначається низький загальний рівень фізичної підготовленості студенток в обох групах: середні показники на рівні «задовільно» виявлено за такими випробуваннями: як біг на 2000 метрів (Н. Москаленко, В. Пічурін, 2017).

Фахівцями кафедр фізичного виховання оцінено динаміку змін, що відбулися впродовж двох років навчання у студентів різних факультетів: виявлено різницю в рівні розвитку витривалості. До навчальних планів факультетів введено навчальні предмети, які передбачають підвищену рухову активність, зокрема екологічні дослідження, туристичні походи.

У щорічному тестуванні (2018–2019 н. р.) щодо оцінки рівня розвитку фізичних здібностей взяли участь 1820 студентів ЧНУ імені Петра Могили, що складає 52,01 % від усіх студентів денної форми навчання.

Слід зазначити, що низький рівень фізичної підготовленості характерний для 7,91 % студентів ЧНУ імені Петра Могили, які склали тести. У щорічному тестуванні взяли участь 1158 дівчат, з них 9,32 % характеризуються низьким рівнем фізичної підготовленості. Серед студентів (n=662), кожен третій характеризується середнім рівнем розвитку фізичних якостей.

В порівнянні з іншими роками покращилися показники кількості студентів СМГ: спостерігається зниження показників з 12 % (2007–2008 н. р.), 14 % (2012–2013 н. р.), 4,25 % (2016–2017 н. р.) до 2,6 % у 2019–2020 н. р. (всього налічувалося 3499 студентів денної форми навчання). Звертає увагу достатньо низький відсоток студентів, які мають відхилення у стані здоров'я, тоді як постійно спостерігалася негативна динаміка розвитку фізичних якостей у студентської молоді. Можливо, не в повній мірі здійснюється аналіз стану здоров'я абітурієнтів, важче стало виявляти «приховані» захворювання.

Таким чином, було з'ясовано рівень фізичної підготовленості студентів ЧНУ імені Петра Могили, які взяли участь у тестуванні: високим рівнем підготовленості характеризується 19,83 % студентів; достатнім – 30,00 %; середнім – 42,25 %; низьким – 7,91 %.

Викладачі кафедри спортивних дисциплін відмічають низький рівень розвитку витривалості у студентів всіх курсів. В багатьох університетах фахівцями в галузі фізичного виховання не використовувався тест на визначення рівня розвитку витривалості студентів. На наш погляд, слід розглянути впровадження тесту Купера із застосуванням гребних тренажерів.

У подальших дослідженнях фізичної підготовленості студентів слід звернути увагу на залучення більшої кількості учасників в тестуванні. Також потребують оптимізації робочі програми з фізичного виховання щодо розвитку витривалості у студентів.

УДК 378.016:796.011.3–057.875–054.56

Дзюбан О. В.,

старший викладач кафедри фізичного виховання
НУК ім. адм. Макарова, м. Миколаїв,

Конопляник О. В.,

старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ» ДЛЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ

Потрапляючи в іншу соціокультурне середовище, іноземний студент відчуває необхідність адаптуватися до неї з різних позицій: як представник своєї країни, тобто носій своєї соціокультури, традицій, звичаїв, норм поведінки, системи цінностей; як молода людина, тобто

особистість з притаманними їй специфічними особистісними особливостями; як студент, тобто суб'єкт діяльності педагогічного середовища, і як об'єкт впливу цього середовища на нього

Метою є дослідити та проаналізувати впровадження інноваційних методів викладання дисципліни «фізичне виховання» для іноземних студентів.

Особливостям роботи з іноземними студентами присвячені наукові праці багатьох авторів, але вони стосуються в основному вивчення мови, загальної адаптації до навчання та вивченню спеціальних предметів пов'язаних з майбутньою професійною діяльністю. Ряд авторів відзначають, що для того, щоб досягти результатів у покращенні фізичної підготовленості, підвищення рівня розвитку професійно важливих психофізичних якостей студентської молоді, необхідні принципово нові підходи, методи і технології, які повинні відповідати індивідуальним особливостям, сприяти максимально ефективній реалізації їх інтересів, здібностей в майбутній професії.

