

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
«ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ЗабГУ)
«ДОНБАССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ДГПУ)

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:
МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

Материалы V Международной научно-практической
интернет-конференции
22-28 апреля

ЧИТА (Россия) – СЛАВЯНСК (Украина)

2013

УДК 61
ББК 51

С 668 Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты. Материалы V Международной научно-практической интернет конференции 22-28 апреля – Чита: ЗабГУ, 2013. - с.

Представленные в сборнике работы ученых, педагогов посвящены различным аспектам состояния здоровья, проблемам развития системы образования и воспитания на современном этапе; выявлению приоритетных направлений работы с молодежью; профессиональной подготовке специалистов, работающих в области сохранения здоровья, пропаганды здорового образа жизни, валеологической культуры и психологической адаптации подрастающего поколения в современном мире; определению концептуальных оснований и практической направленности медицинского и психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса.

Данная конференция является прекрасной школой профессионального роста, в формате этого мероприятия происходит широкий обмен новыми научными данными позитивным практическим опытом.

Сборник содержит материалы авторов из различных регионов России, Украины, Белоруссии, Киргизии, Армении, Польши, Монголии.

ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Председатель Оргкомитета - Иванов С.А., и.о. ректора ЗабГУ

Сопредседатели Оргкомитета:

Швецов М.Ю., декан факультета социально-политических систем ЗабГУ;

Кохан С.Т., зав. секцией основ медицины кафедры социальной политики, психологии и педагогики профессионального образования факультета социально-политических систем ЗабГУ;

Члены Оргкомитета –

Мальшев Е.А. - проректор по научной и инновационной работе ЗабГУ;

Жиляева М.С. – зав. кафедрой СППиППО ФСПС ЗабГУ;

Кривошеева Е.М. – доцент секции основ медицины кафедры СППиППО ФСПС ЗабГУ;

Патеюк А.В. - профессор секции основ медицины кафедры СППиППО ФСПС ЗабГУ;

Харабет В.В. – зав. кафедрой социологии и социальной работы ПГТУ, Украина;

Власова С.В. – декан факультета здорового образа жизни ПолесГУ, Беларусь;

Дычко В.В. – зав. кафедрой физической культуры ДГПУ, Украина;

Мелоян А.Э. – зав. кафедрой прикладной психологии ДГПУ, Украина.

Бондаренко Е.Н. – к.п.н., доцент кафедры анатомии, физиологии и физической реабилитации Черкасского национального университета им. Богдана Хмельницкого ЧНУ, Украина

Ответственный секретарь - Кремнева Е.Н. – специалист по УМР кафедры СППиППО ЗабГУ.

Ответственный за выпуск: С.Т. Кохан, к. мед. наук, доцент, заслуженный врач РФ, зав. секцией основ медицины ЗабГУ (Россия).

ISBN

© Забайкальский государственный университет, 2013

Ulziisaikhan.S., Ariunsanaa. Б., Ichinnorov.D., Unursaikhan.S.

**ИССЛЕДОВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ К
ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ**

Медицинский университет, Улан-Батор, Монголия

Ulziisaikhan.S., Ariunsanaa. Б., Ichinnorov.D., Unursaikhan.S

**STUDY OF ANTIMICROBIAL RESISTANCE FOR
COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA PATHOGENS**

Health Science University, Ulaanbaatar, Mongolia

Резюме. Внебольничные пневмонии являются одной из самых распространенных форм инфекционных заболеваний земного шара и в настоящее время ведущей причиной смерти и болезней населения планеты. Основными возбудителями ассоциированных пневмоний (САР) являются Streptococcus (чувствительные и устойчивые к пенициллину), H.influenzae (чувствительные и устойчивые к ампициллину) и Moraxella катарального (которые устойчивы к любому виду пенициллин). В последние годы в Монголии наблюдается значительный рост внебольничных пневмоний, вызванных резистентными штаммами к антибиотикам. Неуклонный прогресс заболеваемости, появление необычной клинической картины с неясными симптомами в настоящее время привели к неэффективной антимикробной терапии. Целью данного исследования стало изучение устойчивости возбудителей внебольничной пневмонии к противомикробным препаратам в Монголии. В результате проведенных исследований выявлено, что наиболее распространенными возбудителями САР был золотистый стафилококк и доминирующим типом вируса респираторно-синцитиальный вирус (RSV). Эти возбудители были более устойчивы к пенициллину, амоксициллину, эритромицину, хлорамфениколу и гентамицину и

чувствительны к цефтриаксону, клиндамицину и нитрофурантоину. В 26,85% случаев исследования дали положительный результат на С - реактивный белок в крови испытуемого образца. Мы считаем, что данный критерий должен быть включен в состав диагностических критериев CAP. Высокая чувствительность к цефалоспорином третьего поколения повышает эффективность лечения внебольничной пневмонии.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, золотистый стафилококк, RSV (+) вируса, цефотаксим, консолидация.

Background:

Community acquired (CAP) *pneumonia* is one of the most communicable diseases and today it is being leading cause of death and sickness among world population. In most cases, CAP caused by *Streptococcus pneumonia* (sensitive and resistant to penicillin), *H.Influenzae* (sensitive and resistant to *ampicillin*) and *Moraxella catarrhalis* (which are resistant to any kind of penicillin) [1-3]. In the last years of Mongolia, increased number of CAP cases that caused by resistant strains to anti-bacterial treatment and has stubborn progress or unclear symptoms, is being resulted to inefficient anti- microbial treatment [4,5].

Goal: to study of antimicrobial resistance for community acquired *pneumonia* in Mongolia.

Method and materials:

Hospital based case-control study was performed under the auspices of Lung study clinic and lung cabinet of State Central First Hospital of Mongolia. This study was included 670 people with CAP and 108 of them were selected for study of identification of CAP strain by similarity and deletion criteria. General and biochemical tests were conducted on semi-automated "Humalyser 2000" equipment, which was made in Germany, for establishment of the diagnosis. Automated VITEK-II analyzer and

traditional methods were used for cultivation and antibiotic sensitivity testing on sputum samples. And chest x-ray study was carried out by digital x-ray apparatus of Perkin Elmer. Study participants were answered to purpose made questions and treatment of the result was provided by SPSS-16 program. The results of the study are given in tables and figures and single factor analysis was accomplished to determine causing factor of non hospital acquired *pneumonia* and its result was evaluated in relative risk factor, 95% confidence interval and p value. To verify those of results, multi factor analysis was performed and expressed as odds ratio, 95% confidence interval and p value.

Results:

It was revealed that 73.1% of the study cases were involved to positive result of the bacteria and the most common form of bacteria was *Staphylococcus aureus*. (Picture 1).



Picture 1. Positive result of the bacteria, %

And other 27% of the participants were belonged to positive result of the virus and dominant type of the virus was *Respiratory Syncytial Virus* (RSV). On the basis of the experiment of antibiotic resistance tests among participants, cefotaxime was identified as popular sensitive agent (58.2%) for the bacteria and cefotaxime sensitivity rates in Ulaanbaatar and country region were 47.8% and 52.2%, respectively. It was established that 55.0% of study cases were resistant to penicillin and out of them 26.85% were given positive result on C-reactive protein in blood sample. (Table 1)

Table 1

Resistant antibiotic, by living palace

Resistant antibiotic	Ulaanbaatar city	Countryside	Total
Penicillin	20 45.4%	24 54.6%	44 55.0%
Erythromycin	18 46.1%	21 53.8%	39 48.7%
Gentamicin	21 60.0%	14 40.0%	35 43.7%
Amoxicillin	25 62.5%	15 37.5%	40 50.0%
Chloramfenicol	17 47.4%	21 55.2%	38 47.5%
Tsefrofloxatsin	6 54.5%	5 45.5%	11 13.7%
Nitrofurantoin	4 36.4%	7 63.6%	11 13.7%
Tseftriaxon	5 62.5%	3 37.5%	8 10.0%
Clindamicin	1 33.3%	2 66.6%	3 3.7%
Co-threemexazol	7 58.3%	5 41.6%	12 1.5%

Consolidation decreasing treatment was applied with purpose of expectoration and anti-poisoning agency. However expectoration result was no statistical significant important ($\chi^2=2.82$, $p=0.24$), but result of anti-poisoning treatment was revealed for statistical significance ($\chi^2=12.67$,

p=0.002). With treatment, in 62.6% of cases consolidation was decreased; in 20.6%-disappeared and in 17.2% not changed.

Conclusion:

The most common pathogen of CAP was *Staphylococcus aureus* and dominant type of the virus was *Respiratory Syncytial virus* (RSV).

Those of pathogens were more resistant to penicillin, amoxicillin, erythromycin, chloramfenikol and gentamicin and least resistant to antimicrobial drugs such as tseftriaxon, clindamicin and nitrofurantoin.

Based on result that 26.85% of study cases were given positive result on C - reactive protein in blood sample test, it should be included for diagnostically criteria CAP.

Because of highest sensitivity, third generation cephalosporins could be effective method for the treatment of CAP.

Determining etiological pathogens of CAP was lead to restoration of current diagnosis and treatment standard and establishment of diagnosis and treatment methodology and guideline of CAP.

References:

1. А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. Страчунскийн, и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике у взрослых. М.: Атмосфера, 2006.
2. L.M. Mandell, R.G. Wunderink, A. Anzueto, et al. Infectious Diseases Society of America / American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of CAP in Adults. Clin Infect Dis 2007; 44 (Suppl 2): S27-72.
3. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. European Respiratory Journal. 2005; 26; 1138-1180.
4. Mandell L.A., Marrie T.J., Grossman R.F., et al. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. Clin Infect Dis 2000; 31:383-421.
5. С.А.Рачина, Р.С. Козлов, Е.П. Шаль, и соавт. Структура бактериальных возбудителей внебольничной пневмоний в многопрофильных стационарах г. Смоленска. Пульмонология 2010: №2.

**ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЕ
СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ
РЕЧИ ПОСРЕДСТВОМ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА**

МБДОУ детский сад №15 «Дружная семейка» г. Белгород, РФ

В ныне существующей системе отечественного дошкольного образования основной акцент сделан на формирование интеллектуальной готовности детей, путем создания базы для обучения грамоте и навыкам счета. В первый класс ребенок приходит, как правило, уже умея читать и писать, однако, при переходе к принципиально иной системе получения знаний, когда учитель ориентируется на некий средний уровень актуального развития и усредненную "зону ближайшего развития" многие из первоклассников испытывают трудности психологической адаптации, актуализации уже имеющихся знаний и усвоения нового учебного материала.

Особенно остро данная проблема стоит среди детей, обучающихся в системе специальных дошкольных учреждений для детей с проблемами в развитии, в частности, в группах компенсирующей направленности. Данные, полученные Г.С. Гуменной, Н.С. Жуковой, О.Н. Усановой, Е.М. Мастюковой, Т.А. Фотековой, Т.Б. Филичевой, Л.М. Шипициной, Г.В. Чиркиной и другими исследователями, изучавшими динамику развития детей с общим недоразвитием речи (ОНР), свидетельствуют о наличии у них психологических особенностей, затрудняющих процесс обучения, в частности определенной степени психологической незрелости к моменту поступления в школу. Современные исследования в области специальной педагогики и психологии убедительно доказывают актуальность разработки путей формирования комплексной готовности к школьному обучению дошкольников с ОНР с учетом

первичного дефекта и вторичных психологических нарушений и активизацию направленности педагогического процесса на личность ребенка. Наличие в ДООУ контингента воспитанников с особыми образовательными потребностями формирует ряд специфических условий для педагогической деятельности: реализация в сочетании с комплексной программой коррекционной программы; малая численность групп; преобладание индивидуальных форм работы. В таких условиях, на наш взгляд, в силу объективных причин ограничены возможности саморазвития ребенка, снижен вклад такого компонента развития личности как "experiential education"- обучение через опыт. Обнаруживается противоречие между вышеизложенной спецификой организации учебной деятельности, на которую ориентированы воспитанники групп компенсирующей направленности, обусловленной их индивидуальными особенностями, структурой речевого дефекта, и психологической подготовленностью дошкольников, в дальнейшем, к обучению в классе с малой численностью учащихся. Подсознательно считая, что темп преподавания должен быть ориентирован на их понимание и утомляемость, выпускники групп компенсирующей направленности практически не способны самоорганизовываться и ориентироваться на учебный процесс. В результате получается, что выпускники групп компенсирующей направленности психологически реально больше подготовлены к методике преподавания в классах выравнивания.

Таким образом, проблема реализации личностно ориентированного подхода к обучению и воспитанию дошкольников с ОНР является актуальной и, по нашему мнению, может играть решающую роль в ходе их подготовки к обучению в школе и обеспечении условий их дальнейшей самореализации.

В современных исследованиях готовности детей к школьному обучению имеет место значительное разнообразие используемой терминологии, что отражает, с одной стороны, сложность и многомерность самого предмета исследования и, с другой - принципиальное расхождение позиций авторов в понимании сущности и природы феноменов школьной готовности. Н.В. Нижегородцева трактует готовность к школьному обучению, как уровень физического, психического и социального развития ребенка, который необходим для успешного усвоения школьной программы без ущерба для здоровья. Большинство отечественных психологов [Л.И. Божович, Л.А. Венгер, А.В. Запорожец, Н.В. Нижегородцева] в структуре психологической готовности ребенка к школьному обучению в качестве ведущих выделяют три компонента: личностный, интеллектуальный и социально-психологический. Проблему формирования субъектной личностной позиции ребенка по отношению к процессу обучения, начиная с исследований Л.И. Божович, развивали Н.И. Непомнящая, И.Н. Семенов и др. [10]. По их мнению, в основе успешного освоения ребенком знаний, способов, норм поведения, отношений лежат личностное принятие, активное присвоение, стремление к самостоятельному поиску нового. Именно активное личностное отношение к действительности, как показали исследования, является одним из главнейших оснований успешности учебной, трудовой и любой другой деятельности.

Теоретический анализ, проведенный по проблеме исследования в процессе становления опыта, позволил выделить следующие компоненты личности, которые могут явиться основой формирования готовности ребенка к обучению:

- 1) у ребенка к старшему дошкольному возрасту должны быть сформированы адекватные представления о базовых составляющих

своей физической, психической и социальной сущности. Л.С. Выготский отмечал, что осознание своего "Я" является решающим моментом в развитии личности;

2) на начальном этапе деятельности ребенок должен предполагать большую вероятность успешности реализации этой деятельности, т.е. эмпирически или осознанно иметь способность выполнить учебное задание или готовность преодолевать возникшие при его реализации трудности. Такое условие возможно при наличии достаточно высокой самооценки ребенка и наличия опыта такого рода деятельности. Лишь в этом случае рычагом управления поведением ребенка может стать не только угроза наказания или желание поощрения, а способность позитивной саморегуляции через известные и приемлемые для него поведенческие алгоритмы;

3) для успешности выполнения учебного задания у ребенка должен быть сформирован достаточный уровень саморегуляции или, другими словами, произвольности.

У дошкольников с нарушением речевого развития в силу ряда причин нарушен механизм и искажены условия формирования речевой сферы. Большинство ученых, занимающихся вопросами диагностики и коррекции речевых нарушений, в частности В.И. Лубовский, Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова и др. подчеркивают, что нарушения речевого развития искажают нормальный ход становления психических новообразований старшего дошкольного возраста [8,9].

Фактические данные демонстрируют стабильность наличия личностных нарушений при различных нарушениях речевого развития. В качестве ключевых составляющих указанных нарушений можно выделить нарушения речевого опосредования, а также инертность психических процессов и эмоциональную неустойчивость, трудности организации произвольного поведения,

несформированность саморегуляции, а также широкий спектр коммуникативных трудностей. Коммуникативные нарушения усугубляют отрицательные воздействия на личность ребенка.

Таким образом, достаточный уровень личностного развития является необходимым условием успешности учебной деятельности и самореализации ребенка и достижение данного уровня возможно в условиях специально организованного обучения и воспитания ребенка.

Антонова Л.З., Краснова Л.Е., Попова О.А.

**РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ
СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ СРЕДСТВАМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ
ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ**

МБДОУ детский сад №15 «Дружная семейка» г. Белгород, РФ

Общение выступает в качестве одного из основных условий развития ребенка, важнейшего фактора формирования его личности, наконец, ведущего вида человеческой деятельности, направленного на познание и оценку самого себя через посредство других людей. Общеизвестно, что всестороннее развитие ребенка происходит на основе освоения культурно-исторического опыта, носителем которого является взрослый. Этот процесс имеет сложный характер, в нем немаловажную роль играет организованное общение ребенка со взрослым. Вместе с тем, для полноценного развития дошкольника важен не только сам процесс общения со взрослым, но также велика и роль общения со сверстниками. Первый опыт таких отношений становится тем фундаментом, на котором строится дальнейшее развитие личности. От того, как сложатся отношения ребёнка в первом в его жизни коллективе – группе детского сада – во

многим зависит последующий путь его личностного и социального развития, а значит и его дальнейшая судьба.

Основной проблемой, с которой сталкивается ребенок с нарушениями в развитии уже в раннем возрасте, является трудность установления взаимоотношений с окружающими взрослыми людьми, которым принадлежит ведущая роль в создании адекватных и развивающих условий коммуникативной деятельности детей, что является важнейшим фактором их нормального психического развития. Этот сложный процесс связан с деятельностью ребенка, которая на каждом возрастном этапе приобретает новые черты и особенности.

Особую важность эта проблема приобретает в настоящее время, когда нравственное и коммуникативное развитие детей вызывает серьезную тревогу. Действительно, всё чаще взрослые стали сталкиваться с нарушениями в сфере общения, а также с недостаточным развитием нравственно-эмоциональной сферы детей. Ни для кого не секрет, что лучший друг для современного ребёнка – это телевизор или компьютер, а любимое занятие – просмотр мультфильмов или компьютерные игры. Дети стали меньше общаться не только со взрослыми, но и друг с другом. А ведь живое человеческое общение существенно обогащает жизнь детей, раскрашивает яркими красками сферу их ощущений.

Поэтому мы в нашем детском саду стараемся большое внимание уделять развитию эмоциональной и коммуникативной сферы ребенка. И хотя, приоритетным все же остается интеллектуальное развитие, все педагоги ДООУ на сегодняшний день убеждены, что, не развивая эмоционально детей, им будет очень тяжело социально адаптироваться в дальнейшем к обучению в школе и к новым взаимоотношениям с окружающими, выйдя из стен

детского сада. Очень часто наблюдение за ребенком показывает наличие определенных нарушений в общении – уход от контактов со сверстниками, конфликты, драки, нежелание считаться с мнением или желанием окружающих . Это происходит не потому, что дети не знают правил поведения, а потому, что даже старшему дошкольнику трудно понять обидчика и почувствовать, что испытывает другой.

Умение эффективно общаться зависит от многих факторов и, в большей степени, от отношений со значимыми взрослыми, а также от индивидуальных особенностей самого ребёнка. Очень часто трудности в общении испытывают дети с общим недоразвитием речи. Помимо того, что у них страдают высшие психические функции: память, внимание, мышление, задета и эмоционально-личностная сфера: несформированность дифференциации эмоциональных состояний и саморегуляции; небольшой объем мимических и пантомимических средств, слабость артикуляционной и тонкой моторики, - все это снижает коммуникативные возможности детей. Дети осознают свое нарушение, и поэтому у них появляется негативное отношение к речевому общению, невозможность высказать своё пожелание; повышенная ранимость и обидчивость. А ведь общение со сверстниками становится все более привлекательным для старшего дошкольника, поскольку именно этот период благоприятен для формирования ситуативно-деловой формы общения с другими детьми.

Ребёнок, который мало общается со сверстниками и не принимается ими из-за неумения организовать общение, быть интересным окружающим, чувствует себя уязвлённым и отвергнутым, что может привести к эмоциональному неблагополучию: снижению самооценки, возрастанию робости в контактах, замкнутости, формированию тревожности или к чрезмерной агрессивности

поведения. Во всех случаях такой ребёнок сосредоточен на своём “Я”, которое замкнуто на своих недостатках и обособлено от других. Доминирование такого отчуждённого отношения вызывает естественную тревогу, поскольку оно не только затрудняет общение дошкольника со сверстниками, но и в дальнейшем может принести массу всевозможных проблем.

Чем могут взрослые помочь ребёнку преодолеть эти опасные тенденции, порождающие различные трудности в общении, агрессивность, замкнутость и полную пассивность? Необходимо постоянно побуждать у детей подлинный интерес к окружающим их людям, их потребностям, обучать совместному поиску решений выхода из конфликтных ситуаций, поддерживать их стремление всё время оставаться в контакте, извлекая опыт даже из неудачного общения. Все эти навыки и позволят ребёнку управлять своим эмоциональным состоянием, что является условием дружественного и плодотворного общения с окружающими.

Эти два взаимосвязанных навыка - умение контролировать свои эмоции и умение общаться наилучшим образом формируются в процессе детского коллективного творчества и художественного освоения мира, которые порождают особую эмоциональную атмосферу, благотворно действующую на психику ребёнка.

Большое внимание уделяется формированию дружеских и тёплых отношений детей друг к другу, считая, что много здесь зависит от чуткого педагога, который должен обучать детей позитивным приёмам общения, учить анализировать причины конфликтов и вырабатывать умение самостоятельно их регулировать.

Для этого нами в коррекционной работе в различной последовательности используются:

- коммуникативные игры;

- беседы на различные темы;
- чтение и обсуждение художественных произведений;
- разыгрывание и решение “трудных ситуаций”;
- психогимнастика;
- минутки релаксация;
- обыгрывание эмоционального состояния героев прочитанных произведений;
- подвижные и малоподвижные игры.

Подводя итоги описания своей работы по развитию навыков общения и оптимизации эмоционального контроля у дошкольников, хотим подчеркнуть последовательный и коллективный характер этой работы, проводимой совместно с воспитателями, с музыкальным руководителем, психологом, педагогом по Изо-деятельности детского сада.

Аслаян Т.С., Мотков С.О.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЮМОРА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Донбасский государственный педагогический университет, Славянск, Украина

Проблема использования юмора была затронута различными исследователями в области психологического консультирования и психотерапии, социальной психологии, психологии управления, психологии влияния и т.д. Эта тема представлена в трудах В. Франкла, Ф. Фарелли, Ф. Перлза, В. Шейнова, и других известных психологов. В тоже время, описание юмора, как отдельной техники в психоконсультировании, встречается крайне мало. Нашей задачей является описание юмора, как отдельного инструмента в терапевтическом процессе, выделение его функций и особенностей применения.

Фредерик Перлз – создатель и основатель гештальттерапии был одним из первых, кто стал использовать юмор в консультировании. До этого считалось, что терапевт во время сеанса должен был сдерживать любые проявления эмоций по отношению к клиенту, слушать и анализировать. Перлз первым нарушил это правило. На своих сеансах он считал необходимым проявлять свои чувства по отношению к клиенту, прямо заявлять про свои ощущения. Перлз позволял себе выражать гнев по отношению к пациенту, страх, мог вместе с человеком посмеяться над его проблемой. Оказалось, что спонтанность и эмоциональность не только не вредит, но наоборот – является сильным катализатором в работе. Человек, который выражает эмоции, может посмеяться над абсурдностью своего или чужого поведения вызывает намного больше доверия, чем «каменный памятник» [3].

Таким образом, мы описали первую функцию юмора – установление контакта, с которого, собственно, начинается психотерапевтическая работы. Доказано, что для людей потребность в положительных эмоциях является одной из важнейших. В. Шейнов отмечает, что люди, имеющие хорошее чувство юмора быстро адаптируются в новом коллективе, завоевывают симпатии окружающих. Это неотъемлемое качество настоящего лидера. Умение пошутить помогает консультанту снизить напряжение клиента и в психологическом, и в физическом плане. Человек понимает, что консультант такой же человек, с эмоциями, мыслями, к тому же - приятный собеседник. Это расслабляет клиента, создает доверительную и непринужденную атмосферу [6, 650-651].

Вторая функция юмора – психологическое дистанцирование от сильных эмоций и мыслей. Процесс психологического консультирования зачастую затрагивает эмоциональную сторону

личности клиента. Подобные чувства и эмоции могут сильно переполнить человека и негативно повлиять на ход работы. Например: сильный всплеск печали или стыда может привести к тому, что человек просто напросто досрочно покинет кабинет, тем самым обрекая и себя, и консультанта на тяжелые переживания по поводу этой ситуации. Такое же отрицательное воздействие могут иметь абсурдные мысли, на которых заикнулся человек. Веселая шутка психолога может помочь клиенту занять нужную дистанцию и «посмотреть» на свой внутренний мир со стороны. Из этой функции происходит следующая, непосредственно связанная с дистанцированием, - осознание собственной силы. Третья функция заключается в том, что клиент начинает понимать важность своего влияния на ситуацию или симптом. Объективно, со стороны, наблюдая за реальным положением вещей, человек может увидеть ранее неиспользуемые стратегии: шаги, которые можно сделать, действия, которые можно совершить. Клиент становится «над ситуацией».

Как подтверждение важности этой функции, приведем в пример одну из самых распространенных психотерапевтических техник – парадоксальную интенцию Виктора Франкла. При использовании парадоксальной интенции, «пациент намеренно преувеличивает невротические симптомы и смеется над ними». Человек «смотрит в глаза страху и смеется ему в лицо»[5]. Это помогает клиенту осознать, что «кнопка запуска» в нем самом, а значит – он может регулировать этот процесс. Такой выход за рамки собственных представлений и убеждений дает уверенность личности в собственной силе и компетентности.

Следующая, четвертая функция – привлекает и удерживает внимание клиента. В течении консультации с клиентом могут

происходить разные процессы: уход в себя, словоохотливость, отвлечение на посторонние мысли. Процесс психологического консультирования является двусторонним. Поэтому важно, чтобы не только консультант слушал и слышал клиента, но и наоборот. Особенно это важно когда психолог хочет донести определенную информацию. Шутка или анекдот как ничто другое приковывает внимание слушателя к словам говорящего и поддерживает это внимание достаточно долго. Например, возникла пауза, в которой клиент немного «отошел» от процесса. Консультант может пошутить над этим, тем самым быстро переключит внимание клиента обратно на рабочую волну.

Пятая функция юмора – это подчеркивание и заострение определенных фактов. Часто человек не задумывается над тем, что и как он сделал для возникновения проблемной ситуации, это происходит бессознательно. Он видит и оценивает реальность субъективно. Консультант наоборот – видит все со стороны. Но сказать прямо свой вердикт довольно чревато негативными последствиями для работы. Может возникнуть сильное сопротивление, которое либо обесценит слова консультанта, либо самого консультанта вообще и нарушит рабочую атмосферу. Намного профессиональнее подмечать подобные факты, опираясь на предоставляемые данные от клиента в данный момент. И именно шутка может подчеркнуть эти неконструктивные мысли, действия, предубеждения, позиции человека. Юмор дает толчок, встряску. Он обнажает перед человеком абсурдность его поведения, видения ситуации и таким образом является катализатором для возникновения инсайта [4].

Шестая функция – метафоричность. Как известно, метафоры часто применяются в психотерапии. Издавна сказки и легенды

являлись средствами для передачи необходимого опыта, передачи определенных знаний. Когда клиент слушает рассказ, он отождествляет себя с героями этой повести и может найти для себя много полезного: увидеть со стороны свое поведение, получить какие-то ненавязчивые советы по поводу выхода из сложной ситуации и т.д. Анекдот тоже можно сравнить с небольшой сказкой или притчей. К тому же, анекдот и шутка всегда отличаются особой непредсказуемой концовкой, которая «встряхивает» человека и помогает связать субъективную и объективную реальность личности [1].

Все эти функции тесно взаимосвязаны друг с другом, поэтому консультант может достигнуть сразу нескольких целей одной шуточной фразой. Например: привлечь внимание клиента и одновременно обратить его внимание на свое поведение.