Використовуючи загальні принципи та методи фізичного виховання, а також враховуючи те що іноземний студент це носій своєї соціокультури, традицій, звичаїв, норм поведінки, викладачами ЧНУ ім. Петра Могили розроблено окрему програму з фізичного виховання для іноземних студентів.

На початку навчання іноземним студентам була запропонована загальна програма з фізичного виховання де основними модулями були «легка атлетика», «волейбол», «баскетбол». Під час навчального року внаслідок спостереження та спілкування зі студентами було з'ясовано, що студенти з більшим задоволенням обрали би такий вид рухової активності, як бадмінтон. Іноземні студенти беруть активну участь в змаганнях з цього виду спорту між студентами Чорноморського національного університету, що доводить те, що студенти не тільки цікавляться, а й мають певні вміння та навички з цього виду рухової активності. Взагалі під час пошуку нових підходів щодо організації учбових занять з іноземними студентами враховується особливе значення для них ігрової діяльності. В цілому спортивні ігри дозволяють вирішити цілий комплекс важливих завдань: задовольнити потребу в русі, стабілізувати емоції, навчити володіти своїм тілом, розвивати не тільки фізичні якості, а також розумові та творчі здібності.

Значна увага приділяється тестуванню фізичних якостей іноземних студентів. Під час практичних занять зі студентами з'ясувалося, що нормативи загальної програми з фізичного виховання не спроможні виконати більше ніж 50 % студентів. Тому під час оцінювання акцент робиться на показники приросту індивідуальних результатів, виходячи

з того, що тестування повинно спонукати студентів досягати більш високого рівня фізичної підготовленості, не викликаючи негативного відношення до занять фізичними вправами, допомагати створенню у студентів позитивного психологічного настрою. Таким чином тестування носить інформативний характер, надає студентам уявлення про їх фізичну підготовленість та не порівнюються з встановленими загальнодержавними нормативами.

Для дівчат мусульман, які переважно мають бажання займатися окремо від хлопців, викладачі підбирають вправи в залежності від особливостей одягу. Усі частини тіла, крім обличчя та кистей рук покриті, тому в заняттях не використовуються вправи, особливо в весняно-літній період семестру, які можуть призвести до перегрівання тіла.

Більш пасивними є студенти з Індії. Індійські дівчата часто соромляться проявляти свою фізичну підготовленість. Тому урок з індійськими студентками будується з урахуванням їх рухових навичок. У заняттях акцентується увага на позитивні якості і досягнення студентів, на задоволення їх потреби в самоствердженні та спілкуванні. Вирішення цих задач передбачає відхід від жорсткої регламентації занять, підвищення їх емоційної насиченості, максимальна різноманітність форм, методів і засобів фізичної культури. Навантаження підбирається в залежності від підготовленості тих, хто займається.

Варіативний підхід з урахуванням етнічних особливостей іноземних студентів підвищує значущість соціальних і професійно-ціннісних мотивів, спрямованих на зміцнення здоров'я, вдосконалення професійно-значущих якостей майбутнього лікаря, дозволяє вирішувати психолого-педагогічні завдання виховання, а також питання фізичного самовдосконалення.

УДК 796.03-056.26(477)(043.2)

Ільїн М. С.,

старший викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,

Бондаренко О. В.,

викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання,

ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

РОЗВИТОК АДАПТИВНОГО СПОРТУ В УКРАЇНІ

Аналіз літературних джерел свідчить про різноманітні підходи спеціалістів до визначення найважливіших ключових етапів формування

фізкультурно-спортивного руху осіб з особливими потребами. Більшість фахівців виділяють три головних етапи його розвитку: ЛФК, реабілітаційний спорт, адаптивний спорт.

У 1992 р. утворився Національний комітет спорту інвалідів України, який представляє Україну в міжнародному паралімпійському та дефлімпійському русі та виконує функції Національного паралімпійського комітету й Національного дефлімпійського комітету.

У 1993 р. було створення Український центр фізичної культури та спорту інвалідів «Інваспорт» з регіональними відділеннями, які разом упроваджують у життя державну політику з питань фізичної культури й спорту інвалідів та забезпечують успішність виступу

На думку В. Маринич. О. Книш (2016), завдяки ефективній співпраці Національного комітету спорту інвалідів України та та «Інваспортом», адаптивний спорт в Україні знаходиться на більш високому рівні розвитку ніж олімпійський. На сьогодні в Україні функціонують 24 ДЮСШ, які мають максимально залучити осіб з інвалідністю до занять адаптивним спортом. Проте частка таких дітей порівняно із загальною кількістю дітей з інвалідністю в Україні надзвичайно мала. Найбільш представленими в ДЮСШ видами спорту є легка атлетика, настільний теніс, плавання, футбол та пауерліфтинг.

Українські науковці виділяють головні етапи розвитку адаптивного спорту за його основними напрямками: паралімпійський, дефлімпійський спорт і рух спеціальних олімпіад.

Як зазначає І. Чернявський (2015), можна виявити основні проблеми, які перешкоджають розвитку адаптивного спорту: дефіцит кваліфікованих кадрів сфери адаптивного спорту, недостатній рівень фінансування державою, відсутність налагодженої системи обміну досвіду з зарубіжними фахівцями, відсутність пропаганди та популяризації рухової активності для людей з особливими потребами і т. д.

У результаті впровадження розробленої концепції І. Когут (2016) відбулися зміни у структурі та змісті професійної підготовки студентів на підставі розробки навчально-методичного комплексу з впровадження дисципліни «Адаптивний спорт» в нормативну частину галузевого стандарту підготовки бакалаврів за напрямом підготовки «Спорт»; формування компетентностей бакалаврів зі спеціальності «Спорт» для роботи зі спортсменами з інвалідністю; вдосконалення навчально-методичного забезпечення дисциплін спортивно-педагогічних кафедр та спеціальних дисциплін теоретичних кафедр шляхом включення модулів з питань фізкультурно-спортивної роботи зі спортсменами з інвалідністю.

Ряд науковців (Чичуліна К. Стеценко Ю., Улько О., 2018) зазначають, що одним із визначальних протиріч сучасного етапу розвитку економіки фізичної культури і спорту інвалідів в Україні є гостра невідповідність між намаганнями держави зберегти провідну роль у забезпеченні функціонування даної сфери та обмеженими ресурсними можливостями, зокрема бюджетними фінансовими. Запропоновано для оптимізації функціонування спортивних шкіл інвалідів для інформаційної підтримки розробити ІС (базу даних), також запровадити власні сайти з корисними інформаційними, нормативно-правовими посиланнями.

Доведено, що популярність адаптивного спорту, його фізичний, соціальний, гуманістичний та економічний потенціал сприяють незалежності, розширенню можливостей і повноцінній соціальній інтеграції осіб з інвалідністю.

УДК 796.011.3(075.8)

Мінц М. О.,
канд. іст. наук,
доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання,
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