Существует множество приемов, помогающих использовать юмор в процессе консультации. Фрэнк Фарелли, основатель провокационной психотерапии, выделяет такие способы:

- преувеличение (гиперболизация) – ориентировано показать переоценку или недооценку той или иной ситуации, мыслей, чувств клиента;
- передразнивание – ориентировано показать объективное поведение клиента;
- высмеивание – ориентировано обесценить, сокрушить абсурдные мысли клиента, в некоторых случаях стимулирует клиента оборонять свою личность и свои границы, что после может использоваться и в реальной жизни;

Также применяются такие приемы как: искажение, сарказм, ирония, шутка, направленные также на достижение вышеизложенных целей. Фарелли утверждает, что юмор помогает разорвать

стандартный сценарий поведения клиента, заставляет пациента отстаивать свою личность, увидеть собственную пассивность и преодолеть ее, т.е. все, что необходимо в реальной жизни [4, с. 92].

Как можно заметить, юмор выполняет ряд важных функций в процессе психологического консультирования. Но необходимо отметить, что безалаберное и бездумное использование шуток и анекдотов может привести к множеству различных проблем, которые будут тормозить рабочий процесс или вовсе его разрушат. Выделим некоторые из этих негативных последствий:

1. Можно обидеть человека. Не зная личности своего клиента, есть риск оскорбить чувства человека. Клиент может подумать, что над ним насмеются или вовсе не понимают. Это «оставит осадок» на душе человека, отпугнет. Атмосфера взаимного доверия, которая формируется довольно долго и тяжело в один момент может разрушиться. Это значительно затормозит процесс или клиент вовсе откажется посещать сеансы в дальнейшем.

2. Риск превратить терапевтический процесс - в клоунаду. За всеми шутками и анекдотами клиент может заиграться и уйти в сторону от сути вопроса. Таким образом, главная цель терапии не будет достигнута.

3. Дискредитация роли консультанта. Клиент может подумать, что консультант является малоопытным, легкомысленным и некомпетентным специалистом. В лучшем случае пациент просто не будет прислушиваться к словам психолога, считать себя «выше». В худшем – это будет почвой для различного рода манипуляций и посягательств на границы самого психолога.

Таким образом, наглядно видно, что использовать юмор необходимо осторожно. Его применение можно сравнить с использованием любого фармацевтического препарата – «строго

дозировано». Безответственное использование данной техники консультантом может нарушить ход работы или разрушить ее. К сожалению, мы не можем выделить каких-либо четких правил применения юмора, как техники. Наблюдая за работой психологов-консультантов в течении тренинговых работ, можно заметить, что шутки, как и другие психотерапевтические техники, следует употреблять по усмотрению самого психолога, при необходимости. Консультанту самому необходимо научиться определять, когда нужно, а когда – нет употреблять юмор. Единственно, можно дать следующие общие рекомендации:

- шутки должны быть уместными;
- смеяться необходимо над абсурдными мыслями и поступками клиента, но ни в коем случае не над ним сами, как личностью;
- юмор должен быть дозирован, чтобы не превратить процесс консультации в комедийное представление, а участников процесса не увести от поставленных задач.

Подводя итоги, можно сказать, что юмор важен в процессе психологического консультирования, потому как выполняет ряд полезных функций. В тоже время, консультант должен научиться интуитивно определять, когда и каким образом шутить с определенным клиентом. Юмор может быть и самостоятельной техникой, и вспомогательной. В любом случае умелое применение придаст рабочему процессу особую приятную атмосферу, динамику и эффективность.

Литература:

1. Баркер Ф. Использование метафор в психотерапии /Ф. Баркер. – Воронеж: Изд. НПО «МОЖЭК», 1995. – 223с.
2. Кочунас Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочунас. – М.: Академический проспект, 1999. – 240с.
3. Перлз Ф.С. Практикум по гештальттерапии / Фредерик С. Перлз, Пауль Г. Ральф. - СПб.: издательство "Петербург-XXI век", 1995.- 448 с.

4. Фарелли Ф. Провакационная психотерапия / Фарелли Ф., Брандсма Д.: Пер. с англ. – Екатеринбург, Издательство «Екатеринбург», 1996. – 216 с.
5. Франкл В. Теория и терапия неврозов / В. Франкл. - Спб.: Речь, 2001. – 234 с.
6. Шейнов В. П. Психологическое влияние / В.П. Шейнов. – 2-е изд. – Минск: Харвест, 2011. – 800с.

Ахбаш Я.В., Ягупец З.М.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ПІСЛЯ ПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ У ПОРОДІЛЬ

Донбаський державний педагогічний університет, Слов'янськ Україна

Резюме. Робота посвящена дослідженню проблеми послеродової депресії та факторів, які впливають на її формування та протікання. В статті представлені результати теоретично обґрунтованих та експериментально перевірених даних, які дозволяють визначити актуальність дослідження, яке обумовлено широкою поширеністю даного розладу та недостатньою базою дослідження, що сприятиме розробці та впровадженню нових методів та методик, спрямованих на профілактику таких розладів, а також розробку найбільш адекватних копінг-стратегій, які будуть спрямовані на зменшення емоційного напруження та на вирішення проблемної ситуації.

Ключові слова: послеродова депресія, стрес, копінг – поведінка, емоції.

На сьогоднішній день, проблема післяпологової депресії є актуальною, незважаючи на високу розповсюдженість синдрому серед породіль, база дослідження даного розладу є не настільки розвиненою, щоб сприяти розробці та впровадженню нових методів та методик профілактики таких проявів.

За даними різних досліджень післяпологова депресія зустрічається у 10—15% жінок, що народили [23].

Післяпологова депресія (ПД) — достатньо поширений емоційний розлад. Це тривалий і суб'єктивно-важкий стан, що супроводжується зниженням настрою, недостатнім інтересом до життя, пригніченістю. У жінок з подібним розладом виявляється високий рівень тривожності, іноді — страхи. По МКХ-10 ці стани звичайно відповідають діагностичним критеріям рекурентного депресивного розладу (F10). Серед синдромальних типів переважають тривожні та адинамічні розлади [2].

Слід зазначити, що у жінок після пологів спостерігаються так звані «післяпологові блюзи» або «синдром смутку породіль». Мова йдеться саме про депресію. Депресія, згідно зі словником, це афективний психічний стан з негативним емоційним фоном, змінами мотиваційної сфери, пізнавальних уявлень і з загальною пасивністю поведінки, душевне гноблення. Післяпологова ж депресія, в свою чергу, є формою депресивного розладу, що виникає насамперед після пологів. Частіш за все такі розлади зустрічаються на протязі першого тижня після пологів. Основною ознакою, даної патології, є стійке зниження настрою, що супроводжується пригніченістю, дратівливістю, а подекуди навіть і думками про смерть.

При такому стані у матерів завжди спостерігається порушення емоційного контакту з немовлям. Депресія змінює сприймання власної дитини. Звідси виникає така проблема як, відсутність позитивних емоцій при спілкуванні з дитиною. Слід зазначити, що, як правило, причини ПД носять комплексний характер. Аналіз вітчизняної і зарубіжної літератури з проблеми особистісних особливостей жінок з ПД дозволив виявити наступні чинники, що сприяють формуванню депресивних розладів у післяпологовому періоді: низька стресостійкість; висока тривожність; лабільність емоційної сфери; невпевненість в собі, низька самооцінка;

недовірливість; наявність внутрішньо-особистісних конфліктів; схильність до іпохондрії; висока чутливість; залежність і навіюваність; схильність до депресій, депресивний склад особи; схильність до формування страхів і фобій; інфантильність; внутрішній локус контролю (занадто розвинений, такий, що виявляється в схильності до самозвинувачення); «негативне мислення», тобто оцінка подій, що відбуваються, з негативної сторони по відношенню до власної точки зору.

Даною проблемою займалися такі зарубіжні вчені як: - Л. Беквітч, В. Брутман, М.О'Гара, Р.Варнер, Ф. Дальто. Серед вітчизняних дослідників нам відомі роботи таких діячів як: - Г.В.Скобло, Т.А. Баландіної, С.Ю. Мещерякової, Г.Г. Філіпової тощо.

На основі проведених досліджень було виділене поняття психологічної готовності до пологів. Поняття "психологічна готовність до пологів" узагальнює в собі весь спектр відносин до пологів, осмислення пологів, особисту включеність, настрій і емоційний стан жінки, а також всі її уявлення про пологи і готовність до відповідної поведінки в їхньому перебігу [28, 29]. У структурі психологічної готовності до пологів можна виділити п'ять основних компонентів:

1. Тілесний. Включає готовність тіла як організму до пологової діяльності. Окрім наявності/відсутності порушень здоров'я, конституціонального типу (наприклад, вузьке/широке розташування тазових кісток), сюди відноситься готовність м'язів до майбутнього навантаження.

2. Когнітивний. Включає комплекс уявлень, стереотипів і знань про сам процес пологів, про необхідні дії породіллі під час їхнього перебігу, про те, який може бути результат пологів, і як поведінка

жінки під час пологів впливає на нього. А також всілякі негативні наслідки.

3. Емоційний. Є комплекс відносин, відчуттів, емоцій, що переживаються, а також можливі страхи і побоювання жінки з приводу майбутніх пологів. Також сюди відносяться упевненість/неупевненість жінки в благополучному протіканні власних пологів.

4. Мотиваційний. Це ухвалення жінкою рішення народити, дозвіл собі випробувати цей невідомий досвід (навіть для повторно-народжуваних майбутні пологи - невідомий до кінця досвід, оскільки їх передбачений результат є лише ймовірнісним), або ж сильні коливання між хочу – повинна - не хочу, що виражаються у вольовому паралічі, коли рішення не прийнято, а можливості відмінити пологи і відмовитися від них немає.

5. Сімейний. Включає сприйняття жінкою комплексу взаємин з чоловіком, його включення, відчуженості в процес вагітності, очікування дитини, пологів [29].

Характерним критерієм відсутності повної власне психологічної готовності до пологів є той факт, що жінка квапить пологи, хоче скоріше народити дитину, бажає, щоб все швидше, свій спокійний і упевнений стан [30, 32].

Отже, на основі аналізу робіт багатьох дослідників ми можемо з легкістю наголосити на тому факті, що вагітність та пологи є стресовою ситуацією, наслідком якої є прояв депресивного стану.

У вітчизняній психології опануюча поведінка (копінг) розглядається як усвідомлена раціональна поведінка. Умовою копінгу є стрес. Саме слово "стрес" у перекладі з англійської означає "напруга". Під стресом Г. Сельє (1979) розумів систему реакцій організму у відповідь на будь-яку вимогу до нього, що спрямована на

створення адаптації чи пристосування організму до труднощів. Вона може бути викликана зовнішніми (наприклад, холод, перегрівання) чи внутрішніми (конфлікти, страх за життя) чинниками, величина яких переходить певну межу, спрямована на усунення стресової ситуації.

Згідно Г.Сельє коли людина попадає у стресову ситуацію і намагається адаптуватися до впливу стресу, цей процес проходить три фази:

1. Фаза тривоги. Це перша стадія, що виникає з появою подразника, що викликає стрес. Наявність такого подразника викликає ряд фізіологічних змін: у людини учащається подих, трохи піднімається тиск, підвищується пульс. Змінюються і психічні функції: підсилюється порушення, вся увага концентрується на подразнику, виявляється підвищений особистісний контроль ситуації. Організм мобілізується для зустрічі із загрозою. Відбуваються біологічні реакції, які обумовлюють боротьбу або втечу.

2. Фаза опору. Настає у випадку, якщо фактор, що викликав стрес, продовжує діяти. Тоді організм захищається від стресу, витрачаючи "резервний" запас сил, з максимальним навантаженням на всі системи організму. Організм намагається опиратися загрозі або справлятися з нею, якщо загроза продовжує діяти і її не можна уникнути. Фізіологічні реакції перевищують норму, і це робить тіло вразливішим для інших стресорів.

3. Фаза виснаження - якщо дія стресу продовжується і людина неспроможна адаптуватися, це може виснажити ресурси тіла. Вразливість до втоми, фізичні проблеми призводять до хвороб і навіть до загибелі організму.

Психологічна значущість копінгу у тому, щоб ефективно адаптувати людину до потреб у різних ситуаціях, дозволити оволодіти

ними, послабати та пом'якшити потреби, загасити стресову дію ситуації.

А. Біллінгс і Р. Моос виділяють три способи оволодіння стресовою ситуацією.

1. Копінг, націлений на оцінку, - подолання стресу, що включає в себе спробу визначити значення ситуації і ввести в дію певні стратегії: логічний аналіз, когнітивна переоцінка і ін

2. Копінг, націлений на проблему, - оволодіння стресом, що має на меті модифікувати, зменшити або усунути джерело стресу.

3. Копінг, націлений на [емоції](#), - подолання стресу, що включає в себе когнітивні, поведінкові зусилля, за допомогою яких [людина](#) намагається зменшити емоційну напругу та підтримати афективний рівновагу.

Р. Лазарус і С. Фолькман позначили психологічне подолання як когнітивні та поведінкові зусилля особистості, спрямовані на зниження впливу стресу. Активна форма копінг - поведінки, активне подолання, є цілеспрямованим усуненням або ослабленням впливу стресової ситуації. Пасивна копінг - поведінка, або пасивне подолання, передбачає використання різного арсеналу [механізмів](#) психологічного захисту, які спрямовані на зниження емоційної напруги, а не на зміну стресовій ситуації.

Наведена вище класифікація копінг - стратегій не означає те, що людина використовує якусь одну з них. В тій чи іншій ситуації [особистість](#) вдається до цілого комплексу копінг - стратегій в залежності від своїх особистісних особливостей і характеру ситуації, тобто існують патерни копінгу.

Наше експериментальне дослідження проводилося на базі пологового будинку Добропільської центральної районної лікарні. Першу вибірку склали жінки у кількості 15 осіб, що знаходяться в

післяпологовому періоді: перша вагітність, перші пологи, вік від 16 до 32 років, заміжні. Другу вибірку склали жінки, що знаходяться в післяпологовому періоді, та народжують не в перший раз, вік складає від 19 до 40 років, заміжні.

Для вирішення поставлених завдань були використані наступні методи та методики: опитувальник «Визначення ступеню вираженості зниженого настрою – субдепресії» Зунге; методика FEEL Pictures Р.Емдені та К.Їзард; Копінг - поведінка у стресових ситуаціях (С.Норман, Д.Ф.Ендлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптований варіант Т.А.Крюкової), Методика «Шкала диференційних емоцій»(ШДЕ), анкета авторської розробки, яка спрямована на виявлення відношення жінок до вагітності, та їхнього ставлення до дітей; методика « Перцептивна оцінка стресостійкості».

Аналіз отриманих даних дослідження ступеню вираженості депресії у першопороділь, показав, що у 73% респондентів спостерігається наявність депресивних станів. А це в свою чергу говорить про те, що жінки перебувають у пригніченому настрої. У них спостерігається висока ступінь тривожності, збудливості, конфліктності. Їм властиві песимістичні настрої, почуття провини, самозвинувачення в неприємних ситуаціях, невдачах тощо. Щодо показників жінок повторнонароджуваних, то тут результати дещо відрізняються від попередніх. За даними отриманими в ході нашого дослідження 47% жінок перебувають в стані депресії, тобто мають схильність до проявів депресії. Вони відчувають напругу, тривожність, високу втомлюваність, дратівливість тощо. Останні - 53% породіль не мають видимих проявів депресії.

За даними отриманими в ході дослідження перцептивної оцінки типу стресостійкості у жінок, можна зробити висновок, про те, що у 43% жінок від загальної вибірки, достатньо часто проявляється

стресостійкість, серед них 13 осіб – це жінки, що народжували вперше, 17 – ті, що народжували не в перший раз. Це особистості, що чітко визначають цілі своєї діяльності та обирають оптимальні шляхи їх вирішення та досягнення. Вони прагнуть долати труднощі самі, їхню появу піддають аналізу, роблять правильні висновки.

Щодо останніх – 57%, від загальної вибірки, то тут спостерігається нестійкість до стресів. Серед них 12 осіб – це жінки, що народжували вперше, та 5 осіб – жінки, що народили дитину не в перше. Ці особистості характеризуються прагненням до конкуренції, досягненню мети, зазвичай не задоволені собою і обставинами, починають рватися до нової мети. Вони часто проявляють агресію, нетерплячість, гіперактивність, у них швидка мова, постійна напруга мускулатури обличчя.

За даними отриманими в ході дослідження копінг – поведінки у стресових ситуаціях, можна визначити наступне: першопороділлі на важкі, пригнічуючі ситуації, частіше за все використовують такі типи та реакції поведінки як: «емоції» та «уникнення». Ці жінки вважають за краще використовувати копінг, орієнтований на емоційну розрядку. Вони більше стурбовані своїм власним станом або думкою оточуючих. Емоційно-орієнтований копінг, спрямований на зміну власних установок відносно ситуації, включає думки і дії, які мають на меті знизити фізичний або психологічний вплив стресу. Ці думки або дії дають їм відчуття полегшення, проте в цілому не направлені на усунення загрозової ситуації, а просто дають людині «відчути себе краще».

Щодо стратегії уникнення – то тут породіллі спрямовані на втечу від вирішення проблеми за рахунок відволікання, занурення у інші сфери активності, намагання відсунути вирішення проблем на потім, ігнорування існуючих труднощів. Жінка, яка використовує цю

стратегію, зазвичай фізично або в думках покидає місце виникнення стресу; тому для активного подолання ця стратегія малоефективна.

Стосовно другої вибірки жінок, що мають статус повторно народжуваних, то тут результати дещо відрізняються від попередніх. Згідно зі шкалами копінг - стратегій ці жінки частіше використовують тип поведінки, що спрямований на «рішення задач» у стресових ситуаціях. Тобто, жінки концентруються на проблемі, для подолання якої здійснюється оцінка ситуації, підбір потенційних можливостей та засобів її вирішення, а також розробляються активні дії щодо їх реалізації.

Таким чином, ми прийшли до висновку, що на прояв та перебіг депресивного стану у породіль впливає тип стресостійкості та домінуючі копінг – поведінка жінок у стресових ситуаціях.

Література

1. Баз Л.Л. Изменение эмоционального восприятия у женщин, страдающих послеродовой депрессией // XIII съезд психиатров России (10—13 октября 2000 г., Москва): Материалы съезда. М.- 2000.- 135с.
2. Камынина И.В. Копинг - стратегии личности в экстремальных условиях жизнедеятельности. Автореферат дис. канд. псих. наук. – Хабаровск, 2008. – 25 с.
3. Лазарус Р.С. Теорія стресу і психофізіологічні дослідження // Емоційний стрес / Под ред. Л. Леві. - Л.: Медицина, 1970.

Бейгуленко О.В.

ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

Резюме. В статье рассмотрены медико-социальные и психолого-педагогические проблемы реабилитации детей-инвалидов. Определены коррекционные задачи, решению которых должен содействовать социальный работник. Выделены этапы (медицинский,

социальный и профессиональный), которые используются в процессе реабилитации ребенка-инвалида.

Ключевые слова: реабилитация, социальная реабилитация, дети-инвалиды.

В мировом сообществе все более заметным становится поворот от «культуры полезности» к «культуре достоинства». В контексте этой концепции человек с ограниченными возможностями независимо от своей дееспособности и полезности для общества рассматривается как объект, медицинской, социальной и психолого-педагогической помощи, ориентированной на создание условий для полной самореализации его личности. Данный подход, несомненно, идеален и для отечественной реабилитации детей с ограниченными возможностями. В некоторых регионах уже есть положительный опыт работы, как в системе образования, так и социальной защиты.

Социальная работа с инвалидами включает в себя медико-социальную реабилитацию. Реабилитация – от позднелатинского *rehabilitatio* — «восстановление». Комплекс медицинских, психологических, педагогических, технических, профессиональных мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов.

Медицинская, психологическая, педагогическая, техническая, профессиональная функции, вместе взятые, обеспечивают социальную реабилитацию больного. Основные задачи реабилитации заключаются в том, чтобы сделать инвалида способным к жизни в обществе, создать соответствующие предпосылки для вовлечения его в общественно-трудовую жизнь общества. Главным результатом медико-социальной реабилитации как направления социальной работы является достижение такого состояния ребенка-инвалида, когда он способен к выполнению социальных функций, свойственных здоровым детям. При этом под социальными функциями (их еще называют социальными умениями) понимаются трудовая

деятельность, обучение, способность к чтению, письму, коммуникативная способность и другие. В то время как большинство людей могут научиться социальным умениям при минимальном формальном обучении, дети-инвалиды нуждаются в тщательном и систематическом обучении этим навыкам. Главная цель – научить ребенка инвалида двигательным и социальным навыкам, основам грамоты и счета (например, одевание, умывание, умение пользоваться столовыми приборами, обращаться с деньгами, делать покупки и приготавливать пищу, пользоваться телефоном, транспортом и так далее). Дети-инвалиды школьного возраста имеют возможность в рамках медико-социальной реабилитации изучать академические дисциплины, готовиться к рабочей жизни.

В настоящее время признана эффективной система круглогодичного оздоровления и реабилитации детей-инвалидов на базе специализированных детских учреждений. Данная организационная форма позволяет использовать не только традиционные способы терапии, но и методы лечебной педагогики, психологической коррекции в сочетании с адаптацией детей в коллективе. Однако следует отметить недостаточное количество учреждений подобного типа, а также тяжесть нарушений, имеющих место у большого числа детей, наличие которых может служить противопоказанием для посещения специализированных детских садов.

Учебно-воспитательной работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата, свойственна коррекционная специфика. Она направлена на развитие личности ребенка, на закаливание его организма, развитие движений, чувственного опыта и мышления, включение ребенка в посильный труд и др. Социальный работник в пределах своей деятельности должен содействовать решению основных коррекционных задач, реализация которых в учебно-образовательных учреждениях для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зачастую нарушена. К таким задачам относятся:

- комплексное психолого-педагогическое и клинико-физиологическое изучение основных закономерностей физического и психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

- разработка психолого-педагогических классификаций различных категорий детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- обоснование дифференцированного и индивидуального подхода при их воспитании, обучении и коррекции недостатков их познавательной деятельности и личности;
- обоснование принципов организации системы разнообразных специальных учреждений, создающих оптимальные условия для воспитания и обучения детей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата;
- установление закономерностей коррекционного учебно-воспитательного процесса, осуществляемого в специальных детских садах и школах, а также при индивидуальном обучении;
- определение целей, задач, содержания, принципов и методов воспитания, обучения, трудовой и социальной подготовки различных категорий детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и др.

В связи с ростом в последнее время числа детей-инвалидов, особую значимость приобретает проблема социально-психологической адаптации не только ребенка, страдающего той или иной патологией, но и семьи, в которой он воспитывается. Социальная изоляция, в которой находится значительная часть семей, воспитывающих детей-инвалидов, усугубляет психическую травму, вызванную инвалидностью ребенка. Это нередко влечет за собой создание нездоровой эмоционально-психологической обстановки, способствует развитию невротоподобных состояний, а в отдельных тяжелых случаях – психических заболеваний, как у детей, так и у родителей. Рождение ребенка-инвалида деформирует семью. Трудности, которые испытывают родители больного ребенка, значительно отличаются от повседневных забот, волнующих обычную семью. Это происходит вследствие колоссальной психологической нагрузки, которую несут члены семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Многие родители в сложившейся ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать, как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупики.

Изменения, имеющие место в семьях данной категории по мнению В. В. Ткачевой, проявляются на трех уровнях: психологическом, социальном и соматическом.

Психологический уровень. Рождение ребенка с отклонениями воспринимается его родителями как трагедия. Факт появления ребенка «не такого как у всех», является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь мамы. Стресс, имеющий длительный или постоянный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и является исходным условием резкого, травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных устоев. Надежды, связанные с рождением ребенка, рушатся, родители начинают неадекватно воспринимать ребенка, что приводит его к ранним постоянным депрессиям. Обретение же новых жизненных ценностей для родителей растягивается порой на длительный период. Это обусловлено такими причинами, как: психологические особенности личности самих родителей (способность принять или не принять больного ребенка); комплекс расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития; воздействие социума при контакте с семьей, воспитывающей ребенка-инвалида.

Социальный уровень. Семьи этой категории становятся малообщительными, избирательными в контактах. Сужается круг знакомых и ограничивается общение с родственниками в силу особенностей состояния ребенка, а так же из-за личностных установок самих родителей. Вследствие тех же причин мамы больных детей более чем в 30% случаев оставляют работу по избранной до рождения ребенка специальности, чтобы ухаживать за своим ребенком, или переходят на низкооплачиваемую, неквалифицированную работу. Рождение больного ребенка оказывает травмирующее воздействие и на взаимоотношения между родителями. Однако известны случаи, когда подобные случаи сплачивали семью. По данным В. В. Ткачевой, 32% случаев семьи, где появляется ребенок-инвалид, распадаются, что оказывает безусловно отрицательное воздействие на процесс формирования личности ребенка. Ребенок, чаще всего, растет и воспитывается без отца.

Соматический уровень. Переживания, выпавшие на долю родителей больного ребенка, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что приводит к различным соматическим заболеваниям и расстройствам. Психотравмирующая ситуация, обусловленная рождением в семье физически неполноценного ребенка,

рассматривается Р. Ф. Майраном как затрагивающая «значимые для матери ценности». У 60% мам, воспитывающих детей-инвалидов, наблюдаются депрессивные неврозы, затяжные невротические депрессии, хроническое утомление.

Среди детей-инвалидов большинство имеют различные нарушения в психике и поведении. Тем не менее, далеко не во всех семьях понимают необходимость не только ухода за ребенком, но и воспитание его как личности, способной нормально взаимодействовать с окружающими людьми и трудиться. Большинство Центров помощи семье и детям используют в своей работе программу по социальной реабилитации и адаптации детей-инвалидов, направленную на создание единой системы социальной, педагогической, психологической адаптации, на восстановление физических возможностей ребенка, на его оздоровление. Осуществление программы происходит через три направления:

- патронаж семей с целью выявления проблем, изучение микроклимата семьи, жилищно-бытовых условий, нуждаемости в услугах узких специалистов, возможность организации помощи ребенку в центре, оказание адресной социальной помощи, а также возможности обучения в домашних условиях;
- непосредственная работа в самом центре, либо за его пределами со специалистами центра;
- работа с родителями детей-инвалидов.

В связи с многообразием типов дефекта, заболеваний, врожденной патологии и последствий травм, ограничений жизнедеятельности используется индивидуальная программа реабилитации. Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида направлена не только на анатомический дефект, функциональные нарушения и ограничение жизнедеятельности. Она еще рассчитана и на определенный возраст, который заставляет специалистов корректировать ее по мере естественного роста и развития ребенка, вследствие чего меняются исходные данные.

В процессе реабилитации ребенка-инвалида выделяют медицинский, социальный и профессиональный этапы.

Медицинская реабилитация (восстановительное лечение) включает меры по восстановлению и компенсации нарушенных или утраченных функций, предотвращению осложнений и рецидивов заболевания. Для

этого используются лекарственные средства, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение, протезирование.

Социальная реабилитация детей-инвалидов с ограниченными возможностями направлена на социальное и бытовое устройство инвалидов. В комплекс мероприятий входят обеспечение различными техническими устройствами, позволяющими передвигаться, а также интеграция в социум.

Профессиональная реабилитация инвалидов включает следующие мероприятия, услуги и технические средства: профориентация (профинформирование; профконсультирование; профотбор; профподбор); психологическая поддержка профессионального самоопределения; обучение (переобучение) по программам основного, среднего (полного) общего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования; повышение квалификации; содействие трудоустройству; квотирование и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов; профессионально-производственная адаптация.

Следует отметить, что практически все нормативные акты касаются льгот, пособий, пенсий и других форм социальной помощи, которая направлена на поддержание жизнедеятельности, на пассивное потребление материальных затрат. Вместе с тем, детям-инвалидам больше необходима такая помощь, которая могла бы стимулировать и активизировать их к полноценной жизни в социуме. Известно, что для полноценной, активной жизни инвалидов необходимо вовлечение их в общественно-полезную деятельность, развитие и поддержание связей инвалидов со здоровым окружением, общественными организациями и т. п. По существу, речь идет о социальной интеграции инвалидов, которая является конечной целью реабилитации.

Как свидетельствует мировой опыт, во многих странах «без учета деятельности социальных работников не обходятся ни программы социального развития, ни социальная политика государства. Специалисты в этой области широко используются в качестве экспертов при подготовке законодательных актов, принятии решений местными органами власти и общественными организациями». Зачастую, люди сталкиваются с проблемами, которые не могут решить ни они сами, ни члены их семей, ни друзья, ни соседи, ни

чиновники. Для этого требуются люди особой профессии – социальные работники, которые в нужную минуту смогут оказать нуждающимся квалифицированную социальную помощь.

Таким образом, участие социального работника в реабилитации детей-инвалидов носит многоаспектный характер, который предполагает не только разностороннее образование, осведомленность в законодательстве, но и наличие соответствующих личностных особенностей, позволяющих доверительно относиться к этой категории работников.

Несмотря на множество проблем медико-социального и психолого-педагогического характера у детей с ограниченными возможностями, разрешить их невозможно без изменений в общественном сознании негативных установок по отношению к инвалидам, а также устранения их дискриминации в обществе.

Литература

1. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: Кн. Для родителей. -2-е изд., перераб и доп. М.: Просвещение, 1993. – С. 86.
2. Камсюк ЛГ. Проблемы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов. //Педиатрия. 1990. № 2. – С. 11–14.
3. Лисовский В. А., Евсеев С. П., Голофеевский В. Ю. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебн. пособие / Под ред. проф. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. / Пер. с англ. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1994. – 318 с.

Беломестнова Л.П., Морозова Т.П.

СТУДЕНЧЕСКАЯ СЕМЬЯ В СОВРЕМЕННОМ ВУЗЕ

Забайкальский государственный университет, Чита, Россия

Студенческая семья представляет перспективную ячейку современного российского общества. Можно отметить, что проводимая в настоящее время социально-экономическая политика в стране не способствует улучшению уровня жизни, стимулированию роста брачности, рождаемости среди молодежи.

Опрос студенческой молодежи, состоящей в браке, проводился в марте 2013г. на факультете социально-политических систем (специальность «Социальная работа»).

Специфика студенческой семьи проявляется с момента ее формирования. И выражается она, в первую очередь, в том, что поиск и выбор будущего брачного партнера в студенческой среде проходит в более благоприятных условиях. Как показывают результаты исследования, 30% семейных студентов познакомились случайно. Среди других обстоятельств, послуживших поводом для знакомства будущих супругов: общие увлечения, жили по соседству, вместе учились в школе. Но чем старше становится курс, тем больше среди семейных студентов тех, кого познакомила студенческая среда. Сходство образа жизни студенчества, как особой социальной группы, и одинаковый вид деятельности создают благоприятные возможности для сближения будущих партнеров.

При изучении особенностей формирования студенческой семьи особый интерес представляет продолжительность добрачного знакомства. Наше исследование показало, что стаж добрачного знакомства от 5 месяцев (30 %) до трёх (50%) и более (25%) лет. Главной доминантой при вступлении в брачный союз у студентов выступает любовь – 93%. В студенческой среде, отметим, меркантильные мотивы вступления в брак не распространены.

На вопрос анкеты: «Достаточно ли Вы были подготовлены к семейной жизни?» - 50% студентов ответили, что достаточно; 20% - не совсем, 14% - вообще не были готовы к браку и 16% опрошенных затруднились ответить на этот вопрос

Оценивая материальное положение своей семьи, 70% опрошенных студентов отметили, что трудности бывают, но помогают родители, подрабатывают сами; 10% - отметили, что в

основном денег хватает. Однако в этой группе семейных студентов относительно высок процент молодежи, кому материальная помощь со стороны родителей практически не оказывается, их примерно 20%.

Отметим, что помощь родителей и дополнительные заработки не в состоянии противодействовать социальной незащищенности студенческой семьи. Требуется государственная программа оказания помощи студенческой семье. Необходимо уделять большее внимание к материально-бытовым условиям жизни студенческой семьи со стороны администрации, общественных организаций университета.

Студенческая жизнь это не только процесс овладения знаниями и профессиональными навыками, это еще и важный этап развития и становления личности человека, определения его будущего социально-культурного статуса. Семейные студенты, увлеченные учебой, научными исследованиями, вынужденные подрабатывать, располагают небольшим объемом свободного времени. По данным нашего исследования у 35% опрошенных студентов вообще нет свободного от учебы, работы и домашних хлопот времени. Остальные, в свое свободное время, предпочитают: смотреть телевизор, читать, посещать кинотеатр.

Как видно, в структуре досуга семейных студентов преобладают «потребительские» («пассивные») виды деятельности. Виды активного времяпрепровождения семейных студентов: занимаются спортом, ходят в бассейн, на лыжах, занимаются велоспортом, туризмом и т.д. – 50%; занимаются фотографией, коллекционированием, иной творческой деятельностью – 33%. Заметим, что эти данные отражают лишь факт присутствия указанных видов деятельности в структуре свободного времени, но отнюдь не их интенсивности и результативности.

Любая семья, в том числе и студенческая, на том или ином этапе своего развития переживает период дестабилизации. Причины здесь могут быть различны, но характерным является рассогласованность во взглядах и поступках, дисгармония в отношениях. Ответы на вопрос анкеты: «Если в Вашей семье возникают конфликты, то каковы их основные причины?» распределились следующим образом:

1. материальные трудности (35%);
2. вмешательство родителей (20%);
3. борьба за лидерство в семье (15%);
4. разное отношение к людям, событиям (10%);
5. ревность (6%);
6. бестактность, эгоизм одного из супругов (5%);
7. неудовлетворенность организацией досуга (5%);
8. неравное распределение домашних обязанностей (4%);

Каким образом устраняются конфликты в студенческих семьях? Большинство опрошенных семейных студентов (68%) указали, что они разрешаются сознательно, путем убеждения. По мнению 28% респондентов, в их семьях конфликты «исчезают сами». И только в небольшой части студенческих семей примирение осуществляется с помощью родителей (3%) или друзей (1%).

Исследование показало, что студенческие брачные союзы отличаются достаточно высокой стабильностью, равномерным распределением домашних обязанностей, нравственно-психологическим единством.

В целях создания более благоприятных условий для формирования, функционирования и развития семьи в студенческие годы необходимо, на наш взгляд, создать «Центр поддержки студенческой семьи ЗабГУ», на базе профсоюзной организации студентов ЗабГУ, который сотрудничал бы с общественными

организациями г. Чита, административными структурами, занимающимися вопросами молодёжной и семейной политики Забайкальского края. Направления работы Центра: психологическая помощь (кафедра психологии Факультет социально-политических систем), юридическая поддержка (Юридический Факультет) и медицинское консультирование (кафедра СППиППО Факультета социально-политических систем)

Сегодня в обществе идут серьезные экономические преобразования, нарастают темпы социальной, эмоциональной и нравственной раскрепощенности молодежи; сексуальная зрелость её становится более ранней. Все это порождает ряд проблем нравственно-психологического и медико-биологического порядка. В связи с этим семья представляет для студентов уникальную микросреду в том смысле, что позволяет им постоянно удовлетворять (снимать) целый ряд жизненно важных возрастных потребностей: в любви, отдыхе, интеллектуальном общении с избранником, психологическом комфорте и др. В силу этого семейные студенты в меньшей степени испытывают половозрастной дискомфорт и это позволяет им, в свою очередь, более рационально распределять свое суточное время, отдавая учебе его значительную часть.

Создание семьи в студенческие годы в целом следует оценивать как положительное явление и с позиции интересов самих студентов, и с точки зрения интересов общества, хотя, как и в любом социальном явлении, здесь требуется диалектический подход к его оценке.

Бойчук Ю.Д.

ЭКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК МНОГОМЕРНЫЙ ЦЕЛОСТНЫЙ КОМПОНЕНТ

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ БУДУЩЕГО УЧИТЕЛЯ

Харьковский национальный педагогический университет

им. Г.С. Сковороды, Харьков, Украина

Гуманитарно-образовательную стратегию решения проблемы выживания в условиях нарастающего экологического кризиса мы связываем в переосмыслении роли и значения отечественной системы образования и развития эколого-валеологической культуры личности, которая в условиях перехода общества к устойчивому развитию направлена на обеспечение паритета общества и природы, гармонии человека и окружающей среды [2].

Учитывая социальную миссию учителя, центр общественного внимания фокусируется вокруг профессионализма и эколого-валеологической культуры именно его личности. Эколого-валеологическая культура как один из важнейших составляющих общей и профессионально-педагогической культуры учителя является мерой и средством самоактуализации и творческой самореализации педагога. Одновременно эколого-валеологическая культура выступает как интегрированное качество его личности, условие эффективной эколого-валеологической деятельности, показатель профессиональной компетентности и цель профессионального самоусовершенствования. От уровня сформированности эколого-валеологической культуры учителя будет зависеть успешность осуществления социально-природной адаптации подрастающего поколения, ориентация школьников на ценностное отношение к здоровью человека и природной среде, на здоровьесберегающее и экологобезопасное поведение.

Нами обоснована сущность и компонентный состав эколого-валеологической культуры как социального, личностного и педагогического феномена [1].

Исследования характеристик экологической и валеологической культур позволило установить, что они имеют тесные связи между собой, источники которой находятся в неразрывном единстве человека и природы. Здоровье человека и окружающая среда неотделимы в своих проявлениях, поскольку благополучие человека обусловлено его биологической, социальной и духовной адаптацией к тем условиям, в которых он живет. Уникальность человека состоит в том, что в отличие от других организмов он приспосабливается к условиям среды не только за счет биологических, но и культурных механизмов. Культура определяет способы и формы взаимоотношений человечества с окружающей средой, выступает главным показателем их гармоничности. В условиях экологического вызова именно экологическая и валеологическая культуры становятся специфичными формами осмысления и решения экологических проблем, основой гармонизации природных, социальных и техногенных процессов.

Доказано, что в системе общей культуры человека экологические и валеологические нормы человеческого поведения если не одинаковые, то максимально близкие, так как их взаимодействие и взаимопроникновение в пределах культуры личности обусловлено моральными нормами, которые определяют духовность личности, качество и степень ее свободы, самоорганизации, безопасное поведение относительно своего здоровья, здоровья других людей и экологического благополучия окружающей среды. Учет экологической зависимости здоровья – важный аспект культурного развития человека, его взаимоотношений с окружающей средой. Это открывает возможности

и необходимость синтеза экологической и валеологической культур, формирования на этой основе эколого-валеологической культуры как качественно новой стратегии поведения человека в окружающей среде. Этот специфичный тип личностной культуры формируется вследствие интеграции разных представлений о взаимозависимости человека и природы, общность которых состоит в признании абсолюта благоговения перед всеми проявлениями и свойствами жизни.

Как экологическая, так и валеологическая культура выступают интегрированными факторами социализации личности, определенными способами ее внутренней детерминации. Они имеют разные формы реализации, но определяют единственный способ отношения человека к миру – гуманный и универсально-творческий. Эти две культуры обогащают свой концептуальный уровень за счет углубления теоретического осмысления экологических и валеологических аспектов взаимодействия человека с окружающей средой.

Экологическая и валеологическая культуры реализуются одновременно в сфере человеческой свободы и в сфере ответственности. В результате плодотворного взаимодействия этих культур рождается система моральных установок неразрушительного отношения человека к своему здоровью и его биологическому фундаменту – окружающей среде.

Экологическая и валеологическая культуры функционально тесно связаны между собой: системы знаний образуют эколого-валеологический тезаурус учителя; системы убеждений, которые лежат в основе этих культур, формируют эколого-валеологическое мировоззрение; системы индивидуальных норм поведения и освоения

методов эколого-валеологической деятельности в окружающей среде обеспечивают практически-творческую активность педагога.

Экологическая и валеологическая культуры, пересекаясь в структуре профессионально-педагогической культуры, взаимно детерминируются. Их взаимодействие активно влияет не только на структуру личностных и профессиональных качеств педагога, но и в пределах профессионально-педагогической культуры усиливает их взаимосвязь, формирует эколого-валеологический категориальный аппарат мышления учителя, усиливает развитие педагогической рефлексии, обуславливает способность к аксиологическому осмыслению своей социальной миссии в решении экологических проблем, сохранения и развития здоровья подрастающего поколения.

Проведенный анализ позволил нам определить *эколого-валеологическую культуру будущего учителя* как целостное интегрированное психологическое образование, сложный конгломерат ценностных ориентаций, знаний, умений и качеств, которые приобрели личностное содержание в структуре его профессионально-педагогического сознания и стали мотивами эколого-валеологической деятельности.

Нами определены активные формы эколого-валеологической деятельности, а именно: *экологобезопасное* (ориентированное на охрану окружающей среды, соблюдения морально-духовных и нормативно-правовых правил поведения в природе, непосредственное участие в природоохранных мероприятиях по сохранению и улучшению экологического состояния тех или иных объектов окружающей среды) и *здоровьесберегающее* (направленное на сохранение своего здоровья и здоровья других людей, соблюдение здорового образа жизни, осуществление самодиагностики и

самооздоровления в условиях ухудшения экологического состояния окружающей среды) поведение.

Анализ эколого-валеологической культуры сквозь призму уровня профессионального развития будущего учителя позволил выделить в ее структуре следующие компоненты.

Мотивационно-ценностный компонент характеризуется профессионально-педагогической направленностью учителя на осуществление эколого-валеологической деятельности и включает познавательный интерес к эколого-валеологическим проблемам, мотивацию к овладению эколого-валеологической культурой, систему эколого-валеологических ценностных ориентаций и совокупность профессионально-личностных качеств, которые необходимы учителю для осуществления эколого-валеологической деятельности, а именно: гуманность; гражданственность; ответственность; инициативность; заботливость; настойчивость; дисциплинированность.

Когнитивный компонент содержит в себе систему эколого-валеологических знаний как специфическую форму интеграции экологии и валеологии. Творческое овладение этими знаниями способствуют формированию эколого-валеологического сознания учителя как аналитико-синтезирующей способности, которая дает ему возможность глубокого теоретического осмысления и осознания закономерных связей здоровья человека с экологическим состоянием окружающей среды.

Операционно-деятельностный компонент представляет собой совокупность эколого-валеологических умений и навыков, овладение которыми необходимо для эффективного осуществления эколого-валеологической деятельности в различных экологических ситуациях.

Рефлексивно-оценочный компонент предвидит развитие способности к осмыслению, анализу и самоанализу, оценки и

самооценки, к рефлексии результатов эколого-валеологической деятельности и ее коррекции.

Указанные структурные компоненты гармонично связаны с функциями (гуманистически-аксиологической, учебно-воспитательной, продуктивно-процессуальной, диагностико-коррекционной), которые обеспечивают практическую реализацию эколого-валеологической культуры.

Показано, что эколого-валеологическая культура формируется путем специальной организации учебно-воспитательного процесса в условиях профессионально-педагогической подготовки, в результате которого происходит формирование и развитие ценностных установок, личностно-профессиональных качеств и свойств будущего учителя, эколого-валеологических знаний и умений, совокупность которых обеспечивает достижение заданной цели.

Теоретически обоснована научно-методическая система формирования эколого-валеологической культуры будущего учителя, которая включает определение цели и задач, обоснование принципов, комплекса средств формирования эколого-валеологической культуры, технологию его реализации, систему критериев, показателей и уровней ее сформированности. Установлено, что принципами формирования эколого-валеологической культуры являются как общепедагогические, так и специальные, которые более предметно отражают ее специфику (междисциплинарности, интеграции экологического и валеологического знания, учета глобальных, национальных и региональных аспектов эколого-валеологических проблем, единства и гармоничного сосуществования человека и природы). Средствами формирования эколого-валеологической культуры являются внесение изменений в содержание профессионально-педагогической подготовки, введение авторского

спецкурса “Эколого-валеологическая культура учителя”, разработка соответствующего учебно-методического сопровождения, использование активных форм и методов аудиторной и внеаудиторной учебно-познавательной деятельности студентов. Разработана технология практической реализации научно-методической системы формирования эколого-валеологической культуры будущего учителя. Выявлены условия эффективности процесса формирования эколого-валеологической культуры будущего учителя (опора на жизненный и образовательный опыт и приобретение студентом нового опыта; создание благоприятной образовательной среды; стимулирование студента к самообразованию).

Литература

1. Бойчук Ю. Д. Теоретико-методические основы формирования эколого-валеологической культуры будущего учителя: Автореф. дисс. ... докт. пед. наук: 13.00.04 (теория и методика профессионального образования). – Харьков: ХНПУ им. Г. С. Сковороды, 2010. – 44 с. *(на укр. языке)*.
2. Бойчук Ю. Д. Эколого-валеологическая культура будущего учителя: теоретико-методические аспекты: Монография. – Сумы: Университетская книга, 2008. – 357 с. *(на укр. языке)*.

Бондаренко Е.Н.

СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЯ "ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ БУДУЩИХ УЧИТЕЛЕЙ"

*Черкасский национальный университет им. Богдана Хмельницкого,
Черкассы, Украина*

Постановка проблемы. В условиях интеграции Украины в европейское сообщество происходит реформирование украинского общества, особенно его образования. Современная государственная политика в области высшего педагогического образования направлена на реализацию основных положений компетентностного подхода к подготовке специалистов. Проблема качества подготовки будущих

учителей, способных эффективно решать вопросы здоровьесбережения и создания здоровья своего и своих воспитанников, воспитание человека в духе ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих как к наивысшей индивидуальной и общественной ценности актуализирует вопрос формирования их валеологической компетентности. Анализ последних исследований и публикаций. Анализ результатов исследований ученых в области формирования здорового образа жизни (В. Бобрицкая, В. Горащук, Г. Кривошеева, С. Лапаенко, В. Нестеренко, И. Поташнюк, Н. Пясецкая, Е. Чернышова и др.), а также научных работ отечественных и зарубежных ученых, посвященных проблеме "компетенизации образования" (К. Абульханова-Славская, И. Ермаков, Л. Лукьянова, А. Овчарук, В. Пищулин, А. Пометун и др.). свидетельствуют, что в отечественной педагогике ощутима нехватка научных исследований, в которых обосновывались бы теоретические и методические подходы к формированию валеологической компетентности будущего учителя, не выяснено суть этого понятия. Все вышеизложенное и обуславливает актуальность нашего исследования, которое выполнено в контексте общего плана научно-исследовательских работ Черкасского национального университета имени Богдана Хмельницкого и имеет целью исследовать различные психолого-педагогические подходы к определению понятия "валеологическая компетентность студентов педагогических университетов", а также подать собственное определение этого понятия.

Изложение основного материала. В современном обществе жизнь и здоровье человека определяются как высшие человеческие ценности. Идея приоритета ценности здоровья в мировоззренческой системе ценностей человека является показателем культурного,

духовного, экономического и социального развития общества. В этом контексте важным является компетентностный подход, который предусматривает приобретение личностью жизненно важных компетенций (в частности валеологической), необходимых для эффективной творческой деятельности и готовности к участию в общественной жизни. В современных условиях наблюдается ухудшение состояния здоровья человека, а значит и нарушение его адаптационных механизмов, являющихся последствиями безответственной деятельности и ведение определенного образа жизни. Среди многих причин нарушения принципов оптимизации жизнедеятельности организма в процессе его адаптации к условиям окружающей среды В. Бароненко выделяет главные: "1) несогласованность темпов изменений окружающей среды, особенно социального, с темпами перестроек приспособительных механизмов организма, 2) загрязнение окружающей биологической и социальной среды, 3) нездоровый образ жизни, т.е. стиль жизни, не соответствует эволюционно сложившимся требованиям" [1, с. 76].

Проведя анализ специальных медицинских, биологических, валеологических, педагогических, психологических информационных источников [2; 3; 4; 5], мы выделяем еще ряд обстоятельств, которые, по нашему мнению, обуславливают низкий уровень механизмов адаптации организма человека к изменениям условий окружающей среды на современном этапе развития человечества, а следовательно и ухудшению уровня здоровья как индивидуума (именно подрастающего поколения), так и общества в целом: 1) неумение человека использовать знания в области здоровой жизнедеятельности с позиций многофакторности ее путей и методов на фоне желания здоровья и достаточного объема специальной информации, вследствие несформированности ориентации на применение

валеологических методов деятельности, на взаимодействие индивидуального образа жизни и профессиональной деятельности; 2) рассмотрение человека только как рабочей силы, а не личности с определенным потенциалом (резервом) адаптивных возможностей. Отсутствие восприятия человека как особой системы накопления и обобщения индивидуального опыта по вопросам здоровой жизнедеятельности; 3) узкоспециализированный подход медицины к проблемам сохранения и укрепления здоровья; ориентация на лечение последствий одной болезни, отсутствие понимания организма человека как единства биологического и социального; акцент на реабилитации утраченного с помощью фармакологии и предупреждения самостоятельных действий человека в применении резервных возможностей без ведома врача, а не на предупреждении, профилактике отклонений в здоровье, в результате чего сформировалась низкая активность и ответственность личности в сфере сохранения и совершенствования здоровья, поведенческая пассивность и валеологическая безграмотность; отстранение человека от участия в решении вопросов собственного здоровья, создание парадоксальной практики "поощрения" больного человека в виде государственных социальных гарантий (больничные, санаторные путевки и т.п.); 4) практика "запугивания", запретительных действий в борьбе с интеллектуальными ядами (табакокурение, наркомания, азартные игры и т.п.) (по Е. Вайнеру), результаты которой оказались минимальными (отдаленность во времени угрожающих перспектив "приобретения" неизлечимой болезни и даже смерти не является актуальными и предметными на данное время, уверенность в собственной неуязвимости предопределяют выбор модели соответствующего поведения); 5) непоследовательное внедрение валеологического образования в учебный процесс, образовательную

систему вследствие отсутствия функционального понимания значения валеологии в профессиональной подготовке специалистов, а также нормативного, методологического и кадрового обеспечения валеологического образования во всех звеньях учебно-воспитательного процесса; б) неизбирательное и избыточное "потребление" телевизионной и иной массовой информации, что приводит к снижению морального уровня сознания, развитию антикультурных тенденций. Обратимся лишь к одной стороне этой проблемы. В 60-70 гг прошлого века в странах Западной Европы и США наблюдалась "сексуальная революция", волны которой докатились в начале 80-х годов и до стран постсоветского пространства. В связи с либерализацией сексуальной морали в молодежной среде приобрели популярность "свободная любовь", "свободный секс", "свободная телесная культура", предусматривающие частую смену сексуальных партнеров, отказ от деторождения, поскольку забота о детях мешает свободному развитию личности. Последствия этой "революции" и усиления информационного сексуального навязывания мы ощущаем сегодня. Учитывая вышеизложенное, немаловажное значение приобретает процесс профессиональной подготовки будущих учителей в высших учебных заведениях как пропагандистов и воспитателей здорового образа жизни, а именно формирование их валеологической компетентности. Нет смысла прибегать к дискуссии относительно того, что "совершенствование содержания педагогического образования, подготовка учителей нового поколения с гуманистическим типом мышления в соответствии с основными положениями" Концепции валеологического образования педагогических работников "- одна из первоочередных задач современности" [6, с. 26]. Именно учитель способен изменить

отношение воспитанников к собственному здоровью, помочь разобраться в современных оздоровительных методиках и, самое главное, сформировать активную жизненную позицию валеологического направления: "хочу", "могу", "делаю" (хочу быть здоровым, могу это делать, делаю это). В последнее время в обращении педагогической, психологической, медицинской литературы все чаще употребляется понятие "валеологическая культура", "культура здоровья", "культура здорового образа жизни" и другие. Четкого разделения сути этих понятий до сих пор не существует. По нашему мнению, валеологическая компетентность является составной валеологической культуры, а следовательно и общей культуры человека. Рассматривая валеологическое образование как непрерывный процесс обучения, воспитания и развития здоровья человека, Е. Вайнер видит валеологическую культуру результатом такого образования и рассматривает ее как совокупность знаний, методов и средств контроля, сохранения и развития своего здоровья, а также умение пропагандировать эти знания [7, с. 6]. Присоединились к решению проблемы формирования валеологической культуры детей и молодежи и другие исследователи (М. Гринева, С. Коренева, Н. Пясецкая и др.). Проблеме формирования культуры здоровья посвятили свои труды В. Горашук, Н. Денисенко, С. Кириленко, Р. Лысенко, Л. Паламарчук, С. Свириденко, В. Скумин, И. Соковня-Семенова и др. Отдельные аспекты многогранного и сложного процесса развития профессиональной подготовки будущих учителей в высших учебных заведениях в сфере сохранения и укрепления здоровья освещены в работах В. Бобрицкой, Т. Кныш, В. Нестеренко, И. Поташнюк, А. Смакулы и др. Проблема формирования валеологической компетентности у учащейся молодежи, в частности студенческой, нашла свое отражение в научных исследованиях Л.

Карповой, И. Коцана, А. Маджуги, А. Митяевой, В. Пищулина и других. Так, исследователи В. Нестеренко и Л. Карпова считают валеологическую компетентность одним из подвидов профессиональной компетентности учителя. По мнению В. Пищулина, валеологическая компетентность выпускника университета характеризуется наличием знаний и умений сохранения и соблюдения здорового образа жизни В терминологический оборот Д. Ворониным введено такое понятие как "здоровьесберегающая компетентность личности". Под ней автор понимает компетентность в ведении здорового образа жизни, "которая является интегральной, динамической чертой личности, что проявляется в способности организовать и регулировать свою деятельность; адекватно оценивать свое поведение, а также поступки и взгляды окружающих, хранить и реализовывать свои позиции в различных, неблагоприятных условиях, исходя из лично осознанных и усвоенных нравственных норм и принципов, а не за счет внешних сил; противостоять натиску, противодействовать влияниям, противоречащим внутренним установкам, взглядам и убеждениям, активно их предотвращать, самостоятельно принимать моральные решения".

Выводы. Детальный анализ специальных педагогических, психологических, медицинских, валеологических информационных источников показал значительный рост пределов применения валеологического образования, охватывающего существенные и жизненно значимые вопросы выживания человека, сохранения им здоровья, существования человеческого рода вообще. Переосмысление предметного поля валеологии, необходимость подготовки валеологически компетентного будущего учителя актуализируется общей тенденцией ухудшения здоровья всех субъектов образовательного процесса. Уточнение сущности понятий

"культура здоровья", "культура здорового образа жизни", "валеологическая культура", "здоровьязберегающая компетентность" "валеологическая компетентность студентов" позволило определить, что валеологическая компетентность студентов педагогических университетов - это составляющая их жизненной компетентности, которая проявляется в знаниях, ценностях и мотивах, валеологической позиции, деятельности по оздоровлению себя и своих воспитанников.

Литература:

1. Бароненко В. А. Концептуальный подход к проблеме культуры здоровья / В. А. Бароненко // Валеология. - 2002. - № 3. - С. 74-78.
2. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Валеология: состояние и перспективы развития / Г. Л. Апанасенко, Л. А. Попова // Журнал АМН Украины, 1997. - Т. 3, № 3. - С. 426-436.
3. Байер К., Шейнберг Л. Здоровый образ жизни / К. Байер, Л. Шейнберг. - М.: Мир, 1997. - 368 с.
4. Бобрицька В. І. Теоретичні і методичні основи формування здорового способу життя у майбутніх учителів у процесі вивчення природничих наук: дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04 / Бобрицька В. І. – К., 2006. – 489 с.
5. Брехман И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман. – М.: Наука, 1987. – 125 с.
6. Воскобійникова Г. Л. Валеологічна освіта, культура, виховання: перспективи розвитку / Г. Л. Воскобійникова // Рідна школа. – 2006. – № 6. – С. 2627.
7. Вайнер Э. Н. Валеология: учебник для вузов / Э. Н. Вайнер. - М.: Флинта: Наука, 2001. - 416 с.

Бурмистрова Н.И., Скларова Р.И.

СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА СТУДЕНТОВ СПОРТИВНОГО ФАКУЛЬТЕТА, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ

*Московский государственный областной социально-гуманитарный институт,
Коломна, Россия*

Введение. Актуальность состояния здоровья современных студентов многих российских ВУЗов, в том числе и у отдельных представителей спортивных факультетов, на сегодняшний день,

является не только медицинской и педагогической проблемой, так как уровень его недостаточно высок и требует инновационных подходов его улучшения. Формирование здоровья и его реабилитация – важная проблема общественного социума.

Здоровье, как известно – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и дефектов.

Народная мудрость гласит: «Здоров будешь, все добудешь», «Здоровье приходит золотниками, а уходит пудами», «В здоровом теле здоровый дух», «В человеке все должно быть гармонично - и тело, и его дух».

Общеизвестно, что организм спортсмена – это единое целое, и все же, для достижения высоких результатов в спортивной практике первостепенное значение отводится центральной нервной системе – это скорость реакций, балансирование тела в пространстве, а также опорно-двигательному аппарату, обеспечивающему качество и надежность амортизации, необходимые для качественного выполнения движений и профилактики спортивных травм. Немаловажное значение отводится его эмоциям и настроению.

Как показывает особенность анатомического строения стопы спортсмена в сочетании с разнообразием ее функций: опоры, рессоры, толчка и балансировки, этот орган уникален, равно как и правильные умеренно сформированные физиологические изгибы позвоночника, которые должны гармонично установиться к 7 годам жизни ребенка.

Однако, как показывает собственный научно-исследовательский опыт, если не использовать коррекцию дефектов в МДОУ в виде здоровьесберегающих технологий, то на момент поступления в первый класс число детей составит более 37% (функциональные нарушения сводов стопы и до 80% дефекты изгибов позвоночника)[2].

Причем мониторинг отмечает, что ведущим типом функциональных отклонений опорно-двигательного аппарата является плоская спина и лишь на втором месте сутулая осанка, затем идет асимметричная и лордозированная.

О распространенности отклонений от нормы функции стопы у детей отмечают многие авторы [1,2,3,4,5,6,7,8].

Позвоночник – это мощная пружина, амортизатор, предохраняющий вместе с рессорной функцией стопы головной и спинной мозг от микросотрясений, неизбежно сопровождающих ходьбу, бег, прыжки ребенка 7-лет. Состояние физиологических изгибов позвоночника, его лордозы и кифозы, оказывают огромное влияние на полноценную иннервацию всего организма. Работа головного мозга, устойчивость к утомлению первоначально зависит от рельефности позвоночника и состояния продольного и поперечного сводов стопы.

Только анатомически правильно сформированная и гармонично функционирующая стопа может выполнять все возложенные на нее физиологические функции. При беге, прыжках, поднятии тяжестей на стопу спортсмена влияют большие статодинамические нагрузки. С каждым шагом по жестким покрытиям стопа испытывает ударные нагрузки, равные 18-20g ускорения. Здоровая, тренированная стопа успешно нейтрализует эту нагрузку. Если же рессорная функция стопы нарушена, то все толчковое ускорение проходит вверх по скелету, доходит до головы и становится одной из причин головной боли [8] и негативного настроения.

Следовательно, благоприятным периодом для формирования отличной амортизационной способности опорно-двигательного аппарата (ОДА) является возраст 6–7 лет с последующим возможным

совершенствованием ее функции до 18–20 лет, периодом, когда завершается рост человека в длину.

Целью нашего исследования было изучение показателей ОДА методами соматометрии и плантографии у студентов 4 курса факультета физической культуры и спорта МГОСГИ (возраст 20 лет) на лабораторных занятиях по спортивной медицине.

Под наблюдением находилось 75 испытуемых: 42 юношей и 33 девушки.

Исследования физиологических изгибов позвоночника, типов осанки и сводов стопы проводились по доступным общепринятым методикам отечественной спортивной медицины (по Яралову-Яроланцу и О. Смагину) [9].

Для определения физического развития использовался метод стандартов: сравнительный анализ показателей длины и массы тела в различных видах спорта с учетом типа телосложения спортсмена (по М. В. Черноруцкому).

В медицинской практике применяется схема конституциональных типов М. В. Черноруцкого. Выделяют следующие три типа: 1) нормостенический тип, характеризующийся пропорциональными размерами тела и гармоничным развитием костно-мышечной системы; 2) астенический тип, который отличается стройным телом, слабым развитием мышечной системы, преобладанием, по сравнению с нормостеническим, продольных размеров тела и размеров грудной клетки над размерами живота, длины конечностей над длиной туловища; 3) гиперстенический тип, отличающийся от нормастенического хорошей упитанностью, длинным туловищем и короткими конечностями, относительным преобладанием поперечных размеров тела, размеров живота над размерами грудной клетки.

Результаты анализа физического развития студентов ФФКС показали, что лишь 20% девушек и 27% юношей имели «отличный» показатель физического развития, «хорошо» 30% и 48% соответственно, остальные «удовлетворительно».

Исследование особенностей телосложения современных студентов спортфака выявило преобладание у девушек астенического типа телосложения с недостаточностью массы тела; у юношей нормастенического и смешанного типов телосложения, с незначительным превышением или недобором массы. У 27% девушек отмечен низкий показатель кистевой динамометрии, слабо развитые физиологические изгибы позвоночника, уменьшена относительно нормы в сагиттальном размере грудная клетка, что дает лишь удовлетворительную оценку ЖЕЛ и экскурсии грудной клетки.

У 19% девушек и 12% юношей отмечено «неудовлетворительная» оценка становой динамометрии на фоне нарушений осанки и уплощения сводов стопы. У 15% спортсменок обнаружено уплощение стопы в продольном и поперечном направлениях, что вызывало утомление и дискомфорт стопы в игровых видах и, особенно при занятиях коньками и лыжами. У 5% испытуемых обнаружена уплощенная правая стопа при норме левой стопы. Установлены жалобы на периодическую боль, жжение и дискомфорт в области поперечного свода стопы у спортсменов легкоатлетов, имеющих природный уплощенный или травмированный ранее свод стопы.

В процессе спортивной деятельности у 57% испытуемых с нарушениями ОДА было так же обнаружено наличие проявлений остаточных явлений психофизических перегрузок: головная боль, снижение настроения, утомляемость, неприятные ощущения в области поясницы.

Согласно адаптированному тесту Макса Люшера, психическое здоровье спортсменов тесно коррелирует с нарушениями осанки и стопы. На первом и втором месте выборки преобладали черный и красный цвета. В тестовых ответах отдельных студентов присутствовали наборы цветов темно-серый, темно-коричневый и черный – хроническая усталость, депрессивность[10].

Координационная проба Ромберга [3] установила, что 80% студентов-спортсменов удерживают равновесие с закрытыми глазами стоя на правой, левая нога на колено, руки вперед-всторону в среднем 17 секунд. Гимнасты и гимнастки до 25секунд.

Испытуемые с плоской спиной (недоразвитие правильных физиологических изгибов позвоночника) и уплощенной стопой имели низкий результат пробы 8–10секунд.

В заключение можно сказать, проведенное исследование студентов 4 курса ФФКС позволило констатировать следующее.

Анализ показателей соматоскопии, соматометрии осанки и плантограммы стопы на практических занятиях спортивной медицины позволяет студенту получить данные о состоянии его ОДА и соотнести с результатами его спортивных достижений. Далее получить от преподавателя спортмедицины индивидуальные методические рекомендации по реабилитации здоровья его ОДА.

Для достижения динамики спортивных результатов спортсмену с отклонениями ОДА необходимо поработать над коррекцией имеющихся у него функциональных нарушений с помощью произвольной психофизической релаксации, комплексов ЛФК и массажа.

Здоровьеформирующие технологии в ВУЗе как система индивидуальных, государственных и международных мероприятий должна быть направлена на профилактику и коррекцию отклонений

ОДА, формирование здоровья и долголетия и в частности, привитие культуры здоровья студенту ФФКС через предметы: Гигиена физического воспитания и спорта (включая ЗОЖ), Спортивная медицина (Здоровье спортсменов, физическое развитие) ЛФК и массаж (Коррекция дефектов осанки и стопы), специализацию – Физическая реабилитация и НИРС.

Над реабилитационными программами технологий улучшения здоровья в процессе обучения в ВУЗе студентов спортфака активно в течение последних лет работают студенты и соавторы данной статьи.

Ежегодно на студенческих научных конференциях студенты 4 курса ФФКС выступают с докладами по примерной тематике:

- инновационные подходы в реабилитации осанки и стопы спортсмена;
- кинезотерапия при нарушении осанки и стопы для профилактики остеохондрозов;
- ЗОЖ спортсмена обучающегося на ФФКС;
- Магнитолазная реабилитация ОДА после травм и заболеваний спортсменов-конькобежцев;
- культура гармоничного здоровья как необходимая составляющая спорта высших достижений.

Литература:

1. Беленький, А. Г. Плоскостопие: проявление и диагностика / А. Г. Беленький // Consilium Meicum [Электронный ресурс]: Том 07/№8/, 2005.
2. Бурмистрова Н. И. Диагностика, профилактика и коррекция нарушений осанки и стопы в ДОУ / Н. И. Бурмистрова // Школа и здоровье: науч.-метод. сб. Вып. 7. – Коломна: КГПИ, 2007. – С. 23.
3. Граевская, Н. Д. Спортивная медицина: Курс лекций и практические занятия: учеб. пособие / Н. Д. Граевская, Т. И. Долматова. – М. : Советский спорт, 2004. – С. 58–94.4.
4. Губа, В. П. Оценка физического развития детей по данным морфологических наблюдений / В. П. Губа, Ю. С. Татаринцов // Теория и практика физической культуры. – 1988. – № 3 – С. 32–33.

5. Дерлятка, М. И. Биомеханика и коррекция дисфункций стоп: монография / М. И. Дерлятка, В. В. Гнатовский, В. В. Лашковский [и др.]; под науч. ред. А. И. Свириденко, В. В. Лашковского. – Гродно : ГрГУ, 2009. – 279 с.

6. Ефимов, А. П. Плоскостопие / А. П. Ефимов // Интегральная медицина XXI века [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа: <http://www.it-med.ru/library/p/ploskostopie.htm>.

7. Куслик, М. М. Плоскостопие / М. М. Куслик // Многотомное руководство по хирургии. – М., 1969. – Т. XII. – С. 531–545.

8. Знатнова, Е. В. Анализ проблемы профилактики и коррекции дисфункций стоп человека / Е. В. Знатнова // Интеграционные процессы и инновационные технологии в физическом воспитании и спорте: науч. практ. конф. – Тула : ТГПУ, 2012. – С. 305–309.

9. Смагин, О. В. Роль социально-гигиенических факторов в формировании осанки детей дошкольного возраста: автореф. дис. ... канд. пед. наук / О. В. Смагин. – М., 1979. – 20 с.

10. Циганок, И. И. Цветовая психодиагностика. Модификация Полного клинического теста М. Люшера: Методическое руководство / И. И. Циганок. – СПб. : Речь, 2007. – 264 с.

Бутиріна М.В., Скида В.О.

ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ – СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ СИСТЕМИ ОСВІТИ УКРАЇНИ

Державний вищий навчальний заклад

«Донбаський державний педагогічний університет», м.Слов'янськ, Україна

Резюме. В статті розглядаються шляхи формування здорового образу життя у молодого покоління; умови створення стилю здорового способу життя; особливості формування здорового образу життя, а також форми роботи з молоддю по пропаганді здорового образу життя.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, пропаганда, гигиеническое поведение, гигиена, санитарная культура.

Спосіб життя людей залежить від тих цінностей, пріоритетів, практичних можливостей і труднощів, які є невід'ємними елементами повсякденного життя. Особливості способу життя суспільства, соціальних груп та окремих осіб переплітаються, внаслідок чого формуються стереотипи дій, що повторюються і трансформуються з покоління в покоління. Ті чи інші погляди, позиції, навички, вміння та

поведінка, що впливають на здоров'я, визначаються досвідом і тим соціальним сенсом і значенням, які з нього випливають.

Численні дослідження поняття способу життя з позицій суспільних наук визначають цю категорію так: здоровий спосіб життя — це гігієнічна поведінка, яка будується на науково-обґрунтованих санітарно-гігієнічних нормативах, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття [1].

Пропаганда здорового способу життя включає інформування населення щодо факторів, які сприяють збереженню здоров'я, і профілактику факторів, які шкідливо впливають на здоров'я.

Світова наука передбачає цілісний погляд на здоров'я як феномен, що інтегрує принаймні чотири його сфери, або складові: фізичну, психічну (розумову), соціальну (суспільну) і духовну [3].

Фізичне здоров'я визначають такі чинники, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, фізіологічні функції організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадщини, рівні фізичного розвитку органів і систем організму.

До сфери психічного здоров'я відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад збудженість, емоційність, чутливість.

Духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, його сприйняття складових духовної культури людства — освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей в контексті власних ідеалів і світогляду — все це визначає стан духовного здоров'я індивіда.

Соціальне здоров'я індивіда залежить від економічних чинників, його стосунків із структурними одиницями соціуму – сім'єю, організаціями, через які відбуваються соціальні зв'язки – праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. У загальному вигляді соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку, що притаманне головним сферам суспільного життя в певному середовищі – економічній, політичній, соціальній, духовній.

Пропаганда здорового способу життя – один з стратегічних напрямів гігієнічного навчання і виховання.

Ціль пропаганди здорового способу життя — формування гігієнічної поведінки населення, що базується на науково обґрунтованих санітарно-гігієнічних нормативах, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття [2].

Підвищення рівня санітарної культури населення, проведення заходів, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я, повинні ґрунтуватися на принципах науковості, правдивості і об'єктивності; диференційованості і цілеспрямованості; масовості; систематичності і послідовності; комплексності (тобто пропаганда здорового способу життя повинна вестися не тільки педагогами, а й медиками, психологами, соціологами і т.п.); зв'язку з життям суспільства.

Найважливішими напрямками виховання санітарно-гігієнічних навичок, пропаганди санітарно-гігієнічних медичних знань, формування здорового способу життя можна вважати наступні [4]:

1. Пропаганда факторів, що сприяють збереженню здоров'я: гігієна праці, раціональне харчування. Гігієна відпочинку, оптимальний руховий режим, фізкультура і спорт, гігієна подружніх

відносин, загартовування, особиста гігієна, медико-соціальна активність, психогігієна, гігієна навколишнього середовища.

2. Пропаганда профілактики факторів, що згубно впливають на здоров'я: зловживання спиртними напоями, наркотиками, паління, дотримання деяких етнічних обрядів і звичок, релігійно-культурні відправлення.

В. Коваль поділяє методи формування здорового способу життя на методи переконання, методи вправ, методи позитивного і негативного прикладу, методи заохочування і покарання. Причому під методом переконання він розуміє розповіді, лекції, бесіди, диспути, телебачення [6].

До засобів методу усної пропаганди відносяться: популярна лекція), агітаційно-інформаційний виступ, бесіда (групова, індивідуальна), виховні заходи — вечір (година) питань і відповідей, дискусія, вікторина, конференція, заняття (курсове, гурткове), інструктаж вступний. Таким чином, до засобів усної пропаганди відносяться засоби, при використанні яких мається безпосередній контакт з аудиторією (лекція, бесіда, вечір питань і відповідей, диспут, агітаційні чи інформаційні виступи) і засобу, при використанні яких безпосередній контакт з аудиторією відсутній (радіовиступ, виступу по телебаченню, запис виступів, лекцій на плівці, пластинці).

Метод друкованої пропаганди включає друковані наочності: брошура, буклет, бюлетень, журнал, календар, стаття, книга, листівка, гасло, пам'ятка, стінна газета. Серед багатьох цінних якостей засобів методу друкованої пропаганди найбільш важливими є: а) великий тираж друкованих видань; б) охоплення широких шарів населення; в) можливість кількаразового прочитування, що сприяє кращому засвоєнню; г) точність викладу [5].

Отже, для ефективно функціонуючої системи виховної роботи, спрямованої на формування способу життя студентської молоді, націленого на покращення здоров'я, необхідна всебічно продумана організація контролю та керівництва закладу освіти. Питання контролю та керівництва виховною роботою з охорони здоров'я та формування здорового способу життя повинні входити в перспективне річне планування роботи закладу освіти, а також можуть виступати у вигляді складової частини навчальних програм з дисциплін «Безпека життєдіяльності», «Основи охорони праці» та «Охорона праці в галузі».

Планування діяльності з контролю та організації системи формування здорового способу життя повинно охоплювати всі види та форми життєдіяльності закладу освіти, його взаємодії з соціальним середовищем.

Постановка цілей та задач охорони здоров'я студентської молоді та виховання здорового способу життя повинна передбачати :

- створення в навчальному закладі освіти середовища, що сприятливо впливає на здоров'я та формування здорового способу життя студентів;

- формування знань про здоров'я, про фактори, що сприятливо впливають на здоров'я, про значення здоров'я для успішної навчальної та професійної діяльності, потреби піклуватись про своє здоров'я;

- знання взаємозв'язку компонентів здоров'я, принципів здорового способу життя;

- знання негативного впливу на здоров'я шкідливих звичок (п'янства, паління, наркоманії, токсикоманії) та вміння протистояти шкідливим звичкам;

– володіння знаннями про основи раціонального харчування та про сприятливий вплив фізичної культури та спорту на здоров'я молодшої людини;

– наявність звички до занять фізичною культурою та спортом та володіння навичками самооздоровлення;

– залучення батьків студентів до активної роботи з формування здорового способу життя.

Виходячи з вище зазначеного, зміст роботи при проведенні різних форм і методів гігієнічного виховання населення і пропаганди здорового способу життя має бути спрямований на висвітлення основ особистої і громадської гігієни, гігієни міста або селища, житла, благоустрою і озеленення, утримання присадибних ділянок; на боротьбу із забрудненням довкілля; профілактику захворювань, що викликаються дією на організм несприятливих метеорологічних умов (підвищена вологість повітря, високі і низькі температури тощо); на впровадження фізичної культури в побут кожної людини. В коло цієї діяльності входить також трудова і професійна орієнтація, створення здорових побутових і виробничих умов, формування здорового способу життя. Велику увагу необхідно приділяти профілактиці інфекційних захворювань, поліпшенню водопостачання і водокористування. Значне місце повинні зайняти протиалкогольна та антинаркоманійна пропаганда, роз'яснення шкоди куріння. Куріння є одним із найбільш поширених видів наркоманії.

Література

1. Апанасенко Г.Л. Вплив алкоголю, наркотиків і токсинів на поведінку людини. / Г.Л. Апанасенко — К.: Здоров'я, 1999. — 80с.
2. Брахман І.І. Валеологія — наука про здоров'я. / І.І. Брахман — М.: Физическая культура и спорт, 2002. — 208с.
3. Вакуленко О. Теоретико-методологічні засади формування здорового способу життя. / О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова, Р. Левін, І. Солоненко, О. Яременко — [Електронний ресурс]: <http://www.health.gov.ua/publ/conf.nsf>

4. Войтенко В.П. Здоровье здоровых. / В.П. Войтенко — К.: Здоров'я, 1998. — 208 с
5. Гнутель Я.Б. Виховна робота в сучасних умовах. / Я.Б. Гнутель — Тернопіль: АСТОН, 2004. —263 с.
6. Коваль В.Ю. Шляхи формування здорового способу життя (ЗСЖ) у молодого покоління / В.Ю. Коваль — Херсонський державний університет – [Електронний ресурс]: <http://archive.nbuu.gov.ua>

Васенко Н.А.

ВОСПИТАНИЕ ЭТИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ПРИМЕРЕ ЖИЗНИ СЯТИТЕЛЯ ИГНАТИЯ МАРИУПОЛЬСКОГО

Приазовский государственный технический университет, г. Мариуполь, Украина

Современное общество переживает нравственно-духовный кризис. Основными причинами такой ситуации являются: изменения происходящие в стране, ее экономической и политической системах, отказ от христианской морали и недостаточность духовно-нравственного воспитания в школах.

Нравственно-духовный кризис сказывается на всех сферах жизни личности и общества, поскольку от нравственного состояния зависит образ жизни, качество жизни и духовное состояние человека.

Низкий уровень этической культуры приводит к исчезновению представлений о ценностях и идеалах, результатом чего становится утрата традиционного представления о человеке и смысле жизни. Происходит подмена абсолютных ценностей относительными. Из-за утраты не только деятельной веры в Бога, но и в человека, чье призвание освящение человека и мира, углубляется процесс разрушения личности, семьи и государства. Поэтому важной задачей на сегодняшний день является воспитание этической культуры у учеников средней школы на основах христианства.

Одним из методов нравственного воспитания является пример. Таковым может служить жизнь и деятельность митрополита Игнатия Мариупольского.

Родиной Игнатия Мариупольского был остров Фермия в Греции, где он родился в 1715 году в знатном роде Гозадини. С юных лет воспитывался на святой горе Афон, где он и принимает монашеский постриг. Позже становится священником, а затем и епископом.

В 1769 году владыка возглавляет в Тавриде Готфейско-Кефайскую епархию. Игнатий поселился в скиту возле греческого селения Марианополь, неподалёку от Бахчисарая (резиденции крымских ханов).

Боясь полного духовного порабощения и физического уничтожения своей паствы, святитель обратился к русскому правительству с прошением принять крымских христиан в русское подданство и дать им землю для поселения.

Царица Екатерина II дала согласие, и 23 апреля 1778 года владыка Игнатий после литургии в пещерном храме Свято-Успенского скита призвал верных христиан готовиться к исходу из многовекового пленения. Греки в 1779—1780 переселились из Крыма в Мариупольский уезд, особая епархия, известная также как Мариупольский греческий округ. Игнатий Мариупольский умер 16 февраля 1786 г.

Митрополит Игнатий Мариупольский вел праведный образ жизни и всей своей деятельностью служил народу и Богу. Поэтому его образ может оказывать содействие в процессе формирования этических и культурных ценностей у современных школьников.

Деятельность Игнатия Мариупольского была направлена на препятствование духовному порабощению его народа, на

воскрешение христианских ценностей, на культурное и экономическое возрождение христиан разных национальностей путем эмиграции их в православную Россию. Но его наследие остается актуальным и для современного общества. Игнатий Мариупольский призывает доверять Христу и жить по его законам, видит церковь источником подлинной человечности, духовности, культуры жизни, искусства святости и одухотворенного творчества, а также призывает к христианскому патриотизму.

В рамках воспитания этической культуры у учащихся на примере жизни Игнатия Мариупольского могут быть сформированы такие ценности как приоритет духовного над материальным, то есть возможность обретения духовной жизни не подвластной разрушению. У учеников может сформироваться осознание себя как носителей культуры и традиций, абсолютных ценностей, которые они будут в состоянии в полной мере передать будущему поколению. Так же на примере жизни митрополита Игнатия Мариупольского можно сформировать патриотическое отношение к своему народу и государству, заложить основу христианского патриотизма, что значит быть верным Богу, христианским ценностям и идеалам, быть верным своей культуре.

В настоящее время у школьников Мариуполя появилась возможность познакомиться с историей своего города и с этим выдающимся человеком. 15 февраля 2013 года в Мариуполе стартовал проект «Благодарные потомки», который посвящен святителю Игнатию Мариупольскому. Основные задачи проекта: установление контактов между церковью и школами; между воскресными школами; между церковью и учреждениями культуры (школами искусств, музыкальными и художественными школами, библиотеками, краеведческими музеями и т.д.), стимулирование совместной работы

данных объектов в исследовательско-краеведческой и миссионерской деятельности. Так же задачей проекта является ознакомление учащихся с историей родного края и историей основания города Мариуполя и окрестных сел Донецкой области, объединение жителей города идеей небесного покровительства митрополита Игнатия Мариупольского. В рамках этого проекта проводятся различные конкурсы, экскурсии, выставки детского изобразительного искусства, в которых принимают участие учащиеся школ.

Участие в подобных конкурсах помогает сформировать у школьников определенные качества личности, а именно: память, внимание, наблюдательность, развивается мышление и появляется возможность открыть в ребенке творческие наклонности. Помимо этого у детей расширяется кругозор, появляются знания об истории родного города и христианской культуре. Из этого следует, что подобные проекты положительным образом влияют на становление личности с высокоразвитой культурой и нравственными качествами.

На становление личности учащихся так же влияет христианская этика. В процессе социализации она реализует важную функцию, а именно ценностно-ориентационную, суть которой заключается в формировании у учащихся определенной системы верований (вера в Бога, бессмертие души). Так же формирует положительное отношение к религиозным нормам и ценностям. Христианская этика оказывает воздействие на модель поведения человека, призывает вести себя в соответствии с христианскими нормами.

Воспитание этической культуры является одним из основных средств преодоления нравственно-духовного кризиса. Поэтому задачей учебных заведений является не только предоставление необходимых базовых знаний, но и воспитание личности, нравственной культуры и моральных ценностей посредством

различных педагогических методов. Освещение жизни высоко моральных личностей, носителей родной культуры могут удивительным образом помочь осуществить эту нелегкую задачу.

Ведро Е. Ю.

АНАЛИЗ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ОСНОВЕ ТЕСТА «РИСУНОК СЕМЬИ»

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, Харьков, Украина

Постановка проблемы. Проблема детско-родительских отношений приобретает комплексный и масштабный характер. В данной статье мы считаем важным рассмотреть этот вопрос с точки зрения проективной, рисуночной методики. Рисунок содержит множества полезной информации, которую ребенку зачастую сложно выразить вербально.

Цель данной работы состоит в анализе детско-родительских отношений на основании экспериментального исследования семьи.

Основной материал. Взаимоотношения ребенка с родителями один из основных факторов социализации. Человек становится человеком только в условиях общения с людьми. Однако самого наличия общения не достаточно для гармоничного психического развития ребенка. Важно количество и качество этого общения с взрослым. Семья – это социокультурная среда, куда ребенок попадает после рождения, где он начинает свое развитие и формирование.

В процессе воспитания ребенка особое значение приобретает родительская позиция, включающая такие компоненты, как особенности эмоционального отношения к нему, мотивы, ценности и цели родительства, стиль взаимодействия с ребенком, способы разрешения проблемных ситуаций, социальный контроль и находящая выражение в типе семейного воспитания (А. Е. Личко, А.Я. Варга, А.

А. Бодалев, В. В. Столин, Ю. Б. Гиппенрейтер, А. С. Спиваковская, О.А.Карабанова). В литературе описана обширная феноменология стилей семейного воспитания. Разработкой критериев выделения типов воспитания занимались многие исследователи (А. Е. Личко, А.Я.Варга и др.). Одним из важнейших компонентов процесса воспитания в семье является стиль родительской дисциплины. К стилю родительской дисциплины относятся следующие характеристики: требования и запреты со стороны родителя, контроль над их выполнением, родительские санкции, и мониторинг [1].

Многим, кто сталкивается с детскими проблемами, очевидно, что ребенок не может рассматриваться отдельно от семьи. Не имеет значения, будет это биологическая, заменяющая, или искусственная, или даже придуманная семья для ребенка - это всепроникающая реальность, глубоко влияющая на представления о себе и взаимодействие с окружающими людьми и предметами.

Семья осуществляет самое раннее и наиболее устойчивое влияние в жизни младенца и ребенка раннего возраста. В обсуждении влияния семьи Т. Лидз отмечает, что «последующие влияния видоизменяют семейное, но они никогда не переделают или полностью переоформируют ранние внутренние опыты». В авторских исследованиях детей, живущих без семьи, А. Фрейд и Д. Берлингом наблюдали, как в детях, проживающих в детских садах, эмоции, которые должны были быть направлены на родителей, «остаются неразвитыми и неудовлетворенным, но выжидают в ребенке и готовы перейти к действию при малейшей возможности, когда может возникнуть привязанность».

Семья – это самое место, где нужно искать причину расстройств поведения. По мере взросления интересы и чувства ребенка начинают охватывать людей вне семейного круга. Внешние факторы

приобретают все больше влияние в формировании взглядов и поведения, но семья или ее отсутствие продолжает оставаться основным, самым важным фактором, так как ребенок научился или должен был научиться, как быть со своими чувствами и чувствами других людей [3].