САМОСТІЙНІ ЗАНЯТТЯ СТУДЕНТІВ ФІЗКУЛЬТУРОЮ І СПОРТОМ

У сучасному світі з високим темпом життя мало залишається часу для регулярних занять фізичною культурою та спортом. Значні фізичні та інтелектуальні навантаження на роботі, в процесі навчання, проблеми у побуті тощо досить часто не дають змоги людині регулярно займатися фізкультурою і спортом. До того ж значна частина людей в своєму житті ніколи регулярно не займалися спортом. Гіподинамія, малорухливий спосіб життя, надлишкова їжа, стреси негативно впливають на загальний стан здоров'я людини. Безумовно, тривалий час відсутність рухової активності не є загрозою для організму, але проблеми накопичуються поступово: значно зростає вага тіла, починають боліти суглоби, з'являється задишка, тахікардія, незначне фізичне навантаження викликає перевтому, погіршується загальне самопочуття. У такому випадку лікарі призначають медикаментозне лікування та рекомендують фізичні вправи. Тоді перед людиною постає проблема яким чином організувати заняття фізкультурою. На відвідування спортивного залу не вистачає часу, крім того це коштує значну суму за

послуги інструктора або тренера тощо. Тому молоді люди починають самостійно займатися фізкультурою і спортом.

Свої праці цій проблеми присвятили цілий ряд дослідників: Ярликова О. В. (роль самостійних занять фізичними вправами молодшими школярами у режимі дня), Кулекін І. В. (зміст і організація самостійних занять фізичними вправами курсантів-судоводіїв в умовах тривалого плавання), Фатькін В. М. (методика самостійних занять фізичною культурою і спортом гірничого університету), Савкіна Н. В. (самостійні заняття фізичною культурою в системі життєвих цінностей сучасного студента), Соколова О. В., Соколова М. Л. (фізична культура і спорт у студентському середовищі, роль самостійних занять, шляхи підвищення мотивації до занять спортом), Покровська Т. Н., Ларіонов І. С. (Вплив рухової активності і самостійних занять на здоров'я студента), Листков М. Л. (самостійні заняття в системі фізичного виховання студенток педагогічного вузу). Науковці в результаті дослідження приходять до висновків, що самостійні заняття фізичними вправами позитивно впливають на рівень фізичного розвитку студентів, формують навички здорового способу життя, сприяють всебічному зміцненню здоров'я молодих людей.

Важливо відмітити, що переважна більшість студентів до вступу в університет відвідували спортивні секції, навчалися у дитячо-юнацьких спортивних школах (64,8 %) і мають прагнення досягти успіху у спорті. Так, 27,2 % з них відповіли, що це їм потрібно для досягнення високих спортивних результатів, визнання (6,7 %), отримання нагород (10,8 %), здійснення подорожей в інші країни (60,8 %), а також вони позитивно ставляться до спорту високих досягнень (72,9 %); 44,5 % ставлять за мету сформувати красиву спортивну статуру і хочуть цього досягти без застосування анаболічних препаратів і діуретиків.

Доцільно зауважити, що студенти, які більш-менш регулярно самостійно займаються фізичними вправами мають значно вищі показники при складанні тестів з фізичного виховання ніж у тих, хто не приділяє фізкультурі належної уваги. За стобальною системою оцінки рівня фізичної підготовленості хлопці мають в середньому 82–88 балів, дівчата 78–80 балів, що в цілому є хорошим показником. Дослідження показують, що рівень інтересу до занять фізкультурою і спортом на першому курсі у чоловіків (20,5 %) дещо вище ніж у жінок (20,2 %). Але з часом цей показник зменшується і на четвертому курсі відповідно складає 15,5 % та 11,1 %.

Основними мотивами самостійних занять фізкультурою і спортом є: зміцнення здоров'я; покращення фізичних якостей; розваги та активний відпочинок; позбавлення надлишкової ваги тощо.

Існують наступні форми самостійних занять фізкультурою: гігієнічна, оздоровчо-відновлювана, загальнопідготовча, спортивна, професійно-прикладна, лікувальна. У студентські роки молоді люди вибирають такі види спорту для самостійних занять як: ходьба, біг, їзда на велосипеді, аеробіка, спортивні та рухливі ігри, атлетична гімнастика, походи. Як правило значна частина хлопців студентського віку починають самостійно займатися «накачуванням» м'язів, бігом, спортивними іграми. Дівчата прикладають певні зусилля до схуднення, формування гнучкості, бажають сформувати гарну та привабливу фігуру тіла. Таким чином у значній мірі починається безсистемне та неупорядковане заняття фізкультурою. Дослідження показало, що лише 7 % молодих людей, перед тим як побудувати систему занять, цікавляться спеціальною літературою, Інтернет виданнями, тощо. Відсутність достатніх теоретичних знань, практичного досвіду призводить інколи до негативних результатів.