В результате анализа рисунка можно выявить представления их автора о различных аспектах его семейной ситуации. В частности, в рисунках проявляются отношения доминирования - подчинения в семье. «Семейные роли» рассматривают отражения в рисунке конкретных функций, выполняемых различными членами семьи. Рисунок семьи позволяет оценить, насколько тесны эмоциональные связи между членами семьи. Также можно увидеть агрессивные проявления тех или иных членов семьи [2].

Рисунки семьи - яркое выражение чувств детей и того, как они видят поведенческие модели своих родителей. Эта методика может рассматриваться как неструктурированная проективная техника, раскрывающая чувства ребенка в отношении тех, кого он считает самым важным и чье влияние, формирующий характер наиболее значимо [3].

Рассматривая детско-родительские отношения, мы посчитали необходимым использовать тест «Рисунок семьи». Для изучения чувств подростка по отношению к значимым взрослым, родителям.

Экспериментальной базой нашего исследования выступили ученики общеобразовательной школы, в возрасте от 11 до 15 лет, в количестве 269 человек.

Тест «Рисунок семьи» является проективным инструментарием, проводится индивидуально с каждым испытуемым. На проведение этого теста время отводится индивидуально исходя из личных

особенностей ребенка. По окончании выполнения рисунка, с ребенком проводится уточняющая беседа.

Анализирую тест «рисунок семьи» нами были выделены следующие шкалы:

1. «Самопозиционирование в семье» – позиционирование себя в семье, выделение себя на фоне остальных членов семьи.

2. «Слияние подростка с членами семьи» – недостаточное отделение себя от семьи или от конкретного члена. Происходит нарушение ощущения границ между «Я» и «другим».

3. «Потребность подростка в любви» – одна из потребностей человека, которая необходима подростку для гармоничного развития.

4. «Потребность подростка в безопасности» – эта та потребность, благодаря которой человек тяготеет к стабильности, постоянству, правильности.

5. «Чувство привязанности» – поиск и установление эмоциональной близости с другим человеком.

6. «Уважение к матери» – позиция подростка по отношению к матери, признание достоинств личности. Уважение предполагает свободу, доверие, на основании чего возникает взаимопонимание.

7. «Уважение к отцу» – позиция подростка по отношению к отцу, признание достоинств личности. Уважение предполагает свободу, доверие, на основании чего возникает взаимопонимание.

8. «Насилие в семье» – форма агрессивного поведения, которая может проявляться как на физическом, так и психологическом уровнях.

9. «Тревожность подростка» - индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге ее возникновения.

10. «Агрессия» - мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам. Может наносить физический ущерб людям или актуализировать состояние психологического дискомфорта (отрицательные переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т. п.) [4].

На основании эмпирических исследований нами были получены следующие результаты:

По шкале «самопозиционирование в семье» 28% подростков выделяют себя на фоне своей семьи, требуют к себе особое отношения, нарушают семейную иерархию, что приводит к смене ролей. В 72% семей иерархия сохраняется.

Анализируя результаты, полученные по шкале «слияние подростка с членами семьи» мы установили, что 78% подростков находятся в слиянии с одним из членов семьи. Такие данные могут свидетельствовать о том, что в таких семьях отсутствует границы между подростком и родителями.

Полученные результаты по шкале «потребность подростка в любви» говорят о том, что 74% подростка нуждаются в родительской любви, получают ее не достаточно.

Говоря про одну из важных потребностей человека, о потребности в безопасности мы получили следующие данные у 81% подростков эта потребность не удовлетворенна. Эта группа детей в семье испытывает дискомфорт. Можно предположить, что они меньше стремятся домой, открыться родителям. С нашей точки зрения – это те дети, которые потенциально могут оказаться в группе риска.

Рассматривая результаты по шкале «чувство привязанности» мы увидели, что 62% подростков умеют устанавливать эмоциональную близость с другим человеком. Подростковый возраст – это тот период, когда дети начинают выстраивать гендерные отношения и одним из

важных качеств является умение установить эмоциональную близость уже не только в семье, но и в среде подростков.

Анализ полученных данных по шкалам «уважение к отцу» и «уважение к матери» свидетельствуют о том, что 86% подростков испытывают уважение к матери, а 74% к отцу. Отсюда следует вывод, что подростки чаще испытывают уважение к матери, чем к отцу, что указывает на эмоциональную близость матери к ребенку.

Полученные данные по шкале «насилие в семье», говорят о том, что в 29% опрошенных семей присутствует факт насилия. В рамках данного исследования мы не можем говорить о форме насилия, так как это не было целью исследования.

Среди опрошенных подростков мы увидели, что 79% испытывают тревогу. Природа этой тревоги разная: и семья, и друзья, и школа.

Результаты по шкале «агрессия» показали нам, что 41% подростков склонны к деструктивному поведению.

Анализ экспериментального исследования открывает нам возможность глубокого понимания детско-родительских отношений с помощью теста «Рисунок семье». Мы увидели, насколько информационно богат и многообразен детский рисунок. Результаты, которые мы получили, свидетельствуют о том, что подростки нуждаются в любви, безопасности. Большая часть испытуемых находится в слиянии с кем-то из членов семьи, и это говорит о том, что в таких семьях отсутствуют границы свои и другого человека. Семья – это та среда, где ребенок обучается взаимодействовать, чувствовать других людей.

Выводы. Таким образом, в результате попытки проанализировать детско-родительские отношения с помощью теста «Рисунок семье» было выделено шкалы, которые с нашей точки

зрения раскрывают эмоциональную составляющую семейных отношений.

Мы видим для себя необходимость дальнейшего и более глубоко изучения детско-родительских отношений в фокусе глубинного аспекта взаимодействия матери и ребенка.

Литература

1. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А. Л. Венгер. – М. : Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. – 159 с.
2. Дилео, Джон Детский рисунок: Диагностика и интерпретация / Пер. с англ. Е. Фатюшиной. – М.: Апрель Пресс, Психотерапия, 2009. – 256 с.
3. Особенности переживания детско-родительских отношений и взаимодействие с родителями детей старшего дошкольного возраста// Шведовская А. А. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.psy.msu.ru/science/autoref/shvedovskaya.pdf>
4. Психологический словарь [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/30/symbol/210>

Гаптарь В.М.

СИСТЕМА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ТРУДНЫХ ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И НАПРАВЛЕНИЯ ЕЁ РЕФОРМИРОВАНИЯ

Белорусский государственный университет, г. Минск, Беларусь

Наиболее негативной тенденцией в развитии современного общества является нарастающая криминализация отношений в молодежной среде. Правонарушения несовершеннолетних продолжают оставаться серьезной социальной проблемой.

Над проблемой социализации трудных подростков работают специалисты различных направлений, при этом основными формами деятельности являются виды трудового воспитания, беседы, на которых нередко отсутствует положительный эмоциональный настрой, негативным является и потребительское отношение воспитанников к окружающему миру. Главным вопросом при этом становится устранение проявлений социальной дезадаптации, которая

заключается в следующем: ограниченности круга общения со сверстниками, ограничении контактного пространства, сниженном объеме информации [2].

Актуальность работы состоит в расширении представления о возможностях диагностики степени дезадаптации и коррекции поведения дезадаптированных подростков.

Целью данной статьи является рассмотрение системы предупреждения правонарушений трудных подростков и направлений её реформирования.

Обсуждение результатов исследования: изучение личности трудных подростков, социальных и культурных условий их жизни и воспитания показывает, что это преимущественно юноши в возрасте 15-16 лет, имеющие невысокий уровень культурного развития, воспитывающиеся в неполных семьях, состоящие на различных видах учета, имеющие дезорганизованное и антиобщественное ближайшее социальное окружение, ранее совершавшие правонарушения или аморальные поступки, имеющие устойчивые жизненные ценностные ориентации на материальное благополучие и потребительство, конформизм и эгоцентризм.

Наиболее значимыми факторами, влияющими на процесс нравственно- психологической деформации личности и образа жизни трудных подростков являются: неблагоприятные условия жизни и семейного воспитания, злоупотребление спиртными напитками и другой антиобщественный образ жизни членов семьи, социального окружения трудных подростков, употребление алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ самими подростками, недостатки организации досуга подростков, недостаточная эффективность воспитательно-профилактической работы.

В этиологии правонарушений трудных подростков различные факторы:

факторы микросоциального уровня: семейного воспитания и обстановки в семье, окружения подростка вне дома, распространенность среди молодежи пьянства и наркомании, безнаказанности правонарушителей, условий и организации досуга, недостаточный уровень работы по предупреждению правонарушений и других;

факторы, связанные с особенностями личности и образа жизни: особенности поведения и образа жизни, нравственно-психологические качества, возрастные особенности, врожденные особенности личности, правовая неграмотность;

социально-ситуативные факторы, связанные с обстоятельствами проблемных и конфликтных жизненных ситуаций жизнедеятельности и воспитания;

факторы общего социального характера: СМИ, кино и видеопродукция, несовершенство законодательства, кризис и противоречивость системы духовных ценностей в обществе, социально-экономическая ситуация, большое материальное расслоение в обществе и социальная несправедливость, безработица и др. [1].

Практика профилактической работы с трудными подростками в Республике Беларусь нуждается в теоретико-концептуальном, организационно-управленческом, функциональном, информационном, научно-методическом, кадровом и материально-техническом совершенствовании [1]. В стране пока не удалось сформировать эффективно управляемую и скоординированную систему профилактики правонарушений несовершеннолетних, что в значительной мере обусловлено отсутствием системного подхода к предупреждению

правонарушений несовершеннолетних и доминированием в профилактической работе воспитательно-просветительных, запретительных, принудительных и наказательных мер воздействия при недостаточном использовании мер социальной профилактики.

Профилактическая работа с трудными имеет некоторые проблемы и недостатки:

кадровому составу, работающими с трудными подростками, характерна частая сменяемость, что не позволяет качественно выполнять возложенные на него обязанности. В основном в инспекциях работают выпускники педагогических вузов, не имеющие правовой и специальной подготовки, чем игнорируется принцип: с трудными подростками должны работать наиболее квалифицированные кадры;

основные формы профилактической работы (индивидуальная беседа с подростками и его родителями, посещение семьи и места учебы (работы) несовершеннолетнего, привлечение к ответственности за плохое поведение) реализуются не дифференцированно, а одинаково в отношении всех категорий несовершеннолетних, состоящих на учете [1].

Наиболее продуктивным и социально эффективным в современном белорусском обществе видится применение комплексной предупредительно-восстановительной модели системы профилактики правонарушений подростков, предполагающей создание благоприятных социальных условий для социокультурного развития и законопослушного поведения несовершеннолетних, системную интеграцию социальной, специальной и индивидуальной профилактики и деятельности по коррекции поведения и образа жизни, социальной адаптации трудных подростков.

Деятельность по предупреждению правонарушений несовершеннолетних должна быть составной частью социальной политики белорусского государства и общества, одним из приоритетных направлений социального управления, и ее обязаны осуществлять в тесном взаимодействии органы государственной власти, управления, правопорядка и правосудия, учреждения образования, культуры, спорта и здравоохранения, молодежные и иные общественные организации, средства массовой информации, семья и все социально активные граждане. Данная работа должна проводиться как на общесоциальном, так и специально предупредительном и индивидуально-профилактическом уровнях, а также иметь дифференцированный характер с учетом степени деформации и дезадаптации личности и дезорганизации условий жизни и воспитания несовершеннолетних правонарушителей.

Важная роль здесь отводится органам управления образованием и социально-педагогическим центрам, которым необходимо обеспечить совершенствование работы учреждений образования по раннему выявлению и профилактике семейного неблагополучия несовершеннолетних и их девиантного поведения. Система внутришкольного учета несовершеннолетних не должна обходить вниманием детей с проблемами воспитания и развития, отличающихся повышенной конфликтностью, замкнутостью, иными особенностями поведения.

В учреждениях образования необходимо создавать благоприятную образовательную среду и организовывать действенную педагогическую поддержку подросткам-правонарушителям. Требуется своего совершенствования и уровень взаимодействия учреждений образования с семьей. Включенность учащихся в разные виды деятельности, использование интерактивных

форм и методов - важный путь совершенствования профилактической работы. Это касается и развития ученического самоуправления, среди функций которого могут быть организация досуга, отстаивание прав, осуществление контроля за дисциплиной в учебном заведении и т.п.

Наиболее перспективными направлениями работы с трудными подростками являются:

взаимодействие и работа с семьей подростка (в контексте оказания социальной, медицинской, психологической и иной помощи разными специалистами субъектов профилактики);

выявление социального неблагополучия несовершеннолетних и организация работы по его предупреждению и нейтрализации их негативных последствий;

организация и контроль занятости трудных подростков;

работа по выявлению потенциально опасных мест массового сбора подростков, нередко антиобщественной направленности, разобщение неформальных молодежных групп;

мероприятия по предупреждению вовлечения трудных подростков в антиобщественное поведение;

индивидуальная специализированная работа с несовершеннолетними, употребляющими спиртные напитки, наркотики и иные одурманивающие вещества.

В основе работы с трудными подростками необходимо понимание особенностей личности и поведения правонарушителя. Такая работа должна включать всесторонний анализ совершенного правонарушения в общем контексте жизни подростка и его ближайшего окружения, прежде всего с выявлением, оценкой и разработкой мер по устранению причин и условий совершения правонарушения. Важно, чтобы работа проводилась одновременно с подростком и его семьей, поскольку ситуацию нужно восстанавливать

в целом. Применение принудительных мер воспитательного характера следует сопровождать значительным и целенаправленным усилением воспитательно-профилактического воздействия на несовершеннолетних, чтобы данные меры действительно способствовали их исправлению.

Из всего этого следует вывод: чем меньше трудных подростков окружает социально неблагополучная, неразвитая социальная среда, чем меньше в их жизни негативных конфликтных ситуаций, чем меньше происходит межличностных и групповых столкновений и конфликтов, чем меньше нравственно деформирована их личность, поведение и образ жизни, тем меньше степень криминального риска и ниже уровень правонарушений несовершеннолетних в обществе. Тем самым, возникает потребность в совершенствовании воспитательного процесса, который в современных условиях предполагает поиск путей повышения эффективности педагогического воздействия на личность подростка, способных обеспечить ее ресоциализацию.

Литература:

1. Отчет национального исследования эффективности профилактической работы с несовершеннолетними правонарушителями в Республике Беларусь. – Мн., 2011. – 246 с.
2. Вопросы социологии и социальной педагогики / Под ред. проф. А.Н. Ростовцева. – Рязань: Изд-во РГПУ, 2006. – 88 с.

Глазков Э.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССА АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко,

г. Луганск, Украина

Введение. Состояние здоровья студентов определяется их адаптационными резервами в процессе обучения. Физиологическую

адаптацию рассматривают как устойчивый уровень активности и взаимосвязи функциональных систем, органов и тканей, а также механизмов управления, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность организма студента. Потребность в адаптации у человека возникает при его взаимодействии с какой-либо системой в условиях определённого рассогласования с ней, что вызывает необходимость изменений. Эти изменения могут быть связаны с самим человеком или системой, с которой он взаимодействует, а также с характером взаимодействия между ними. Категория адаптации относится к числу наиболее общих понятий, определяющих связь живого организма со средой [5, 8, 10].

Оценка адаптационных возможностей организма рассматривается как один из важных критериев здоровья. Чем выше адаптационные возможности организма, тем меньше риск болезни, поскольку более надёжна защита от неё. Наиболее частой моделью перенапряжения регуляторных механизмов и снижения адаптационных возможностей является эмоциональный стресс [3].

Абсолютное большинство иностранных студентов по приезду в новую страну сталкивается со множеством трудностей как физиологического (привыкание к климату, кухне), так и социально-психологического характера (приспособление к бытовым условиям, нормам поведения и требованиям учебной деятельности). Самая сложная область адаптации – учебная деятельность, что обусловлено необходимостью достижения высокого уровня владения русским языком, достаточного для приобретения профессионально значимых знаний и навыков. Большинство иностранных студентов считают свой уровень владения русским языком достаточным для повседневного общения, но недостаточным для учебного процесса. Задача вуза в этот сложный для молодого человека период помочь ему как можно

быстрее и успешнее адаптироваться к новым условиям обучения, влиться в ряды студенчества [2, 5].

Условия учёбы в вузе ставят повышенные требования к адаптивным механизмам студентов. Большинство нервно-психических и психосоматических расстройств, возникающих у студентов, являются результатом нарушения процесса адаптации к условиям учёбы и выражают неустойчивость адаптивных механизмов в длительных и кратковременных экстремальных ситуациях [1, 4]. Психологическая неподготовленность к новым социальным условиям негативно воздействует на общее состояние здоровья студентов, ослабляет внимание, память, мышление, волю. Нарушение вегетативного и гормонального баланса в условиях влияния эмоциональных факторов ведёт к дезадаптации и развитию различных заболеваний [5].

Целью работы было изучение адаптационных возможностей организма студентов в процессе обучения в вузе и выявление изменений в показателях центральной гемодинамики при нарушении процесса адаптации.

Объект и методы исследования. В исследовании использованы данные, полученные, в результате обследования 60 подростков 17-18 лет, студентов первого года обучения Института физического воспитания и спорта Государственного учреждения «Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко», которые были разделены на 2 группы. Основная группа сформирована из 30 украинских студентов, а контрольная – из 30 студентов граждан – Туркменистана.

Адаптационные возможности сердечнососудистой системы оценивали по показателю адаптационного потенциала, рассчитанного при помощи традиционной методики Баевского Р.М. [3]. Показатели

центральной гемодинамики оценивали в состоянии относительного физического покоя и после стандартной функциональной пробы Мартинэ-Кушелевского. Уровень физического состояния (УФС) организма определяли по методике Пироговой Э.А. [9]. Для оценки физической работоспособности и расчёта индекса уровня общей трудоспособности (ИТ, у.е.) организма обследованных использовали функциональную пробу Руфье-Диксона в виде 20 приседаний за 30 с. Для оценки адаптационных возможностей личности с учетом социально-психологических и некоторых психофизиологических характеристик, отображающих обобщенные особенности нервно-психического и социального развития, использовали личностный многоуровневый опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) разработанный А.Г. Маклаковым [6]. Результаты исследования обработаны статистически при помощи программы Excel-97 с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Нарушения процесса адаптации часто вызваны соматоформной вегетативной дисфункцией. При этом вегетативная дисфункция проявляется эмоциональными расстройствами, чувством страха и тревоги с нарушением адаптации.

Целостной концепции социально-психологической адаптации на сегодняшний день не разработано, чаще всего под ней понимают личностную адаптацию, т.е. адаптацию личности к социальным проблемным ситуациям, привыкание индивида к новым условиям внешней среды с затратой определенных сил, взаимное приспособление индивида и среды [8].

В основу методики исследования адаптационных возможностей личности положено представление об адаптации как о непрерывном

активном процессе приспособления человека к изменяющимся условиям социального окружения и профессиональной деятельности.

Анализ полученных данных (табл. 1) показал снижение уровня нервно-психической устойчивости в основной группе исследуемых (67 % ниже среднего против 40 % контрольной группы), что выражается в низком уровне поведенческой регуляции, определенной склонности к нервно-психическим срывам, отсутствием адекватности самооценки и реального восприятия действительности. Также результатами исследования установлена высокая моральная нормативность (60 % испытуемых) контрольной группы, что позволяет данной категории исследуемых реально оценивать свою роль в коллективе, ориентироваться на соблюдение общепринятых норм поведения. В тоже время результатами исследования выявлены высокие коммуникативные способности как в основной (80 % выше среднего) так и в контрольной (67 %) группах исследуемых. Высокий уровень коммуникативных способностей позволяет легко устанавливать контакты с окружающими и не конфликтовать.

Показатель личностного адаптационного потенциала (ЛАП) рассчитывали по формуле: $ЛАП = НПУ + КС + МН$ и оценивали по принятой шкале оценок.

По результатам исследования личностного адаптационного потенциала основной и контрольной групп нами выявлены существенные статистически достоверные различия.

Общий показатель личностного адаптационного потенциала основной группы составил $51,9 \pm 1,47$ и был достоверно выше аналогичного показателя контрольной группы в 1,1 раза ($p \leq 0,05$). Величина данного показателя по шкале оценок характеризовалась как удовлетворительная в контрольной группе и низкая в основной группе.

Таблица 1

Показатели адаптационных возможностей личности ($M \pm m$)

Группы	Показатели уровня развития качеств					
	Нервно-психическая устойчивость (НПУ)		Коммуникативные способности (КС)		Моральная нормативность (МН)	
	ниже среднего	выше среднего	ниже среднего	выше среднего	ниже среднего	выше среднего
Контрольная группа n=30	38,17±1,4	20,72±1,16	5,0±0,4	13,54±0,62	14,92±1,04	4,5±0,37
	40 %	60%	20 %	80 %	40 %	60 %
Количество лиц в группе	12	18	6	24	12	18
Основная группа n=30	40,05±0,5	21,5±1,9	14,1±0,51	5,25±0,22	15,87±0,91	4,93±0,31
	67 %	33 %	33 %	67 %	50 %	50 %
Количество лиц в группе	20	10	10	20	15	15

Анализ данных полученных в ходе исследования выявил существенные различия в показателях личностного потенциала основной и контрольной групп согласно данных приведенных в таблице 2.

Таблица 2

Оценка уровня адаптационных способностей

Уровень развития адаптационных способностей	Группа	Значение показателя ($M \pm m$)	Количество лиц в группе	Процент лиц в группе (%)
Высокий и нормальный	контрольная	27,83±0,52	6	20
	основная	27,6±0,57	5	17
Удовлетворительный	контрольная	42,44±1,53	9	30
	основная	41,29±1,73	7	23
Низкий	контрольная	57,0±0,81	15	50
	основная	57,78±0,91	18	60

Функциональные показатели работы сердечнососудистой системы можно рассматривать как интегральные показатели, которые отображают равновесие организма с окружающей средой.

Результаты изучения адаптационных возможностей сердечнососудистой системы лиц основной и контрольной групп приведены в таблице 3.

Таблица 3

Адаптационные возможности сердечнососудистой системы ($M \pm m$)

Индексы, у.е.	Группы		
	Основная (n=30)	Контрольная (n=30)	$p \leq$
АПБ	2,27±0,04	2,06±0,03	0,001
УФС, Пироговой	0,52±0,02	0,66±0,01	0,001
ИТ	9,24±0,68	7,39±0,68	0,05

Примечания: p – достоверность различий между основной и контрольной группами.

По результатам сопоставлений адаптационного показателя (АПБ) сердечнососудистой системы лиц основной и контрольной групп нами выявлены количественные статистически достоверные различия. Показатель адаптационного потенциала сердечнососудистой системы в основной группе составил $2,27 \pm 0,04$ ($p \leq 0,001$) и был достоверно выше аналогичного показателя контрольной группы в 1,1 раза. По шкале оценки адаптационного потенциала выявлена удовлетворительная адаптация в 47 % лиц основной группы против 73 % лиц контрольной группы. Напряжение механизмов адаптации наблюдалось в 53 % случаев в опытной группе против 27 % случаев в контрольной группе. Оценка адаптационных резервов организма по показателям УФС в основной и контрольной группах указывает на достоверные различия. Выявлено, что в контрольной группе показатель УФС был выше показателя основной группы в 1,3 раза ($p \leq 0,001$). Величина данного показателя в контрольной группе характеризовалась как средняя, а в основной группе как ниже среднего.

Оценка уровня физической работоспособности в основной и контрольной группах указывает на достоверные различия согласно

данных, приведенных в таблице 3. В контрольной группе ИТ был достоверно ниже показателя основной группы в 1,3 раза ($p \leq 0,05$). Величина указанного показателя в основной и контрольной группах по принятой шкале оценок характеризовалась как средняя. Таким образом, результаты исследования указывают на то, что в процессе обучения показатели, характеризующие функциональное состояние сердечнососудистой системы, УФС и физическую трудоспособность студентов, изменяются определённым образом в связи с учебной нагрузкой и неадекватной адаптационной реакцией организма.

Для более детального анализа функциональных возможностей сердечнососудистой системы в нашем исследовании были применены некоторые гемодинамические тесты, позволившие проследить за функциональными изменениями в показателях кровообращения у студентов во время обучения.

Закономерности гидродинамики имеют принципиальное значение при определении особенностей гемодинамики. Ряд таких констант, как артериальное давление, систолический объём крови, минутный объём крови характеризуют функциональное состояние кровообращения. В состоянии покоя вышеназванные показатели удовлетворительно стойкие, но при возникающих изменениях в разных физиологических условиях они варьируют.

По данным, полученным в результате исследования гемодинамики лиц основной и контрольной групп в состоянии относительного физиологического покоя, существенных различий в гемодинамических показателях (АДд, АДср, АДр-д, СОК) не наблюдалось (таблица 4). Вместе с тем, наблюдается статистически достоверная ($p \leq 0,001$) разница в показателях (ЧСС, МОК, СИ, АДп) между основной и контрольной группами. В основной группе ЧСС, МОК, СИ и АДп составляли соответственно $88,4 \pm 2,45$, $4,54 \pm 0,13$,

2,6±0,09 38,93±1,54 мм рт. ст. Аналогичные показатели в контроле составили 73,03±0,77, 5,65±0,21, 3,06±0,67 и 42,0±1,53 мм рт. ст. и были ниже, чем в основной группе.

Таблица 4

Показатели гемодинамики исследуемых групп до и после функциональной пробы (M±m)

Показатель	Контрольная (n=30)		Основная (n=30)	
	до нагрузки	после нагрузки	до нагрузки	после нагрузки
АДс, мм рт.ст.	116,4±1,1	135,13±1,01	120,0±1,65*	138,83±1,82*
АДд, мм рт.ст.	77,47±1,52	77,17±1,85	78,0±1,28	81,53±1,26*
ЧСС, мин ⁻¹	73,03±0,77	115,67±4,49	88,4±2,45***	124,23±2,71*
АДп, мм рт.ст.	38,93±1,54	61,97±1,9	42,0±1,53*	56,8±2,15*
АДср. мм рт.ст.	90,36±1,2	98,07±1,75	92,0±1,22	97,13±1,32
АДр-д, мм рт.ст.	43,55±2,09	63,82±2,39	45,86±1,73	58,53*
СОК, мл	62,08±1,56	73,54±1,82	63,6±0,75	77,87±2,0*
МОК, л/мин	4,54±0,13	8,94±0,43	5,65±0,21***	9,88±0,32*
СИ, л/мин/м ²	2,6±0,09	5,2±0,32	30,06±0,67**	5,98±0,3*

Примечания: * – достоверность различий (* – p≤0,05; ** – p≤0,01; *** – p≤0,001) показателей в группах исследуемых (по отношению к контрольной группе).

Существенные различия между показателями систолического объёма крови (СОК) и сердечного индекса (СИ) основной и контрольной групп были зарегистрированы после функциональной пробы. В украинских студентов МОК составил 8,94±0,43 л/мин., а у студентов граждан Туркменистана – 9,88±0,32 л/мин. (p≤0,05). После функциональной пробы в основной группе показатели ЧСС, систолического артериального давления (АДс), пульсового давления (АДп), диастолического артериального давления (АДд), и редуцированного (АДр-д) были выше в сравнении с контрольной группой. Так, АДс после тестовой нагрузки в основной группе составило 135,13±1,01 мм рт. ст. против 138,83±1,82 мм рт.ст. в контроле (p≤0,05). Отличия между показателями ЧСС в основной и контрольной группах составили 124,23±2,71 мин⁻¹ и 115,67±4,49 мин⁻¹

($p \leq 0,05$) соответственно. Показатели АДд и АДр-д в основной и контрольной группах составили $81,53 \pm 1,26$ мм рт. ст. и $58,53 \pm 2,07$ мм рт. ст. и $77,17 \pm 1,85$ мм рт. ст. соответственно, $63,82 \pm 2,38$ мм рт. ст. в контроле ($p \leq 0,05$). После тестовой нагрузки некоторые показатели гемодинамики у студентов основной группы статистически достоверно изменялись. Величина АДс в основной группе возрастала на $18,83$ мм рт. ст., а величина АДд, увеличилась на $3,53$ мм рт. ст. Тестовые физические нагрузки вызвали менее значительные изменения показателей АДс у студентов контрольной группы на $18,73$ мм рт. ст., а также наблюдалось снижение АДд на $0,33$ мм рт. ст. Существенные различия наблюдались в показателях СОК и МОК в основной группе, которые составили $77,87 \pm 2,0$ мл и $9,88 \pm 0,32$ л/мин., соответственно против $73,54 \pm 1,82$ мл и $8,94 \pm 0,43$ л/мин. в контрольной группе ($p \leq 0,05$).

Выводы. Таким образом, адаптационные возможности и общие показатели уровня физического состояния организма отечественных студентов превышают соответствующие показатели студентов граждан – Туркменистана первого года обучения. Необходимо отметить относительную гемодинамическую стабильность, которая наблюдалась в контрольной группе после тестовой нагрузки в сравнении с основной, где колебания указанных показателей происходили в более широких пределах. Очевидно, снижение АД и других показателей гемодинамики зависят от тонуса парасимпатической иннервации и от совершенства координационных механизмов, которые определяют уровень АД в организме в процессе адаптации студентов.

Литература

1. Адаптация первокурсников: проблемы и тенденции / Л.Н. Боронина, Ю.Р. Вишневецкий, Я.В. Дидковская [и др.] // Университетское управление: практика и анализ. – 2001. – № 4. – С. 87-94.

2. Айрапетянц М.Г. Неврозы в эксперименте и в клинике / М.Г. Айрапетянц, А.М. Вейн. – М.: Наука, 1982. – 271 с.
3. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р.М. Баевский. – М.: Медицина, 1979. – 298 с.
4. Березовин Н.А. Адаптация студентов к жизнедеятельности вуза: психолого-педагогические аспекты / Н.А. Березовин // Выбранные научные работы БДУ. – Минск. – 2001. – С. 11-25.
5. Вейн А.М. и др. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: МИА, 1998. – 752 с.
6. Маклаков А.Г. Общая психология – СПб.; Питер, 2001 – 529 с.: ил. – (Серия „Учебники нового века“).
7. Мамаев Л.М. Адаптація студентів-випускників ліцею в умовах вузу / Л.М. Мамаєв, Л.М. Дегтярьова, Л.О. Добрик // Нові технології навчання. Наук.-метод. зб. – Вип. 16. – К. –1996. – С. 82-85.
8. Научитель Е.Д. Адаптация студента в ВУЗе / Е.Д. Научитель // Практична психологія та соціальна робота. – 2001. – № 7. – С. 21-23.
9. Пирогова Е.А. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека / Е.А. Пирогова, Л.Я. Иващенко, Н.П. Страпко. – К.: Здоров'я, 1986. – 152 с.
10. Посохова С.Г. Психология адаптирующейся личности / С.Г. Посохова. – С.-Пб. – 2001. – 240 с.

Голенок К.В., Сахно С.В

ПОДРОСТКОВАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Приазовский государственный технический университет, г. Мариуполь, Украина

Данная работа посвящена одной из важнейших проблем нашего времени. Изучение причин подростковой преступности, которая была всегда актуальной, в настоящее время приобрела особую значимость. Подростковый возраст традиционно считается проблемным периодом в ходе формирования и развития личности. Подросток всем своим поведением старается доказать, что он уже не ребенок.

Общество оказалось перед фактом: преступность среди несовершеннолетних катастрофически быстро растет, коренным образом меняется ее структура и характер. Сегодня в среднем по стране каждое десятое преступление совершается подростком. В последние годы отмечается значительный рост преступности среди

детей до 14 лет. Психофизиологические особенности подростка могут служить основанием для отклонений в его поведении, но они могут либо значительно корректироваться, либо усугубляться в зависимости от семейной атмосферы в целом. Как правило, неблагоприятный тип семейного воспитания негативно влияет на формирование личности и в подростковом возрасте проявляется в негативных тенденциях в поведении. Подросток склонен удовлетворять свою потребность в безопасности в группе сверстников. В настоящее время происходит рост численности подростков, вовлеченных в маргинальную среду. При определении наказания для несовершеннолетнего должны учитываться и особенности детской психологии, и возможность мер реабилитации.

Цель исследования: изучение причин и последствий криминального поведения подростков.

Подросток – растущий человек, в усложненной деятельности которого четко намечается направленность на новый характер общественных отношений. Преступность несовершеннолетних растет непропорционально быстро. Истоки формирования криминальных групп несовершеннолетних находятся в семейном неблагополучии подростков, их неудовлетворительном положении в классе, в нарушении принципа социальной справедливости... Подростковый период – один из наиболее сложных и ответственных в жизни человека. В этом возрасте идет коренная перестройка всех систем организма, и на фоне физических изменений происходят более глубокие изменения психики, происходит завершение формирования характера. Существенные изменения происходят в сфере личностных интересов, интерес подростка к своему физическому и психическому «Я», к происходящим в нем переменам. При ответе на вопрос: «Кто я?» подросток активно отвергает свою принадлежность к детям, он

начинает думать о себе и чувствовать себя как взрослый, стремится быть и считаться взрослым. Однако это часто вызывает противодействие со стороны родителей, учителей, посторонних взрослых. Это вызывает трудности в отношениях, стремление доказать свое «Я» через неожиданные поступки, потому что иначе его не услышат. Поведению представителей данного типа в раннем детстве присущи следующие признаки:

- сверхактивность;
- отвлекаемость и рассеянность внимания;
- импульсивность;
- возбудимость.

Таким образом, психофизиологические особенности подростка могут служить основанием для отклонений в его поведении, но они могут либо значительно корректироваться, либо усугубляться в зависимости от семейной атмосферы в целом.

Преступное поведение взрослых членов семьи демонстрирует детям образец антиобщественного поведения, искажает видение мира, вводит в преступный мир. подростковая преступность становится все более самостоятельной, организованной и профессиональной. Преступность несовершеннолетних отличается динамичностью, высокой степенью активности подростков. Люди, вставшие на путь совершения преступлений в юном возрасте, трудно поддаются исправлению и перевоспитанию – это резерв будущей преступности.

Группирование - начало организованной преступности, но без определенного руководства со стороны взрослых рецидивистов и мафиозных структур она так и останется лишь групповой преступностью. Особая связь групповой преступности несовершеннолетних с алкоголизмом. Связь эта многоканальная, прямая и обратная. Алкогольные эксцессы несовершеннолетних - это

и способы “взрослого” самоутверждения, проведения досуга, свободного общения. Они - групповые по своему характеру. Едва ли можно встретить случаи, когда подростки употребляли алкоголь в одиночку. Им обязательно нужны зрители, аудитория, действия перед ней и составляют суть группового алкогольного эксцесса. Нередко ошибочно полагают, что есть лишь один механизм связи преступности несовершеннолетних с алкоголизмом, а именно - совершение преступлений в состоянии алкогольного опьянения. Так совершаются свыше 40% всех насильственных преступлений, актов вандализма и хулиганства, особенно в ночное время суток. Развитие алкоголизма начинается с безобидного, на первый взгляд, употребления алкоголя - из любопытства. Некоторая часть подростков, удовлетворив свое естественное в этом возрасте любопытство, больше никогда алкоголь не употребляет. Алкогольным эстетам свойственно вовлекать в пьянство девушек, их спаивание, организация притонов, совершение актов изнасилований. У групп «любителей кайфа» и «алкогольных эстетов» криминальное поведение становится дополнением к алкогольным эксцессам, поскольку только употреблением алкоголя заполнить досуг невозможно.

Наибольшим криминальным риском обладают группы подростков, бравирующих употреблением алкоголя. Суть этой бравады - в стремлении “всех перепить”. Досуг их примитивен. Такое смыслообразующее стремление к алкоголю (“выпью пол-литра и не опьянею”, “моя норма - вам не по зубам!” и др.) способствует быстрому перерастанию социальной и психологической зависимостей в физическую зависимость от спиртного, ведет к деградации личности, к той стадии алкогольной болезни, когда начинает пить без разбора что попало, с кем попало, где попало и когда придется и в

таком состоянии легко идет на любое преступление для добычи средств на алкоголь. Наркомания - чрезвычайно сложное социально-негативное явление, заключающееся в изготовлении, хранении и сбыте наркотиков. Это самая доходная сфера преступного бизнеса, приобретающая все более международный характер, в которой важное место отводится подросткам, как потребителям наркотиков, так и субъектам преступного промысла. В одиночку здесь не работают. Обычно группу наркоманов возглавляет взрослый или юноша, отбывшие наказания в исправительном учреждении. Группе свойственны: ярко выраженная конспиративность, корпоративность, четкое распределение ролей в группе, свои законы и правила поведения, сигналы обмена информацией. Нередко группу, занимающуюся изготовлением, хранением и сбытом наркотиков отождествляют с наркоманами, т.е. с лицами, употребляющими наркотики, что не правомерно. Группа, избравшая распространение наркотиков как средство обогащения, как правило, не употребляет наркотики. Она лишь изготавливает, хранит, сбывает наркотики, вовлекает других людей в наркоманию, организуя притоны и склоняя их к употреблению наркотиков. Но наркомания обязательно порождает ряд примыкающих и сопутствующих к ней групповых преступлений. В этой работе, я постаралась пролить свет, на уже «пылающий факел» современности - подростковую преступность. О ней много говорят, о ней много пишут, о ней много снимают телепередач, но большинство людей до сих пор не восприняли эту проблему всерьез. Конечно, тут, можно много, привести оправданий и они все по-своему будут правильными, но за это - зло, отвечаем все мы. Кто напрямую, а кто косвенно.

Конечно, при таком положении дел в стране в сфере социальной политики и экономики говорить об искоренении

преступности не приходится. Тем более что опыт социальной изоляции показал нам, что он не так действенен как мы думали по многим причинам: среда, в которой подростки там находятся, та же что и на воле, социально- санитарно-экономические условия не выдерживают никакой критики. Практика показывает, что задача по недопущению правонарушений в период содержания несовершеннолетних в исправительных учреждениях решается недостаточно успешно из-за психологического механизма взаимной криминализации, который порой не учитывается сотрудниками этих учреждений в своей работе. В ряде (да во всех) спецшколах и колоний высок уровень преступности и различных видов деликвентного поведения, свойственного местам социальной изоляции: половых извращений, агграваций и симуляций болезней, членовредительства, вымогательства, наркоманий и токсикоманий, алкоголизма и т.п. Социальная изоляция вызывает различные переживания, накладывает свой отпечаток психические свойства личности, систему ее межличностных отношений, привыкает к такому стереотипу общения, мировоззрение, ценности и т.д., и личность еще более криминализируется.

С древности было всем известно - что хирургический способ вмешательства это последний способ лечения, да и он не всегда помогает. Так почему же мы все забыли мудрость предков и в погоне за самыми современными телевизорами, музыкальными центрами или просто борясь за выживание, в нашем несовершенном мире, позабыли о главном, о завтрашнем дне, о собственных детях...

Поэтому надо строить не тюрьмы, лагеря и колонии, а восстанавливать пионерские лагеря, спортклубы, детские площадки, парки отдыха. Повышать уровень профессиональной подготовки педагогов, практических психологов, да и просто вести пропаганду

здорового образа жизни, труда и т.д. А родителям нужно понять, что накормить, одеть, обуть это все нужно, это все хорошо, но не надо забывать и о моральной стороне воспитания. Поэтому не нужно думать, что ваш сын, никогда не начнет колотиться или воровать и если (не дай Бог) это уже случилось, то не следует от него отворачиваться, а просто помогите ему выкарабкаться из этого.

Горелова М.А.

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ
ЛОГОПЕДА КАК УСЛОВИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ДОУ**

МБДОУ № 185, г. Нижний Тагил, Россия

Город Нижний Тагил находится в списке двадцати самых неблагоприятных в экологическом отношении городов России. Статистические данные города не могут не вызывать тревоги: общая заболеваемость жителей в Нижнем Тагиле в 3 раза выше, чем в городах, где промышленные объекты существенно не загрязняют окружающую среду. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются у детей.

Цель здоровьесберегающих технологий в дошкольном образовании применительно к ребенку – обеспечение высокого уровня реального здоровья воспитаннику детского сада и воспитание валеологической культуры как совокупности осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни человека, знаний о здоровье и умений оберегать, поддерживать и сохранять его. Применительно к взрослым - содействие становлению культуры здоровья, в том числе культуры профессионального здоровья педагогического коллектива ДОУ и валеологическому просвещению родителей.

Выбор здоровьесберегающих педагогических технологий зависит от программы, по которой работают педагоги, конкретных условий дошкольного образовательного учреждения (ДОУ), профессиональной компетентности педагогов, а также показаний заболеваемости детей.

Здоровьесберегающие технологии должны применяться всеми педагогами, работающими с детьми в ДОУ, в том числе и учителем-логопедом.

Логопедическая работа предполагает коррекцию не только речевых расстройств, но и личности детей в целом.

Дети с речевыми недостатками, особенно имеющими органическую природу, как правило, отличаются от своих сверстников по показателям физического и нервно - психического развития. Скованные и нескоординированные движения при выполнении упражнений, недостаточная координация пальцев рук, нарушения слоговой структуры слов особенно заметны у детей с дизартрическим компонентом, поэтому логопеду приходится исправлять не только речевой дефект, но и нормализовать психическое и физическое состояние ребёнка. Решению этой задачи помогает использование здоровьесберегающих технологий.

Оздоровительные методы работы в моей практике ведутся параллельно с приёмами постановки, автоматизации и дифференциации звуков. Работа ведётся как на индивидуальных, так и на подгрупповых занятиях.

Работая в данном направлении, на своих занятиях я с успехом использую:

1. Логопедический массаж и самомассаж
2. Артикуляционную гимнастику
3. Упражнения на развитие мелкой моторики

4. Су-Джок терапию
5. Релаксационные упражнения
6. Биоэнергопластику
7. Кинезиологические упражнения А. Л. Сиротюк.
8. Гимнастику для глаз

Нормализации мышечного тонуса общей, мимической, артикуляционной мускулатуры; уменьшению проявлений парезов и параличей мышц артикуляционного аппарата; снижению патологических двигательных проявлений мышц речевого аппарата (синкинезии, гиперкинезы, судороги и т.п.); увеличению объёма и амплитуды артикуляционных движений; формированию произвольных координированных движений органов артикуляции; стимуляция проприоцептивных ощущений способствуют такие здоровьесберегающие технологии, как логопедический массаж и самомассаж, артикуляционная гимнастика.

Для развития тонких скоординированных движений пальцев рук, в моей практике применяются упражнения на развитие мелкой моторики, Су-Джок терапия, кинезиологические упражнения А.Л. Сиртук, биоэнергопластика.

Для достижения лучших результатов в работе по постановке звуков, чтобы процесс был более занимательным и увлекал детей, применяю такой метод как биоэнергопластика- это содружественное взаимодействие руки и языка (сопряжённая гимнастика). По данным Ястребовой А.В. и Лазаренко О.И. движения тела, совместные движения руки и артикуляционного аппарата, если они пластичны, раскрепощены и свободны, помогают активизировать естественное распределение биоэнергии в организме. Это оказывает чрезвычайно благотворное влияние на активизацию интеллектуальной деятельности детей, развивает координацию движений и мелкую

моторику, отмечаются положительные структурные изменения в организме: синхронизируется работа полушарий головного мозга, развиваются способности, улучшаются внимание, память, мышление, речь. Применение биоэнергопластики эффективно ускоряет исправление дефектных звуков у детей со сниженными и нарушенными кинестетическими ощущениями, так как работающая ладонь многократно усиливает импульсы, идущие к коре головного мозга от языка. Синхронизация работы над речевой и мелкой моторикой вдвое сокращает время занятий, не только не уменьшая, но даже усиливая их результативность. Она позволяет быстро убрать зрительную опору - зеркало и перейти к выполнению упражнений по ощущениям.

Для создания комфортной атмосферы на занятии применяются релаксационные упражнения.

Умение расслабляться помогает одним детям снять напряжение, другим – сконцентрировать внимание, снять возбуждение, расслабить мышцы, что необходимо для исправления недостатков произношения. Упражнения по релаксации помогают создать спокойное настроение, радостную и свободную обстановку на занятиях. Упражнения можно проводить под музыку.

Как учителю-логопеду, работающему с детьми с нарушениями речи и зрения, мне приходится не только реализовывать задачи и содержание логопедической работы, но и учитывать специфические требования к организации логопедического процесса в дошкольном учреждении для детей с нарушениями зрения. Так для улучшения циркуляции крови и внутриглазной жидкости глаз; для укрепления мышц глаз; для улучшения аккомодации (это способность глаза человека к хорошему качеству зрения на разных расстояниях) на своих занятиях я использую зрительную гимнастику (часто в качестве

физминуток). Все упражнения предварительно обговариваются с медсестрой офтальмологического кабинета, который помогает учесть индивидуальные особенности каждого ребенка.

Помимо того, что зрительная гимнастика способствует восстановлению и улучшению зрительных функций, проведение зрительных упражнений на занятиях учителя-логопеда способствует еще обогащению и активизации словаря, развитию грамматических компонентов языка и связной речи.

Основываясь на результатах работы логопеда и всего коллектива можно говорить о том, что применение в работе ДОУ здоровьесберегающих педагогических технологий повышает результативность коррекционно-образовательного процесса, формирует у педагогов и родителей ценностные ориентации, направленные на сохранение и укрепление здоровья воспитанников.

Горяинова Е.В.

**ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ,
ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ "ПОЛ-АНТИОКСИДАНТЫ" И
ЦИТОКИНОВЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
ВАРИАНТАХ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ
МИОКАРДА**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Стабильность клеточных мембран кардиомиоцитов во многом зависит от качественного состава жирных кислот, входящих в их состав [Пчелинцев М. В. Клинико-фармакологические эффекты эйкозапентановой и декозагексаеновой (омега-3) кислот при лечении ишемической болезни сердца и профилактике внезапной сердечной смерти с позиции доказательной медицины. Кардиология. 2010, № 50 (3). С. 74–82]. ХСН сопровождается интенсификацией процесса

окисления ненасыщенных ЖК и развитием антиоксидантной недостаточности [Gu X. et al. Oxidatively truncated docosahexaenoate phospholipids: total synthesis, generation, and peptide adduction chemistry. *J. org. chem.* 2003. Vol. 68. P. 3749–3761].

В патофизиологии ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности важную роль играет иммуновоспалительная активация, опосредованная провоспалительными цитокинами, такими как ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α [Арутюнов Г.П. Микрофлора кишечника у больных с хронической сердечной недостаточностью как возможный фактор возникновения и генерализации системного воспаления. *Сердеч. недост.* 2003, №4. С. 256–260]. Высокая концентрация ФНО- α является независимым неблагоприятным прогностическим фактором у больных ХСН, превосходящим по своей точности и специфичности, даже фракцию выброса левого желудочка [Von Haehling S. et al. Tumour necrosis factor-alpha and the failing heart pathophysiology and therapeutic implications. *Basic Res. Cardiology.* 2004. Vol. 99, N 1. P. 18–28]. Патогенез сердечной недостаточности продолжает привлекать внимание исследователей, так как наряду с классической систолической и диастолической дисфункцией миокарда необходимо более глубокое изучение роли изменений геометрии желудочков в ее прогрессировании [Бойцов С. А. Центральные и периферические механизмы патогенеза хронической сердечной недостаточности. *Сердечная недостаточность.* 2005, № 6 (2). С. 78–83.2005; Popovic Z.B. Noninvasive assessment of cardiac resynchronization therapy for congestive heart failure using myocardial strain and left ventricular peak power as parameters of myocardial synchrony and function. *Cardiovasc. Electrophysiol.* 2002. Vol. 13, N 12. P. 1203–1208]. В этой связи, процесс ремоделирования сердца рассматривается как клиничко-

морфологический синдром, имеющий самостоятельное прогностическое значение.

Таким образом, представляется актуальным изучение взаимосвязи цитокинового дисбаланса и нарушений жирнокислотного статуса крови с патогенетическими механизмами постинфарктного ремоделирования миокарда и разработать дополнительные критерии прогноза постинфарктной сердечной недостаточности.

Цель исследования - Установить прогностическое значение постинфарктного ремоделирования сердца, цитокинового дисбаланса, процессов липопероксидации и изменений жирнокислотного статуса мембран эритроцитов при различных типах постинфарктного ремоделирования миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы – В исследование включено 150 человек, из которых основную группу составили 115 пациентов (93 мужчин и 22 женщины), средний возраст $53 \pm 9,7$ лет, перенесших Q инфаркт миокарда левого желудочка различной локализации давностью от 8 месяцев до 1 года. У всех пациентов имелись признаки недостаточности кровообращения II-III ФК по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA). Группа пациентов со II ФК составила 70 человек, III ФК 45 человек. Стандартизация показателей проводилась на группе из 35 практически здоровых людей.

Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника Миннесотского университета, разработанного специально для больных с ХСН T.Rector, J.Cohn (MLHFQ). Для оценки толерантности к физическим нагрузкам использовался тест с 6-минутной ходьбой по горизонтальной поверхности. Для более точной оценки тяжести клинических проявлений, определения функционального класса ХСН использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС) (В.Ю.

Мареев, 2000) [Национальные рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (3-й пересмотр). Сердеч. недост. 2010. Т. 11, №1. С. 69–160].

Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате Vivid-7 (“General Electric” США) по стандартной методике секторным мультичастотным датчиком 3S (частотный диапазон - 1,5-3,6 МГц). Измерения проводились в шести последовательных сердечных циклах с последующим усреднением полученных данных. У каждого обследуемого определялся комплекс эхокардиографических параметров: расчет индексов ремоделирования ЛЖ, показателей характеризующих его систолическую функцию и величин оценивающих преднагрузку ЛЖ.

Определение фракционного состава ВЖК в эритроцитах. Экстракцию липидов из эритроцитов осуществляли по методу К. М. Синяк и соавт. (1976) на газовом хроматографе "Кристалл 2000 м" (Россия). Уровень провоспалительных (ФНО- α , ИЛ-6, ИНФ- γ и ИЛ-8, ИЛ-10) цитокинов исследовали иммуноферментным методом (ИФА) в плазме крови.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета статистического анализа данных программы Microsoft Office Excel 7.0 и пакета программ Biostat. Распределения вариационных рядов морфологических подчинялись критериям нормального и представлены в виде $M \pm \sigma$, при сравнении средних величин использовали параметрические методы анализа. Достоверность различий средних величин оценивали по критерию Стьюдента (t), считали достоверными при $p < 0,05$. Распределение вариационных рядов жирных кислот и цитокинов не подчинялось критериям нормальности, поэтому применены непараметрические методы статистики. Полученные результаты выражены в виде медианы (Me) с

интерквартильным размахом (25–75-й перцентили) P1, P3. Для оценки различия между группами использовался критерий Краскела-Уоллиса с последующим сопоставлением групп с помощью критерия Даннета. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Известно, что первопричиной электрической нестабильности кардиомиоцитов является нарушение жирнокислотного статуса клеточной мембраны, характеризующееся увеличением пула насыщенных жирных кислот и уменьшением ненасыщенных [Schmidt E. B., Pedersen J. O., et.al. N-3 Fatty acids and leukocyte chemotaxis. Effects in hyperlipidemia and doseresponse studies in healthy men. *Arterioscler thromb.*1991.Vol. 11. P. 429–435]. При изучении жирнокислотного состава липидов мембран эритроцитов отмечено увеличение на 21-29% суммарной концентрации насыщенных жирных кислот (НЖК) и снижение на 17-23% ненасыщенных кислот (ННЖК) во всех группах пациентов в сравнении с группой контроля. У пациентов с эксцентрической гипертрофии с дилатацией и без дилатации ЛЖ в отличие от нормальной геометрии и концентрической гипертрофии уровень НЖК повышен за счет пальмитиновой, пентадекановой, гептадекановой жирных кислот.

Особый интерес представляет выраженное снижение суммарной концентрации ω -3 (на 62-76%) и незначительное (на 12-16%) уменьшение ω -6 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) в сравнении с контролем. Среди ω -3 ПНЖК значимое снижение наблюдается в группах эксцентрической гипертрофии с дилатацией и без дилатации ЛЖ в отличие от других исследуемых групп за счет пула эйкозапентаеновой, докозапентаеновой, α -линоленовой жирных кислот. Состав ω -6 ПНЖК изменен разнонаправлено и характеризуется повышением пула γ -линоленовой на 40-44%,

линолевой на 12-15%, дигомо- γ -линоленовой на 10-58% и снижение концентрации арахидоновой на 41-62%. Повышение γ -линоленовой и дигомо- γ -линоленовой ЖК зарегистрировано во 4 и 5 группах, снижение арахидоновой ЖК в большей степени выражено во 5 группе.

Кроме существующих закономерных изменений отмечены отличительные особенности изменений ЖК характерные для определённых постинфарктных моделей ЛЖ. Установлено, что наиболее выраженные сдвиги жирнокислотного состава мембран наблюдаются при ремоделировании ЛЖ по типу эксцентрической гипертрофией с дилатацией и без дилатации ЛЖ, концентрической гипертрофии ЛЖ.

При исследовании процессов ПОЛ и антиоксидантной защиты у больных с постинфарктным ремоделированием миокарда выявлена активация ПОЛ и угнетение антиоксидантной системы. У пациентов с постинфарктным ремоделированием миокарда содержание ТБК - продуктов в плазме крови было повышено во всех группах в сравнении с группой контроля на 57% ($p < 0,05$). При межгрупповом сравнении у пациентов с эксцентрической гипертрофией с дилатацией ЛЖ уровень ТБК - продуктов был повышен на 8% в сравнении с пациентами, имеющими нормальную геометрию ЛЖ. Одновременно отмечалось снижение активности каталазы эритроцитов и общей антиокислительной активности сыворотки крови. Так, скорость общей антиокислительной активности достоверно снижалась по сравнению с контролем на 19,3%; при сравнении групп с различными морфофункциональными типами между собой, достоверных отличий не наблюдалось ($p < 0,05$). Таким образом, у больных с постинфарктным ремоделированием миокарда отмечается активация ПОЛ с одновременным снижением процессов антиокислительной

защиты. Наиболее выраженные изменения наблюдались в группах эксцентрической гипертрофии с дилатацией и без дилатации ЛЖ в отличие от других исследуемых групп.

Таким образом, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью III ФК наблюдается снижение полиеновых жирных кислот на 31-36% за счет выраженного снижения на 62-76% концентрации эйкозапентаеновой, докозапентаеновой, α -линоленовой ω -3 и незначительного уменьшения на 12-16% арахидоновой ω -6 полиненасыщенных жирных кислот, а так же отмечается активация ПОЛ с одновременным снижением процессов антиокислительной защиты.

При изучении уровня цитокинов у пациентов перенесших Q инфаркт миокарда было отмечено повышение ФНО- α , IL-6, ИНФ- γ сочетающееся со снижением IL-4 и IL-10 во всех группах. Однако в сравнении с контролем достоверно увеличены ФНО- α , IL-6 и снижен уровень IL-10. Межгрупповые исследования выявили преобладающее увеличение ФНО- α и IL-6 в группе эксцентрической гипертрофии и дилатации ЛЖ.

Так, сочетание дилатации, гипертрофии миокарда, систолической и диастолической дисфункции левого желудочка и отрицательных действий на миокард провоспалительных цитокинов способствует прогрессированию хронической сердечной недостаточности.

Таким образом, у пациентов с постинфарктной хронической сердечной недостаточностью выявлена значительная активация процессов перекисного окисления липидов и дефицит антиокислительных ресурсов независимо от типа ремоделирования в сочетании с дисбалансом жирных кислот мембран эритроцитов. Однако наиболее неблагоприятное нарушение баланса

жирнокислотного состава мембран эритроцитов выявлено при эксцентрической гипертрофии с дилатацией и характеризуется высоким ФК сердечной недостаточности по NYHA.