Як показує практика інтенсивні заняття на початковому етапі є безсистемними та надзвичайно активними, що призводить до перевтоми та депресії. Цей відсоток сягає 67 % у початківців. І як наслідок сильно болять м'язи, спостерігається перевтома, апатія, перезбудження, поганий сон, втрачається апетит, відбувається незначна втрата ваги тіла тощо. І як результат більше 50 % хлопців та 78 % дівчат припиняють займатися фізичними вправами. Переважна більшість юнаків і дівчат прагнуть за допомогою спорту зміцнити здоров'я (86,2 %), отримати насолоду від фізичних прав (60 %), зняти психологічне навантаження (33 %). На думку студентів на заняттях з фізичного виховання вони мають можливість зміцнити своє тіло, набратися сили та вправності, отримати навички самооборони (20,1 %). Крім того студенти (в основному першого курсу) прагнуть відвідувати тренажерний зал з метою сформувати гармонійну розвинуту статуру (56 %) та завести нових знайомих і друзів (18,3 %). Останні дослідження показали, що високий рівень фізичного розвитку мають лише 10 % юнаків і 6 % дівчат, середній відповідно – 37 % і 36 %, низький – у 26 % юнаків і 27 % дівчат, а 5 % студентів відвідують заняття з фізичного виховання в спеціальній медичній групі.

Для того щоб не нашкодити організму надмірним тренуванням доцільно перед тим як зайнятися спортом нагально рекомендується пройти обстеження у лікаря. І лише після цього скласти програму, режим та обсяг тренувань. Не рекомендуються інтенсивні самостійні заняття спортом особам які мають певні вади зі здоров'ям: хвороби серця, органів дихання, травлення, опорно-рухового апарату тощо. Такі тренування повинні проходити лише під наглядом спеціаліста.

Крім того доцільно регулярно відвідувати лікаря з метою контролю за станом здоров'я.

Самостійні тренувальні заняття доцільно проводити індивідуально або в групі 3–5 осіб. Групове тренування більш ефективне. Займатися рекомендується 2–7 разів на тиждень по 1–1,5 години. Займатися 2 р. на тиждень не ефективно кращий час для тренувань друга половина дня через 2–3 год. після обіду. Не рекомендується тренуватися вранці і натошак. Тренування має бути комплексним, тобто сприяти розвитку багатьох фізичних якостей, а також зміцнювати здоров'я і підвищувати загальну працездатність організму.

Отже, самостійні заняття фізкультурою є однією з найбільш прийнятних форм компенсації нехватки академічних занять в системі фізичного виховання студентів у вузі.

УДК 796.856:378.4ЧНУ

Титовський І. С.,
викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання
ЧНУ ім. Петра Могили, м. Миколаїв

ТХЕКВОНДО ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ ЧНУ ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ

Фізичне виховання у вищому закладі освіти, в якості невід'ємної частини процесу навчання та професійно-прикладної підготовки, забезпечує фізичну готовність майбутніх фахівців до високопродуктивної професійної діяльності та сприяє їх всебічному і гармонійному розвитку. В наш час, під впливом науково-технічного прогресу та широкого впровадження інформаційних технологій навчання, процес підготовки спеціаліста поєднується зі значними розумовими та психологічними навантаженнями на організм студентів. Значно підвищуються вимоги до рівня здоров'я фахівців у різних галузях, рівня розвитку їх фізичних і психічних якостей, а саме професійно-важливих, таких, як здатність до швидкої адаптації, працездатність, витривалість тощо.