Григорович И.Н.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ У СТУДЕНТОВ С УЧЕТОМ ИХ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь

Актуальность исследования. В последнее десятилетие перед высшей школой поставлена задача – подготовка компетентного педагога, владеющего психолого-педагогическими знаниями и профессионально-педагогическими умениями. Назрела необходимость качественного изменения подготовки специалистов с высшим образованием по физической культуре. Особенно актуальна становится проблема индивидуализации обучения в связи с уменьшением количества выпускников школ, а соответственно и абитуриентов вузов.

Студенты 17-18 лет, поступив в вуз, имеют различный набор способностей и качеств личности, а значит, неодинаковы в возможностях достижений успешной учебной деятельности. Поэтому только достаточно полный учет индивидуальности студентов при построении обучения поможет им в равной степени эффективно овладевать учебным материалом.

В работах некоторых авторов [1,2,4] исследуется вопрос влияния индивидуальных особенностей студентов факультета физической культуры (ФФК) на эффективность учебной деятельности. В подобных исследованиях в основном рассматривается вопрос формирования знаний по предметам. Однако в современной

подготовке специалистов уровня теоретических знаний недостаточно для становления профессионализма будущих специалистов, необходимо формирование специальных умений. При этом «важную роль для формирования профессионально-педагогических умений студентов ФФК имеют спортивно-педагогические дисциплины», в частности спортивные и подвижные игры [5].

Современная система высшего профессионального образования старается уйти от принятой ранее ориентации на «среднего» студента. Сейчас интенсивно идут поиски методик и технологий, ориентированных на каждую отдельно взятую личность, индивидуальность, и раскрытия на базе этой индивидуальности всех возможностей профессиональной подготовки студентов.

Методы исследования: анализ литературы, метод экспертной оценки [3], метод анкетирования, педагогический эксперимент, математико-статистический метод. В исследовании приняли участие студенты трех выпускных курсов ФФК в количестве 98 человек в возрасте от 21 до 24 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Для решения поставленных задач мы провели анализ сформированности профессионально-педагогических умений (ППУ) студентов выпускных курсов ФФК ИГПИ им.П.П. Ершова, а также изучили их индивидуально-психологические особенности (черты личности, свойства нервной системы). Затем, разделив студентов на 3 группы (с высоким, средним и низким уровнем сформированности ППУ), с помощью однофакторного дисперсионного анализа определили влияние личностных особенностей на эффективность формирования ППУ.

Изучение индивидуально-психологических особенностей с помощью опросника Р.Б. Кэттела позволило нам определить

усредненный профиль выпускников и их различия в личностных характеристиках по уровням сформированности ППУ.

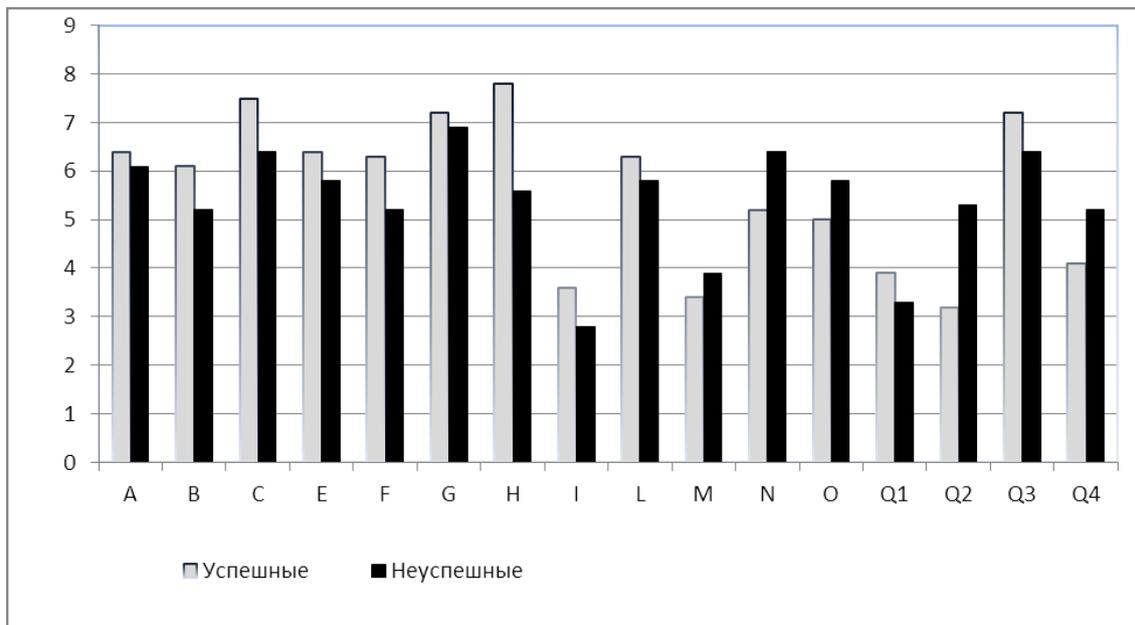


Рис.1. Усредненные личностные профили студентов выпускных курсов ФФК с различным уровнем успешности обучения по спортивным играм

Из рис.1 видно, что «успешные» студенты отличаются по показателям факторов В (более интеллектуально развиты, абстрактно мыслящие, более способны к обучению), С (более активны, эмоционально стойчивы, трезво оценивающие действительность), F (более экспрессивны, оптимистичны, веселы), Н (социально смелые, незаторможенные, спонтанные), N (более прямолинейны), Q2 (зависимы от группы, следуют за общественным мнением), Q4 (более расслаблены, уравновешены).

С помощью опросника Я. Стреляу исследованы типологические проявления свойств нервной системы испытуемых (сила, подвижность, уравновешенность). Математическая обработка данных показала, что достоверно сильно оказывают влияние на формирование ППУ студентов свойства нервной системы, такие как сила нервной системы по возбуждению при $p < 0,01$, подвижность нервной системы при $p < 0,05$, а также личностные характеристики: социальная

смелость, активность, риск, умения держаться свободно (фактор Н+ (при $p < 0,01$)); практичность, добросовестность и ориентировка на внешнюю реальность и общепринятые нормы (фактор М– (при $p < 0,05$)); зависимость от группы, общественного мнения, ориентация на одобрение окружающих (фактор Q2– (при $p < 0,01$)).

Формирование профессионально-педагогических умений у студентов факультета физической культуры по дисциплинам «спортивные игры» и «подвижные игры» на основе учета индивидуально-психологических особенностей мы рассматриваем как процесс предоставления студенту форм, приемов, способов, средств и методов деятельности для овладения им готовности выполнять основные функции педагога физической культуры и эффективно решать возникающие педагогические задачи в процессе обучения и воспитания учащихся.

Экспериментальная методика во время проведения занятий по спортивным играм на первом этапе эксперимента (формирование двигательных умений) основана на распределении студентов на 3 подгруппы по основным показателям свойств нервной системы: сильная подвижная, сильная инертная, слабая. В данных подгруппах дифференцированы средства, методы, организационные формы обучения, очередность заданий, последовательность упражнений, усложнение упражнений, преимущественное использование целостных и расчлененных методов обучения, сочетание словесного и наглядного методов.

В период учебных и педагогических практик (этап формирования гностических, конструктивных, коммуникативных, организаторских умений) экспериментальная методика представлена подбором учебных заданий в соответствии с индивидуально-психологическими особенностями студентов при подготовке к

проведению занятий, при составлении документов планирования, при организации процесса общения и обучения занимающихся, при подведении итогов и анализе проводимых занятий, при выставлении оценки студентам за проведение практик.

Эффективность экспериментальной методики, основанной на дифференцированном подходе к обучению студентов двигательным умениям и навыкам по спортивным играм с учетом выявленных закономерностей, подтверждается данными исследования, выражающимися в том, что получены значимые различия в приросте уровня сформированности ППУ, как в целом с 3,59 балла до 4,22 балла ($p < 0,01$), так и по отдельным компонентам умений. Также эффективность методики подтверждается существенными различиями в текущей и итоговой успеваемости студентов контрольной и экспериментальной групп при $p < 0,01$, которая оценивалась с помощью балльно-рейтинговой системы оценки.

Литература:

1. Бегидова, С.Н. Влияние индивидуально-психологических особенностей на развитие творческих способностей будущих учителей физической культуры/ С.Н. Бегидова// Теория и практика физической культуры. – 1995. - № 5-6. – с.41-43.
2. Бондаревская, Е.В. Гуманистическая парадигма личностно-ориентированного образования/ Е.В. Бондаревская // Педагогика. – 1997. - №4. – с.14-24.
3. Двоглазов А.Н. Формирование профессионально-педагогических умений у студентов ИФК в условиях практической деятельности: дис. ...канд. пед. наук/ А.Н. Двоглазов. – Омск, 1991. – 201 с.
4. Медведева, Е.Н. Педагогическое мастерство специалиста по физической культуре и современные подходы к технологии его формирования: монография/ Е.Н. Медведева. – Великие Луки: Б.и., 2007. – 279 с.
5. Пономарев, Г.Н. Личностное отношение студентов к избранной профессии в процессе обучения на факультете физической культуры/ Принципы индивидуализации физического

воспитания учащейся молодежи: Межвуз. сборник научных трудов/ Г.Н. Пономарев. – Тула: Изд-во ТГПИ, 1994. – С.74-76.

Дабижа К.В., Кохан Д.С.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ЗАНЯТИЯМ В СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ

Забайкальский государственный университет, Чита, Россия

Физическая культура выступает как социокультурный слой практики, направленной на освоение природных сил студентов и опосредованных их культурным отношением к своим физическим возможностям. Развитие физических способностей студента рассматривается в рамках процесса воспитания как развитие элементов культуры, особых личностных качеств. [Бойченко С.Д. Классическая теория физической культуры - 2002.]

Человек физически и духовно неразрывно связан с природой. Не случайно ухудшение экологии самым негативным образом сказалось на уровне физического и психологического здоровья людей. Показателем этого является ежегодное количество студенческой молодежи, которая перешла на занятия в специальные медицинские группы. Однако есть и такие студенты, которые освобождены от занятий физическим воспитанием полностью. Такие данные говорят о том, что физическая активность молодежи крайне низкая, следовательно, о каком здоровом образе жизни и активной молодежи может идти речь. В специальные медицинские группы (СМГ) входят не только студенты с врожденными заболеваниями, но и с «осложнениями» из-за пассивного образа жизни еще в школьном возрасте. К сожалению, нынешняя молодежь предпочитает проводить свое свободное время за компьютером или телевизором, это и является последствием заболеваний в студенческом возрасте. Целью

нашего исследования было выявление активной позиции и оценка качества занятий физическим воспитанием студентов занимающихся в специальных медицинских группах.

Активные занятия в СМГ способствуют ускорению ликвидации патологических процессов в организме, восстановлением и укреплением здоровья, достижением максимально возможного для каждого индивида уровня физического и психологического развития.

Для данного исследования нами была разработана анкета, на тему: «Оценка качества занятий по реабилитации и физической культуры студентов в специальной медицинской группе». В анкетировании участвовали учащиеся студенты Забайкальского государственного университета, занимающиеся в СМГ. В течение учебного 2011-2012 годов было опрошено 64 человека. Результат анкетного опроса показал, что 8% не имеют четких представлений о целях и задачах занятий физическими упражнениями; 11% ссылаются на отсутствие времени для занятий; 5% не видят смысла в этих занятиях, а 76% опрошенных напротив, отметили, что он предпочитают заниматься физической культурой и ведут здоровый образ жизни.

Каждый человек индивидуален и не все предпочитают ходить на физическую культуру в специальные медицинские группы, а с большим желанием предпочли бы заниматься каким-либо видом спорта. Среди опрошенных - 32% предпочитают волейбол; 13% плаванье; 40% легкую атлетику и 15% другие виды спорта. Студенты специальных медицинских групп также считают, что они могут посещать не только занятия в университете, но и ходить в платные спортзалы по желанию. Следовательно, на следующий вопрос ребята ответили - 43% еженедельно посещают различные спортивные залы города Чита - 57% устраивает занятия физической культурой в ЗабГУ.

Так же важно отметить, что организация занятий со студентами с определенными дисфункциями предусматривает их дополнительное деление на группы, которые соответствуют характеру основного заболевания, сходства рекомендованных средств коррекции здоровья:

группа А — сердечно-сосудистые и заболевания дыхательной системы;

группа Б - заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и почек;

группа В — нарушение зрения;

группа Г -заболевания эндокринной системы, обмена веществ;

группа Д -заболевания опорно-двигательного аппарата.

Такие группы как правило требуют специального подхода и разработки индивидуальных занятий. В настоящее время в нашем университете крайне ограничено количество программ, но в дальнейшем будем надеяться, что и у нас будет развита программная работа со студентами специальных медицинских групп.

Важным фактором является неосведомленность студенческой молодежи о индивидуальных особенностях занятий для определенной медицинской группы и о противопоказаниях на занятиях физической культурой. В настоящее время в нашем институте проходят теоретические занятия по вопросам связанным с правильностью занятий физическим воспитанием, схеме построения занятий, а также для специальных медицинских групп является обязательным написание реферата на тему своего заболевания и видов упражнений, которые не противопоказаны студенту на занятиях физической культурой. Вследствие этого, далее был поставлен вопрос: «А знаете ли вы противопоказания для занятий физической культурой в связи с вашим заболеванием?», 80% респондентов ответили – да; 5%

ответили - нет, а 15% сомневаются в теоретических знаниях своих противопоказаний.

Одним из важнейших вопросов данного исследования являлся: «Как вы считаете, являются ли занятия физической культурой одним из приоритетных направлений для поддержания и стабильности состояния вашего здоровья?». Таким образом, 88% - считают да; 10% - нет и 2% неуверенны в своем мнении.

Проведение занятий в специальных медицинских группах должно сопровождаться положительными эмоциями, которым способствуют физической активности и являются своего рода эмоциональным стимулятором для постоянного поддержания своего физического развития.

На занятиях также важно уделять особое внимание распределению физических нагрузок, особенно для студентов занимающихся в специальных медицинских группах. Показателем такого критерия является самочувствие после занятий: 70% опрошенных ответили, что чувствуют себя хорошо, занятия дают им эмоциональный заряд; 20% - считают занятия утомительными, чувствуют усталость, а 10% воздержались дать ответ на этот вопрос, так как не считают важным отслеживать свое состояние после физической активности.

Позитивные сдвиги, которых достигают на занятиях физической культурой, необходимо ежедневно закреплять во время самостоятельных занятий дома. Они помогают ликвидировать проявления заболевания или его остаточные признаки, предупредить возможные осложнения. Сложившаяся устойчивая система привычек и потребностей в занятиях физическими упражнениями поможет лицам с хроническим течением заболеваний сознательно использовать средства физического воспитания для поддержания и улучшения

состояния собственного здоровья. Таким образом, следующим вопросом было саморазвитие физической активности во время каникул, сессии и в свободное время: 65% самостоятельно занимаются физическими упражнениями, а 35% достаточно лишь занятий на физической культуре.

Каждый родившийся человек наследует от родителей врожденные, генетически обусловленные черты и особенности, которые во многом определяют индивидуальное развитие в процессе его дальнейшей жизни. [Виленская Т.Е. Принципы формирования и организации физического воспитания в специальных медицинских группах – 2005.]

Таким образом, можно отметить, что у студентов ЗабГУ активная позиция по отношению к своему здоровью. Большинство респондентов постоянно посещают занятия по физическому воспитанию. Ни для кого не секрет, что молодежь, как правило, часто скрывает состояние своего здоровья и занимается в общих группах физической культуры, такую проблему можно решить, если студенты не только осознают качество занятий для своего здоровья в СМГ, но и перед ними будет альтернатива различных программ интересующих данного студента.

Дейниченко Л.М.

ЗМІСТ І ЗНАЧЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ УМІНЬ ВИКЛАДАЧА ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Державний вищий навчальний заклад

«Донбаський державний педагогічний університет», м.Слов'янськ, Україна

Резюме: в статті представлено содержание направлений овладения коммуникативными умениями преподавателей высших учебных заведений. Ведущими направлениями этой работы можно

считать: овладение психолого-педагогическими знаниями об общении, способами организации взаимодействия, коммуникативными умениями.

Ключевые слова: профессиональная компетентность, эмпатийность, коммуникативные умения, коммуникативная компетентность.

Одним із стратегічних завдань реформування освітньої галузі є запровадження мобільної системи підвищення професіоналізму викладачів вищих навчальних закладів, спрямованої на розвиток у них комунікативної компетентності, інтелектуального потенціалу, здатності до ефективної науково-педагогічної діяльності в умовах реалізації всіх напрямків Болонського процесу.

Аналіз наукової літератури свідчить, що проблема професійної компетентності викладача постійно привертає до себе увагу і деякі науковці розглядали її окремі аспекти (К.О.Абульханова-Славська, Б.Г.Ананьєв, Г.О.Балл, І.Д. Бех, О.М. Леонтьєв, С.Д.Максименко). Поряд з цим, теорію й експериментальні дослідження саме педагогічного колективу розвивали такі автори, як О.В.Петровський, В.В. Шпалинський, Г.М.Андрєєва, А.І.Донцов, Л.І Уманський та інші.

Особливу увагу на розвиток комунікативних умінь педагогів звертають О.Березюк, І. Бруслова, В. Каплинський та розглядають умови, шляхи формування комунікативних умінь педагогів під час навчально-виховного процесу. Обґрунтовують комунікативні уміння як складову культури спілкування педагогів М. Васильєва, Н.Стрельнікова, В.Штифурак та інші. Присвячені дослідження В.Галізяка, В.Киричука, О.Коропецької психологічним аспектам формування комунікативних умінь майбутніх фахівців.

Науково-педагогічна діяльність на ниві вищої освіти є важливою і потрібною. Саме через освіту формується особистість,

майбутнє держави та її культури. Процес навчання – це зворотній процес постійної взаємодії між викладачем та студентом. В умовах сьогодення якість цього процесу залежить від рівня готовності викладача і студента до співпраці. Великого значення набуває саме комунікативна компетентність викладача, яка визначає його психологічну готовність якомога повніше реалізовувати культурологічну, гуманістичну функції, здатність оволодівати професійними цінностями.

Мета статті: з'ясувати зміст і визначити напрями оволодіння комунікативними вміннями викладачів вищих навчальних закладів.

Згідно структурного підходу, відображеного в працях Н.Кузьміної, виділяються гностичний, конструктивний, організаторський і комунікативний компоненти професійної діяльності педагога. Але комунікативний компонент діяльності викладача як окремий її компонент можна виділити лише умовно, оскільки він пронизує всі типи його діяльності і є необхідною та обов'язковою частиною кожного з них, виконуючи інтегративну функцію. Таким чином, поділяючи погляди О.Леонтьєва, Н. Кузьміної, А.Бодальова та ін., ми вважаємо комунікацію соціально-психологічною основою навчально-виховного процесу. А відповідно, його успішність залежить від комунікативної компетентності педагога, яка передбачає володіння достатнім рівнем розвитку комунікативних умінь.

Аналіз психолого-педагогічної літератури свідчить, що існують різні підходи у визначенні змісту поняття «комунікативні вміння». Узагальнення даних наукової літератури з досліджуваної проблеми (Б.Паригін, Н.Кузьміна, О.Леонтьєв, Л.Савенкова, Л.А.Петровська,) показав, що існування різних поглядів на цю проблему обумовлене складністю комунікативної діяльності та різноманітністю ознак,

визначених найбільш суттєвими і покладених авторами в основу визначення змісту і структури комунікативних умінь. Так, Н.Кузьміна розглядає комунікативні уміння в контексті педагогічного спілкування і вважає, що вони виявляються в умінні встановлювати правильні взаємовідносини, перебудовувати їх відповідно до рівня учнів та їх вимог до власного розвитку [3]. У свою чергу Н. Плешкова, ототожнює поняття «комунікативні уміння» та «уміння спілкування», приходять до висновку, що уміння спілкування – це оволодіння системою психічних та практичних операцій цілеспрямованої взаємодії в різноманітних умовах життєдіяльності [5]. Вказані визначення, на нашу думку, не взаємовиключають, а доповнюють одне одного.

Спілкування викладача і студента являє собою низку взаємопов'язаних і взаємозумовлених контактів, що здійснюються в різних формах і за різних обставин. Практика роботи викладачів вищих навчальних закладів свідчить про об'єктивну потребу ретельно продуманої організації спілкування, урізноманітнення його форм, а також визначення стилю спілкування.

Організація навчального процесу у вищих навчальних закладах передбачає оволодіння викладачами способами взаємодії із студентами в монологічній та діалогічній формі в процесі проведення лекцій, семінарських занять. Для успішної реалізації визначених форм роботи необхідно оволодіти знаннями про сутність спілкування та способи організації суб'єкт-суб'єктних відносин і створення позитивного клімату в групі.

Можна виділити три основні напрями в оволодінні викладачами комунікативними уміннями:

- вивчення теоретичних відомостей про спілкування;
- оволодіння способами організації спілкування;

- оволодіння комунікативними уміннями.

Перший напрям передбачає засвоєння викладачами сутності, функцій та засобів спілкування. Знання про особливості процесу спілкування та необхідні для його протікання якості особистості дозволяють викладачеві орієнтуватися в комунікативних ситуаціях, прогнозувати свою поведінку та реалізувати потенційні можливості в комунікативній діяльності. Проте, одних знань недостатньо, необхідно на їх основі розвинути та закріпити комунікативні уміння.

Інший напрям включає оволодіння викладачами способами ефективного спілкування, успішної організації взаємодії. Провідним видом навчально-пізнавальної діяльності студентів має стати співробітництво. З метою його організації доцільно застосовувати групову роботу. Групова робота, що організується на заняттях на основі взаємодопомоги, може включати: а) попереднє обговорення способів виконання завдання; б) надання за необхідності допомоги товаришу в процесі виконання завдання; в) проведення взаємного контролю; г) обговорення результатів виконаного завдання; д) спільну роботу з ліквідації помічених недоліків.

Аналіз педагогічного досвіду дозволяє стверджувати, що групова робота сприяє формуванню умінь та якостей необхідних для ефективної навчальної діяльності: самостійність і критичність мислення, емпатійність, допитливість, уміння об'єктивно оцінювати явища, що спрямоване на виконання завдань, поставлених перед навчанням – озброєння студентів якісними знаннями, розвиток здібностей та самореалізації кожної особистості.

Широкі можливості для формування дієвості знань мають дискусії, метою яких є з'ясування та співставлення різних точок зору, виявлення істинної думки, знаходження правильного розв'язання суперечливого питання. Включення дискусії в навчальний процес

сприяє формуванню умінь у студентів слухати партнера, тактовно аргументувати, оперувати невербальними засобами та засобами етикетного спілкування, виробляти тактику поведінки.

Важливим методом, що сприяє виробленню умінь навчального співробітництва є тренінг. В процесі тренінгу створюється можливість для формування умінь слухати, адекватно сприймати партнерів, виробляти тактику спілкування з ними.

Ефективним методом організації взаємодії студентів у процесі навчання є рольова гра. Її мета – надати можливість набути досвід дій, допомогти навчитися через досвід і почуття. Рольові ігри можуть використовуватися для оволодіння комунікативними навичками здебільшого на заняттях гуманітарного циклу. Це відносно «відкрита» техніка, яка може розвиватися залежно від особистого досвіду та конкретної ситуації в групі.

У процесі педагогічної діяльності викладач повинен враховувати різні аспекти спілкування, його особливості. Також необхідно формувати якості, які важливі для міжособистісних відносин. Такий список якостей встановив польський психолог Єжи Мелібруд. Він повинен бути своєрідним орієнтиром для педагогів: до чого прагнути, які риси виховувати, культивувати в себе. Отже, якості, котрі важливі для спілкування:

- емпатія: уміння бачити світ очима інших, сприймати їх вчинки з їх позицій, здатність висловлювати іншим своє розуміння;

- доброзичливість: здатність не тільки відчувати, але й показувати людям своє доброзичливе ставлення, уміння приймати та готовність підтримати;

- автентичність: уміння бути справжнім у відносинах, бути самим собою, не ховатися за маскою;

- конкретність: відмова від загальних міркувань, багатозначних невиразних зауважень, готовність відповідати однозначно на питання;
- ініціативність: схильність до діяльної позиції у відносинах, здатність встановлювати контакти самому, проявляти активність, не чекати активності інших;
- безпосередність: уміння говорити та діяти, не чекати активності інших;
- відкритість: готовність відкрити свій внутрішній світ (ненав'язливість, незадоволення від розмов про себе), щирість, уміння говорити про свої думки і почуття, але не інтимні секрети;
- прийняття почуттів: відсутність страху при безпосередній зустрічі зі своїми почуттями або почуттями інших людей, готовність прийняти почуття іншого і не нав'язувати свої;
- конфронтація: уміння спілкуватися з іншими людьми з повним усвідомленням своєї відповідальності і зацікавленості; у випадку несхожості думок – готовність піти на конфронтацію, але не з метою залякати або покарати іншого, а з надією на встановлення справжніх і щирих відносин.

Визначено, що успішності в діяльності досягають ті викладачі, які поєднують у собі ґрунтовні професійні знання й високий рівень розвитку комунікативної компетентності, що дозволяє їх реалізувати. Отже у процесі педагогічної діяльності викладач повинен враховувати різні аспекти спілкування, його особливості.

Ефективність взаємодії викладача передбачає врахування певних психологічних вимог: дотримання діалогічної та партнерської взаємодії. Діалогічна стратегія полягає, насамперед, у орієнтації педагога на співробітництво зі студентом, визначенні принципової особистісної рівноцінності з ним у діалозі та спільній творчості, коли за студентом визначається право на власну позицію. Звичайно, слід

обґрунтовувати, що викладач, користуючись своїм досвідом і знаннями, звертає увагу на її слабкі сторони, але він принципово поважливо ставиться до думки студента і, при необхідності, вносить корективи у власну позицію.

Необхідною умовою особистісно-орієнтованого спілкування зі студентами є вміння володіти словом. Мову викладача повинні відрізняти такі ознаки: зверненість до аудиторії, спрямованість на вирішення певних навчально-виховних цілей, активність, внутрішня сила, виразність, образність, плавність, простота, стислість, логічна стрункість. Вона будується з розрахунком на діалог, як відкритий так і внутрішній. Не можна створювати на заняттях сприятливий клімат без емоційно стимулюючого впливу слова, викликати інтелектуальні почуття: здивування, захоплення сумнів, очікування нового.

Одним із важливих факторів, що сприяє ефективному навчальному співробітництву в системі «викладач – студент» є психолого-педагогічна компетентність педагога. Під психолого-педагогічною компетентністю викладача розуміють сукупність певних якостей особистості з високим рівнем професійної підготовки до педагогічної діяльності та ефективної взаємодії з студентами в освітньому процесі.

За думкою М. Лук'янової [4], структура психолого-педагогічної компетентності становить три компоненти: диференціально-психологічний (знання про особливості засвоєння навчального матеріалу конкретними учнями у відповідності з індивідуальними та віковими характеристиками); соціально-психологічний (знання про особливості учбово-пізнавальної та комунікативної діяльності групи і конкретного студента в ній, про особливості взаємин викладача із групою, закономірності спілкування); аутопсихологічний (знання про

переваги та недоліки власної діяльності, особливості своєї особистості та її характерні якості).

Важливо підкреслити саме ті уміння, завдяки яким створюється і підтримується педагогом контакт зі студентами і які є необхідними для формування у них умінь спілкування. Мається на увазі уміння використовувати соціально-психологічні механізми операціональних засобів професійного спілкування, тобто ті способи, за допомогою яких педагог домагається здійснення тих чи інших цілей педагогічної діяльності.

Для конструктивного спілкування, що впливає на формування комунікативних умінь та якостей особистості важливо не тільки знати і враховувати індивідуальні особливості студента і свої власні, але й володіти методами побудови оптимальних стратегій педагогічного впливу. Для цього викладачеві необхідно орієнтуватися на формування у себе та студентів комунікативних якостей, уміння адекватно оцінювати міжособистісні стосунки.