О. В. Долгановим, доведено ефективність спортизації фізичного виховання студентів вузів на основі засобів та методів, які застосовуються у спортивній підготовці єдиноборців. Отримані автором дані свідчать, що організація фізичного виховання студентів на основі спортизації дозволяє підвищити рівень фізичної активності, дає можливість оволодіти знаннями в галузі фізичної культури, спорту та здо-

рового способу життя, необхідних для підтримки високого рівня здоров'я, фізичного розвитку, фізичної підготовленості. Спортизація фізичного виховання дозволяє розкрити та реалізувати реальні і потенційні можливості студентів, дозволяє успішно вирішувати навчальні та виховні завдання у порівнянні з традиційними підходами до організації фізичного виховання в закладах вищої освіти.

Яременко В., Малинський І. (2011) та інші дослідники зверталися до проблеми удосконалення організації фізкультурно-оздоровчих занять зі студентською молоддю з пріоритетним використанням різних видів єдиноборств (джудо, ушу, тхеквондо, греко-римська боротьба, карате-до, сумо, бокс тощо). Орен Д. Л. (2009) розглядав підхід до формування здорового способу життя студентської молоді з використанням засобів сучасних традиційних та нетрадиційних видів єдиноборств.

В. Ю. Головановим розроблено методику організації занять тхеквондо зі студентами нефізкультурних вузів. Автором обгрунтовано доцільність застосування засобів тхеквондо на навчально-тренувальних заняттях зі студентами; розроблено і апробовано зміст навчальної програми та навчально-тренувальних занять, що сприяють підвищенню фізичної підготовленості та зацікавленості студентів технічного вузу до занять фізичною культурою та спортом. Комплекс вправ тхеквондо, застосований у фізичному вихованні студентів технічного вузу, підвищує ефективність навчального процесу, сприяє підвищенню фізичної підготовленості студентів та їхньої зацікавленості до занять фізичною культурою і спортом.

На думку І. Пашкова (2017) в підготовці тхеквондистів потрібно використовувати основні та додаткові тренувальні засоби. Основні тренувальні засоби – це фізичні вправи за допомогою яких досягається зростання та досконалість майстерності. Додаткові тренувальні засоби – це тренажери, спеціальне устаткування та діагностична апаратура.

Заняття з тхеквондо сприяють підвищенню як функціональних можливостей організму, так і підвищенню рівня фізичної підготовленості студентів: включення майже всіх суглобів у виконання рухів, розвиток гнучкості та пластичності тіла. Заняття цим видом єдиноборств сприяє виходу негативної енергії і зняттю стресу що накопичується в ході розумової напруженої діяльності впродовж навчання, надає впевненості в своїх силах, сприяє наполегливості в досягненні поставлених цілей.

Студенти ЧНУ ім. Петра Могили вже мають можливість розширити свої функціональні можливості та поліпшити фізичне здоров'я, займаючись різними видами рухової активності, зокрема, з вересня 2019 року на кафедрі теорії та методики фізичного виховання запропоновано напрямок східних єдиноборств, який представлений відділенням тхеквондо.

Навчальні заняття проводяться за робочою програмою, в якій враховано програмні рекомендації федерації тхеквондо України та адаптовані згідно нормативної документації щодо організації фізичного виховання у ЗВО.

Подальші дослідження передбачається провести в напрямку вивчення проблем щодо застосування тхеквондо у фізичному вихованні студентів ЧНУ імені Петра Могили, зокрема вплив засобів тхеквондо на рівень фізичної підготовленості молоді.

ЗМІСТ

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я. ПСИХОЛОГІЯ. ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ТА СПОРТ

ПІДСЕКЦІЯ: Актуальні проблеми медицини

<i>Karan Kamble.</i> Management of chronic hepatitis C among people living with HIV and people who inject drugs in Mykolaiv oblast, Ukraine	1
<i>Ivanchenko S.</i> Patient support, education and counselling service in Mykolaiv hepatitis C project	2
<i>Клименко М. О.</i> Роль низькоступеневого запалення в патогенезі хронічних неінфекційних захворювань	3
<i>Козій М. С., Ілляшенко Ю. В., Соломко Д. А.</i> Особливості гістологічної будови печінки ембріона людини в умовах бактеріальної інфекції	4
<i>Чеботар Л. Д., Дроненко А. С.</i> Вплив адреналіну на функціональний стан серця щурів в умовах різної функціональної активності епіфіза	7
<i>Половенко Л. С.</i> Роль дріжджів роду <i>Malassezia</i> у виникненні захворювань організму людини	8
<i>Камай А. Г., Шмалько О. О.</i> Основні тенденції розвитку світового фармацевтичного ринку	9
<i>Оглобліна М. В., Михайлова Т. М.</i> Безпеки лікарських засобів: роль медичного працівника в системі фармаконагляду	11
<i>Шмалько О. О.</i> Удосконалення реклами ліків	13
<i>Лебідь С. Г., Нєєсіна Г. В.</i> Ритми золь-гель переходів протоплазми клітини як основа хронобіологічних досліджень організму людини	15
<i>Черно В. С., Гаврилюк І. М., Білик В. І., Гіносян А. М.</i> Особливості структурної організації стінок пазух твердої оболони головного мозку людини	18

<i>Нужна О. К., Черно В. С., Скрябіна О. М., Яковенко Н. О., Тузова О. В., Редька О. Г., Гаврилюк І. М.</i> Органометричні особливості селезінки щурів в умовах імунодефіциту та дії імунорегулюючого препарата.....	20
<i>Харченко О. В., Силенко О. О.</i> Передпухлинні процеси слизової оболонки шлунка.....	21
<i>Лозінський А. В., Зак М. Ю.</i> Сучасні методи профілактики вірусного гепатиту В, С ТА ВІЛ/СНІД.....	22
<i>Піртя А. В., Зак М. Ю.</i> Цукровий діабет 1 типу: алгоритм клініко-лабораторної діагностики	24
<i>Польовий О. О., Зак М. Ю.</i> Механізми регуляції клітинного росту у канцерогенні	26
<i>Ремез Д. В., Зак М. Ю.</i> Роль вірусу папіломи людини в розвитку захворювань репродуктивних органів у жінок	28
<i>Снігур Н. О., Зак М. Ю.</i> Роль серцевої аритмії в розвитку минулих порушень мозкового кровообігу	29
<i>Цуканов І. М., Зак М. Ю.</i> Сучасні методи дослідження в кардіології.....	31
<i>Горішний І. М., Зак М. Ю., Зайцев П. П.</i> Рівень сатурації периферичної крові в осіб різних вікових категорій	34
<i>Ілляшенко Ю. В., Зак М. Ю., Фролов Ю. А.</i> Роль і місце ацетилсаліцилової кислоти у первинній профілактиці кардіоваскулярних захворювань	34
<i>Головатюк В. Ю., Зак М. Ю.</i> Сучасні уявлення про профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом.....	37

ПІДСЕКЦІЯ: Цільова спрямованість особистості та посттравматичний стрес

<i>Амплеєва О. М.</i> Навчання майбутніх психологів за допомогою технік емоційного інтелекту	40
<i>Гусак В. М.</i> Структурні складові професійно-психологічної культури майбутнього соціального працівника.....	42
<i>Каневський В. І.</i> Про «парасуїцидальний дебют» у структурі повторного суїциду.....	44

<i>Миропольцева Н. І.</i> Особливості професійного самовизначення студентів першокурсників	46
<i>Хоржевська І. М.</i> Структурні компоненти професійної культури Особистості	49
<i>Асташенкова К. В.</i> Психологічні особливості студентів, успішних у навчанні	51
<i>Лісянська В. В.</i> Арт-терапія як засіб профілактики агресивної поведінки учнів молодшого шкільного віку	52
<i>Лужанська Н. В.</i> Психологічна характеристика нормативних криз у молодих сім'ях	55
<i>Мишеніна А. В.</i> Залежність як психологічна проблема	56
<i>Білошанко В.</i> Мовленнєві бар'єри особистості і їх подолання в психологічній практиці	57
<i>Ковширкіна Є. М.</i> Ефективність використання казкотерапії при роботі з життєвим сценарієм клієнта.....	60
<i>Коробейнікова А. С.</i> Психологічні особливості емоційного вигорання у вихователів.....	62
<i>Тюміна Я. Є.</i> Особливості професійного вигорання у працівників правоохоронних органів.....	65
<i>Доріна В. Г.</i> Взаємозв'язок сприйняття образу тіла та негативних подій життя у хворих на сколіоз	67
<i>Власенко А. Ю.</i> Самокорекція як метод саморозвитку студентів-психологів	69
<i>Киричук В. С.</i> Взаємозв'язок типів психологічного захисту і акцентуацій характеру у студентів	72
<i>Волковіцька О. О.</i> Психологічні особливості хворих при захворюваннях шлунково-кишкового тракту	74
<i>Хасянова Н. О.</i> Мотиваційний вплив на розвиток емоційного вигорання у педагогів.....	75
<i>Москаленко Ю. С.</i> Психологія самоактуалізованої особистості. Порівняльна характеристика докторів наук ЧНУ.....	78
<i>Каратєєва І. Ю.</i> Особливості самоактуалізації сучасних жінок у період кризи	79

Панькова А. О. Розвиток емоційної сфери у дітей дошкільного віку.....	81
Дяченко А. О. Особливості становлення адекватної самооцінки молодших школярів	84
Кульбацька І. О. Шкільна тривожність, діагностика тривожності у школярів та її корекція.....	86
Шістер К. В. Психопатія як дисгармонія психічного розвитку особистості підлітка	88
Уваєва О. О. Психологічні механізми дистимії.....	90
Петренюк А. О. Зв'язок рівня стресостійкості та емоційного вигорання у працівників поліції	91

ПІДСЕКЦІЯ: Інноваційні технології у фізичному вихованні та студентському спорті

Андрющенко М. І., Маєр В. Я., Кураса Г. О., Берднік В. І. Використання технології ГРВ-біоелектрографії в діагностиці фізичної підготовленості студента.....	94
Бондаренко І. Г., Павленко Ю. О. Рівень фізичної підготовленості студентів ЧНУ імені Петра Могили у 2018–2019 н. р.	93
Дзюбан О. В., Конопляник О. В. Особливості викладання дисципліни «Фізичне виховання» для іноземних студентів	96
Льїн М. С., Бондаренко О. В. Розвиток адаптивного спорту в Україні	100
Мінц М. О. Самостійні заняття студентів фізкультурою і спортом	102
Титовський І. С. Тхеквондо як засіб фізичного виховання студентів ЧНУ імені Петра Могили.....	105

ДЛЯ НОТАТОК

Редактор *Я. Котенко*.
Технічний редактор, комп'ютерна верстка *Н. Хасянова*.
Друк *С. Волинець*. Фальцювальні-палітурні роботи *О. Мішалкіна*.

Підп. до друку 7.11.2018.
Формат $60 \times 84^{1/16}$. Папір офсет.
Гарнітура «Times New Roman». Друк ризограф.
Ум. друк. арк. 6,51. Обл.-вид. арк. 6,00.
Тираж 51 пр. Зам. № 5870.

Видавець і виготовлювач: ЧНУ ім. Петра Могили.
54003, м. Миколаїв, вул. 68 Десантників, 10.
Тел.: 8 (0512) 50-03-32, 8 (0512) 76-55-81, e-mail: rector@chmnu.edu.ua.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6124 від 05.04.2018.