Оволодіння психолого-педагогічною компетентністю відбувається в процесі постійного осмислення, аналізу власної діяльності, вчинків, поведінки. Усвідомлення, критичний аналіз та визначення шляхів конструктивного удосконалення своїх умінь здійснюються за допомогою педагогічної рефлексії, яка дає можливість викладачу подивитися на свою працю з позицій іншої людини.

Емпатія є властивістю особистості, яка має прояв в ситуаціях міжособистісного спілкування, а також процес, який здійснюється в ситуаціях взаємодії. В контексті міжособистісної взаємодії мова йде про здатність викладача відгукуватися на проблеми слухача.

Для виникнення розвитку емпатії необхідне сприйняття себе, а також іншої людини, розвивати емоційно-рефлексивну сферу

педагога. При цьому для формування емпатії суттєвим є механізми установки на ідентифікацію, когнітивна інтерпретація і здатність до поведінкових реакцій у процесі спілкування.

Аналіз психолого-педагогічної літератури свідчить, що для здійснення повноцінного спілкування педагогу необхідно мати такі якості, як товарицькість, що виражається у ступені прагнення особистості до спілкування; контактність, що означає вміння педагога вступити в контакт зі студентами, колегами; ініціативність – активність педагога у взаємодії, готовність прийняти на себе відповідальність за встановлення контакту і весь процес взаємодії в цілому.

Має значення у спілкуванні зовнішня привабливість педагога, здатність привернути до себе студента манерою поведінки, зовнішнім виглядом. Зовнішність сприймається у комплексі та цілісності всіх її ознак. Увага студентів звертається не тільки на те, що говорить кожний викладач, але й на зовнішній вияв почуттів у мімічних та пантомічних виявах, його приємні манери поведінки допомагають швидко адаптуватися у будь-яких обставинах, спрощують встановлення комунікативних зв'язків.

Таким чином, аналіз висвітлених в науковій літературі теоретико-методологічних підходів до визначення змісту поняття «комунікативні уміння» досить переконливо доводить, що дане поняття є багатоаспектним і доволі неоднозначним. Успішність навчально-виховного процесу залежить від комунікативної компетентності педагога, яка передбачає володіння достатнім рівнем розвитку комунікативних умінь. Провідними напрямками цієї роботи можна вважати: оволодіння психолого-педагогічними знаннями про спілкування, способами організації взаємодії, комунікативними вміннями. Викладач має багато працювати над собою, виробляючи в

себе якості: доброзичливість, емпатійність, гнучкість мислення, товариськість, що ведуть до конструктивної побудови спілкування в навчально-виховному процесі.

Література

1. Гриньова В.М. Формування педагогічної культури майбутнього вчителя (теоретичний та методичний аспекти). – Харків: Основа, 1998.– 300с.
2. Заброцький М.М. До визначення структури комунікативної компетентності педагога // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгаманова. – 2005. – Серія 12. – Психологічні науки. - №6(30). Ч.1. – С. 63-71.
3. Кузьмина Н.В. Способности, одаренность, талант учителя. – Л.: Знание, 1985. – 32 с.
4. Лукьянова М.И. Психолого-педагогическая компетентность учителя // Педагогика. – 2001. - №10. – С. 56-61.
5. Мелибрда Е.Я. –Ты – Мы – Вы: Психология возможного улучшения общения: Пер. с чеш. – М.: Прогресс, 1986. – 225 с.
6. Плешкова Н.И. Формирование умений педагогического общения у студентов: автореферат. Дис... канд. пед. Наук: спец.13.00.01 / Н.И. Плешкова; Киев. Гос. Ун-т им. Т.Г. Шевченко. – К., 1985. – 23 с.

Дычко В.В., Дычко Д.В., Чернобай С.А.

ПОДГОТОВКА УЧИТЕЛЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ОСНОВЕ ЦЕЛЕУСТРЕМЛЕННОГО РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ

Донбасский государственный педагогический университет, г. Славянск, Украина

Актуальность. В настоящее время является актуальным поиск путей повышения организации процесса подготовки учителя физической культуры. Это обусловлено, в первую очередь, растущими требованиями к качеству профессиональной деятельности будущего учителя физической культуры, его значимости в реализации оздоровительной функции физической культуры и спорта.

В связи с этим, следует отметить необходимость последующего изучения структуры деятельности учителя и определения его основных функций в организации учебной, внеклассной деятельности учеников, обоснования путей развития доминирующей мотивации, к

профессиональной деятельности учителя физической культуры (В.Г.Григоренко, Дычко В.В., В.М. Пристинский).

Анализируя данные литературных источников, опыт организации профессиональной подготовки учителя на факультетах физического воспитания, следует заметить, что она представляет собой сурово детерминированную систему, которая сориентирована на типологизованный подход в обучении, без учета темпов развития индивидуальных потенциальных способностей студентов. В связи с этим, должна совершенствоваться теоретико-методическая основа профессиональной компетентности учителя физической культуры, особенно в аспекте развития профессионально- педагогической мотивации.

Выше всех профессиональных характеристик учителя (знание и навыки, личностные качества) оценивается и проявляется в деятельности мотивационная сфера личности педагога, а именно, интерес к физической культуре и спорту, к педагогической деятельности, любовь к детям, попытка к совершенствованию, глубокая уверенность в высокой социальной значительности физического воспитания, чувства ответственности (В.Г.Григоренко).

Высокая оценка качеств личности учителя подтверждает атрибутивную роль личности в педагогической деятельности. Личность выражается, в первую очередь, мотивами ее деятельности. Выступая системоутворяющим фактором личности, мотивационная сфера ее активизирует, интегрирует и направляет потенциальные возможности человека на формирование педагогических способностей и мастерства специалиста.

На основе изложенного выше, предоставляется возможным выразить суждение о том, что формирования профессионального мастерства учителя физического воспитания составляют доминирующие

мотивы физкультурно-педагогической деятельности. Таким образом, на наш взгляд, кажется важным то, что вся система подготовки учителя - ориентация студентов, отбор абитуриентов, образование студентов, стажировки учителей - должна, строиться, в первую очередь, с учетом выявления, воспитания и самовоспитания наиболее важных мотивов деятельности педагога. Это подчеркивает необходимость усиления индивидуального подхода к студенту, перестройки его позиции из объекта воспитания в активно действующий субъект.

Выводы и перспективы последующих исследований в этом направлении. Признание важной роли профессионально значимых мотивов в деятельности учителя нацеливает на более плотное изучение развития и корректировку доминирующей мотивации к профессиональной деятельности учителя физической культуры. Важное место при этом должно предоставляться установлению источников и динамики физкультурно-педагогического самоопределения студентов, определения места ведущих факторов в этом процессе, в том числе, влиянию физического воспитания.

Таким образом, на наш взгляд, определяется как высокой социальной значительностью, так и потребностью теории, методики физического воспитания, практики педагогики высшей школы, в научно обоснованных рекомендациях из оптимизации процесса профессионально педагогической подготовки учителя физической культуры.

Литература:

1. Балбенко С.Ю., Засін Ю.Г., Григоренко В.Г., Пристинский В.М. Педагогічні основи керівництва професійною підготовкою вчителя фізичної культури. - Харків: ХДШ, 1992.-159 с.
2. Григоренко В.Г., Пристинский В.Н., Сермеев Б.В. Теоретические и методические аспекты оптимизации профессиональной подготовки учителя физического воспитания на занятиях по спортивным играм на основе профильных групп. - М.: ОЦНИ «Школа а педагогика» МНО СССР и АПН СССР. - Выт.5 (61). - 1989. -с. 10-13.

3. Оцінка психомоторних якостей у сліпих та слабозорих дітей / В.В. Дичко, Т.В. Дегтяренко Т.В., І.В. Ахременко [та ін.] // Теорія і практика фізичного виховання (науково-методичний журнал). - 2008. -№2.-С 125-130.
4. Психолого-педагогические и медико-биологические факторы оптимизации физического воспитания школьников (норма и патология) [навчальний посібник] / В.Г. Григоренко, В.В. Дычко, К.С. Кузин [и др.]. -Бердянск: 2001. - 89 с.

Дметерко Н.В.

ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХИСТІВ НА МИСЛЕННЯ СУБ'ЄКТА ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО НІВЕЛЮВАННЯ ЗАСОБАМИ ГЛИБИННОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

Донбаський державний педагогічний університет, Слов'янськ, Україна

Проблема глибинної психокорекції є однією з актуальних на сучасному етапі розвитку психологічної науки на пострадянському просторі. Це пов'язано з інтенсивною розробкою теоретико-методологічних засад практичної психології, зокрема, розробкою методів надання психологічної допомоги суб'єкту (Г.С. Абрамова, Г.О. Балл, О.Ф. Бондаренко, Ж.П. Вірна, І.В. Дубровіна, Н.Ф. Каліна, З.С. Карпенко, В.Г. Ложкін, С.Д. Максименко, Н.Ю. Максимова, Н.Г. Ничкало, А.А. Осипова, В.Г. Панок, Т.М. Титаренко, Н.В. Чепелева, Т.С. Яценко та ін.).

Досить тривалий час основним видом надання психологічної допомоги суб'єкту розглядалась психотерапія. Традиційно виникнення її різновидів пов'язують з виокремленням на початку ХХ століття ряду психологічних вчень та напрямків (психоаналіз, біхевіоризм, гуманістична психологія та ін.). Порівняно із психотерапією термін «корекція» (від латинського *correctio*, що в перекладі означає виправлення) в психологічній науці почав застосовуватись відносно недавно, а його активне вживання пов'язане зі становленням практичної психології. На сучасному етапі психокорекція розглядається як один із видів роботи

(психодіагностика, психопрофілактика, консультування) психолога-практика.

У словнику психокорекція розглядається як «діяльність з виправлення (коригування) тих особливостей психічного розвитку, які за прийнятою системою критеріїв не відповідають «оптимальній» моделі» [8, с. 246].

Аналіз наукової літератури [1;2;3;4;10;11] показав, що теоретико-методологічні основи психокорекції були закладені в таких психологічних підходах, як психоаналітичний, гуманістичний, гештальтпсихологія, когнітивний та ін.. У рамках даних підходів була визначена власна дослідна позиція науковців відносно структури та механізмів психіки, а також методів надання психологічної допомоги суб'єкту. Останнє знайшло реалізацію у відповідних напрямках психотерапії, результативність якої передбачає зміни, коректування способів мислення та поведінки людини. Незважаючи на відмінність висхідної теоретичної позиції, можливість змін суб'єкта представники різних психологічних підходів пов'язували з дезінтеграційно-нтеграційними процесами та необхідністю подолання опорів як захисних тенденцій, що блокують самоусвідомлення. Недостатньо розробленою залишилась проблема методів нівелювання опорів та забезпечення позитивного характеру дезінтеграції, що є принциповим положенням при визначенні організаційно-методологічних засад глибинної психокорекції, яка здійснюється у форматі психодинамічної теорії академіка НАПН України Т.С. Яценко [12]. Останнє набуває важливого значення у контексті розвитку рефлексивного мислення суб'єкта.

З метою більш чіткого визначення відмінності глибинної психокорекції порівняно з іншими різновидами психокорекційної практики розглянемо більш детально останні. Феномен «опору»

детального вивчення отримав в глибинній психології. Глибинна психологія є загальною назвою ряду наукових напрямків і теорій (аналітична психологія, індивідуальна психологія, гуманістичний психоаналіз, неопсихоаналіз та ін.), представники яких ставили акцент на дослідженні несвідомих мотивів мислення та поведінки. Її засновником є З. Фрейд. З. Фрейд суттєво змінив науковий підхід до розуміння психіки, що полягало у виявленні динамічних взаємозв'язків між різними системами психічного апарату (свідомим і несвідомим) та визначенні вирішального впливу сфери несвідомого та свідоме психічне життя людини [10].

В психоаналізі опір розглядається як «психічні сили і процеси, які перешкоджають вільному асоціюванню пацієнта, його спогадам, проникненню в глибини несвідомого, усвідомленню несвідомих уявлень та бажань, розумінню витоків виникнення невротичних симптомів, прийняттю пацієнтом інтерпретацій, які надаються в його розпорядження аналітиком, проведенню психоаналітичного лікування і зцілення хворого» [3, с. 549]. Дія опорів, яка полягає в блокуванні об'єктивації витісненого змісту, має іще також в сновидінні як цензура сновидінь. З. Фрейд у своїх роботах багато уваги приділяв змістовним аспектам опору, його різновидам та методиці подолання. Дослідник наголошував на важливості зниження опорів для забезпечення інтелектуального осмислення пацієнтом причин невротичного захворювання [10].

Слід зазначити, що представники і інших психологічних напрямків, зокрема гештальтпсихології, когнітивної психології, відмічали негативний вплив опорів на результативність психотерапевтичного процесу, але переважно на рівні констатації їх виникнення, ніж виявлення причин актуалізації та способів уникнення [4;11].

У ході аналізу літератури (Е. Гловер, Р. Грінсон, В. Райх, Г. Фрейд та ін..) [1;2;5;9] встановлено, що опір розглядається як захисна тенденція, яка блокує інтелектуальне осмислення пацієнтом глибинних витоків невротичних захворювань. У зв'язку з цим при розробці організаційно-методологічних засад глибинного пізнання цілісної психіки важливим є врахування динамічної сутності опору, якою є «контрсила в пацієнта, яка діє проти прогресу аналізу, проти аналітика та аналітичних процедур і процесів» [2, с. 79].

Вагомий внесок у розробку поставленої проблеми мають здобутки психодинамічної теорії, яка розвивається в дослідженнях Т.С. Яценко та її послідовників.

Розроблена в межах психодинамічної теорії «Модель внутрішньої динаміки психіки» («Модель» скорочена назва рис. 1) ілюструє цілісний погляд на внутрішню динаміку психічного в його суперечливій сутності і єдності свідомого і несвідомого [12]. Т.С. Яценко доповнила структуру психіки в теорії З. Фрейда горизонтальними взаємозалежностями, яким властива синергія та антиномія, що є сутнісним для розуміння функційних параметрів цілісної психіки, як і для уточнення методології її пізнання [12].

Отже, на фоні фрейдівської «вертикалі» Т.С. Яценко вводить «горизонталь» структурних взаємозалежностей психіки з притаманній їй різноспрямованістю суперечливих тенденцій. Внутрішня суперечність психіки знаходить вияв у тенденціях («до сили» і водночас «до слабкості»; прагненні до людей і одночасному відстороненні від них; «до життя» і водночас «до смерті») та поєднанням цих суперечливих тенденцій в їх співіснуванні, без взаємного нівелювання. Інтеграція різноспрямованих тенденцій забезпечується системністю дії психологічних захистів (базальних та

ситуативних), які підтримують ілюзію цілісності психіки шляхом відступів від реальності [12].

Одним із наших стверджень є наступне: внутрішня суперечність психіки, породжувана різноспрямованими тенденціями, маскується від свідомості системою психологічних захистів шляхом зміщення акценту мотивації у просоціальну площину не лише на поведінковому та енергетичному рівнях (що має місце в описаному З. Фрейдом механізмі сублімації), а і на когнітивному, що пов'язано з процесами смислоутворення, презентованими в рефлексивному мисленні суб'єкта.

В результаті дії психологічних захистів реальності психічного в його цілісності претерпають дезінтегрування, що обумовлено пріоритетом просоціальних мотивів і витісненням глибинно-детермінованої мотивації (інфантильних цінностей). Глибинна мотивація активності, детермінована спрямованістю на цінності «інфантильного Я» (див. «Модель», стрілка 5), є недоступною для рефлексивного осмислення суб'єкта. Внаслідок дії захисної системи рефлексивне відображення суб'єктом смислу власної активності є обмеженим і частковим, оскільки поза усвідомленням залишаються глибинні детермінанти, які невидимо для суб'єкта визначають його потенційну активність, що реалізується через процеси заміщення, переносу, ідентифікації та ін..

Психологічні захисти маскують інфантильний інтерес більш прийнятними для суб'єкта цінностями і правилами. Захисти підтримують ілюзію цілісності психічного, що на когнітивному рівні забезпечують різного роду логічні пояснення, умовиводи, аргументація дій, а раціоналізація спирається на умовні цінності як мотиви обґрунтування доцільності власної активності у просоціальній площині.

Сказане вище дозволяє зробити наступне припущення. Психологічні захисти послаблюють когнітивні процеси свідомості, а пізнання системності їх дії у процесі глибинної психокорекції відкриває перспективи розвитку рефлексивного мислення суб'єкта. У зв'язку з цим розвиток рефлексивного мислення суб'єкта передбачає врахування двох різновидів захистів: базових і ситуативних. Базові захисти, здатні когнітивно інтегрувати досвідне і позадосвідне, що підкорено провідній тенденції функціонування психіки «від слабкості до сили», ілюзію якої підтримують ситуативні захисти шляхом відступів від реальності. Нівелювання ілюзорних способів відчуття «сили» у відповідності до законів позитивної дезінтеграції та вторинної інтеграції створює передумови для розвитку рефлексивного мислення суб'єкта.

Ми вважаємо, що розвиток рефлексивного мислення, а отже і можливість індивідуально-особистісних змін суб'єкта у процесі психокорекції, пов'язані з нівелюванням системності дії психологічних захистів, які маскують внутрішню суперечливість психіки. Необхідність нівелювання дії психологічних захистів у контексті розвитку рефлексивного мислення суб'єкта визначається ключовим положенням вітчизняної науки, згідно якого мислення актуалізується в ситуації протиріч. «Наявність в проблемній ситуації суперечливих даних з необхідністю породжує процес мислення, спрямований на їх «зняття»» [6, с. 15].

Внаслідок дії психологічних захистів унеможливується рефлексивне осмислення суб'єктом внутрішніх дисфункцій психіки, які породжують ілюзії мислення щодо доцільності власної активності. У зв'язку з чим можна говорити про неправомірність такого етапу психологічної практики як «запит на проблему».

Процес глибинної психокорекції передбачає нейтралізацію активності ситуативного захисту для об'єктивування в поведінці його базальних форм. У даному контексті важливою є проблема управління динамікою групового та індивідуально-особистісного розвитку суб'єкта в ході психокорекції для забезпечення умов здійснення позитивної дезінтеграції та вторинної інтеграції на більш високому рівні розвитку, відкритих Т.С. Яценко [12]. Останнє ми розглядаємо як важливу передумову рефлексивного мислення суб'єкта. Нівелювання ілюзорних способів відчуття «сили» у відповідності до законів позитивної дезінтеграції та вторинної інтеграції актуалізує саморефлексію в напрямку осмислення глибинної мотивації активності.

Важливого значення в глибинній психокорекції набуває діалогічна взаємодія психолога з респондентом, яка спрямована на виявлення логічної впорядкованості психіки (що має відмінності на рівні свідомого і несвідомого). Внаслідок цього для суб'єкта стає зрозумілим різноспрямованість енергетичних потоків (свідомого і несвідомого). Саме діалог у поєднанні з інтерпретацією поведінкового матеріалу відкриває перспективи поступового проникнення в системність дії психологічних захистів, які маскують дисфункції психіки. Останнє створює передумови для розвитку рефлексивного мислення суб'єкта як процесу узагальненого та опосередкованого відображення суб'єктом смислу власної активності. У зв'язку з цим ми стверджуємо, глибинна психокорекція за методом АСПП (активного соціально-психологічного пізнання) надає інструментальні можливості проникнення в глибини психіки з метою їх індивідуалізованого вивчення і надання практичної допомоги суб'єкту.

Обсяг даної статті не дозволяє в повній мірі розкрити організаційно-методологічні аспекти глибинної психокорекції у розрізі їх впливу на розвиток рефлексивного мислення суб'єкта. Їх більш детальна характеристика буде презентована у наших подальших публікаціях.

Література:

1. Гловер Э. Техника психоанализа/Э. Гловер/Абрахам К., Гловер Э., Ференци Ш. Классические психоаналитические труды/Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2009. – С. 87-196.
2. Гринсон Ральф Р. Техника и практика психоанализа/Р. Гринсон/ Пер. с англ. – М.: «Когито-Центр», 2003. – 478с. (Университетское образование).
3. Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу/В.М. Лейбин. – СПб.: Питер, 2001. – 688с. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
4. Перлз Ф. Теория гештальттерапии/ Ф. Перлз. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. — 379 с.
5. Райх В. Психология масс и фашизм/В. Райх. – СПб., 1997. – 380 с.
6. Рубинштейн С.Л. О мышлении и путях его исследования/С.Л. Рубинштейн. – М.: Издательство Академии наук СССР, 1958. – 147 с.
7. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека: Развитие субъективной реальности в онтогенезе: [Учебное пособие для вузов]/В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев. – М.: Школьная Пресса, 2000. – 416 с.: ил.
8. Словарь практического психолога/Сост. С.Ю. Головин. – 2-е изд., перераб. и доп. - Минск: Харвест, 2003. – 976с.
9. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы/А. Фрейд. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. - 140 с.
10. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции./З. Фрейд. – СПб.: Питер, 2004. – 384с. – (Серия «Золотой фонд психотерапии»).
11. Эллис А. Эволюция рационально-эмотивной и когнитивно-бихевиоральной терапии//Эволюция психотерапии. Т. 2. «Осень патриархов»: Психоаналитически-ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия/Перевод с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 416 с.. – (Библиотека психологии и психотерапии).
12. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально-психологічне навчання: [навч. посібник] / Т.С. Яценко. – К.: Вища шк., 2004. – 679 с.

Дычко Е.А., Дычко Д.В.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Донбасский государственный педагогический университет, г. Славянск, Украина

Актуальность. Подводя итог анализа работ (В.Г. Григоренко, Дычко В.В., Б.В. Сермеев, Б.Г. Шеремет, Синева, Т.А. Евтухова), которые изучают способность детей с нарушением зрения к точному воссозданию движений в пространстве, во времени и степени мышечных усилий и в целом к коррекционному обучению двигательным действиям можно сделать такие выводы:

- Точность движений зависит от структуры дефекта, возраста, пола, состояния здоровья и физической подготовки исследованных, от характера выполняющих упражнений, а также от способностей субъекту к самоконтролю своих движений.

- С помощью целеустремленного педагогического влияния можно совершенствовать способность детей к дифференцированию своих движений за основными параметрами, как основное средство оптимизации коррекционного обучения двигательным действиям.

Основной методической предпосылкой в деле оптимизации коррекционного обучения является развитие точности движений, умения использования приемов контроля и самоконтроля.

Таким образом, на основе анализа литературы мы пришли к выводу, что исследователи предоставляют большое значения изучению точности движений у детей. Обнаружены возрастные особенности, некоторые факторы, которые определяют их. Но вопросы построения оптимальной системы коррекционного обучения, конкретных средств и приемов контроля и самоконтроля, с целью развития точности движений, пространственной ориентации, у слепых и слабовидящих школьников остались недостаточно изученными.

Очевидно, потеря зрения существенно отражается на формировании навыков самоконтроля у детей младшего школьного возраста, что необходимо учитывать при разработке способов контроля и самоконтроля с целью развития точности движений у

слепых и слабовидящих школьников на уроках физкультуры. Однако, до настоящего времени мы не рассчитываем знаниями об уровне способностей школьников с нарушением зрения по самоконтролю, об особенностях формирования навыков самооценки движений. Эти вопросы остались недостаточно изученными. В проанализированных выше работах недооценена роль контроля и самоконтроля детей во время коррекционного обучения новых движений. Чтобы слепые и слабовидящие школьники выполняли заданные движения с наибольшей точностью, учитель физкультуры должен беспокоиться о том, чтобы учеба носила сознательный характер. Эта цель будет достигнута только тогда, когда учеников постоянно приучают чувствовать, анализировать и дифференцировать свои движения в пространстве, во времени и по степени мышечного напряжения.

Необходима оптимальная методика коррекционного обучения, которая формирует дидактико, - реабилитационную мотивацию с применением контроля и самоконтроля с целью развития точности движений у слепых и слабовидящих школьников на уроках гимнастики, легкой атлетики, лыжной подготовки, игр и т.д.. Учет этой специфики в коррекционном обучении налагает отсутствие зрительной информации на процесс восприятия и усвоения движений школьниками с нарушениями зрения, а также с учетом их пола, возраста и степени остаточного зрения, и тем самым обеспечивает его оптимизацию. Нет сомнения, что методика оптимизации коррекционного обучения детей младшего школьного возраста с нарушением зрения на основе целеустремленного развития точности движений, контроля и самоконтроля, будет эффективным фактором профессиональной подготовки специалистов для специальных школ на должности учителя – реабилитолога и инструкторов.

Исследования показали, что способность слепых и слабовидящих школьников, а также практически здоровых сверстников анализировать свои движения по трем параметрам различна. В точности движений в пространстве и силовой характеристике движений слепые дети уступают практически здоровым с нормальным зрением. При этом наиболее существенное отклонение наблюдалось в младшем школьном возрасте: во время анализа пространства отклонение от практически здоровых с нормальным зрением в точности воссоздания движений - составило 18%, при оценке мышечных усилий - 31%. На конец учебы в школе самоконтроль движений школьников с нарушением зрения по этим двум параметрам приближается к уровню практически здоровых школьников с нормальным зрением, но все же остается ниже. Точность воссоздания часовых интервалов движений у слепых и слабовидящих детей в течение всего школьного возраста выше, чем у практически здоровых, хотя в первые годы обучения в школе разница незначительна, но у старшеклассников она становится значительной. Амплитуда ошибочных решений слепых школьников 15-17 лет в 2 раза меньше, чем практически здоровых с нормальным зрением.

За всеми тремя параметрами движений не было обнаружено существенных различий в уровне самоконтроля движений связанных между слепыми мальчиками и девушками. Значительное увеличение точности движений в младшем школьном возрасте, вероятно, основывается на большой двигательной активности детей, усвоении ими большого количества новых движений, пластичности, их нервной системы. В связи с особенностями полового созревания детей период среднего школьного возраста характеризуется противоречиями и неадекватными реакциями. Замедление прироста точности движений, но в то же время и более высокий уровень самоконтроля, развитие

анализа и включение мышления, в процессе овладения движениями по сравнению с предыдущим периодом с подтверждением этих противоречий.

В старшем школьном возрасте функциональный уровень центральной нервной системы приближается к уровню взрослых. Накоплен двигательный опыт, усовершенствование функций центральной нервной системы, способность анализаторных систем функционировать комплексно, развитие высших познавательных процессов является основой для естественного формирования навыков самоконтроля при выполнении точных движений в пространстве, во времени и степени мышечных усилий. Однако дефицит движений у слепых ухудшает условия формирования навыков самоконтроля, замедляя их образование и усовершенствование. Выпадения одного из анализаторов их целостной системы утрудняет обратной аферентации при выполнении движений, которые требуют точность. Отсутствие зрительного контроля у младших школьников при пространственном анализе движений отражается на увеличении ошибок в 2 раза по сравнению с практически здоровыми сверстниками с нормальным зрением, а при оценке мышечных напряжений - в 2,8 раза.

Выводы и перспективы последующих исследований в этом направлении. Дети с нарушением зрения должны использовать другие формы контроля и самоконтроля при формировании навыков точно оценивать свои действия. Заменяя действия других сохраненных анализаторных систем как компенсаторных, в первую очередь - слуховых, двигательных, тактильных, с основой для развития контроля за своими движениями.

Однако решение этой проблемы не возможно лишь на сенсорно-двигательной основе. Дети с нарушением зрения должны учиться

анализировать свои движения по качеству, сравнивать с заданными эталонами, что требует уже включения в самооценку умственных процессов.

Литература:

1. Дичко В.В. Педагогічні засади корекційного навчання руховим діям школярів з порушенням зору [навчальний посібник] / В.В. Дичко. – К., 2007. – С. 6-112.

2. Дичко О.А. Оцінка розвитку порушень психомоторики дітей з вадами зору з урахуванням психофізичного статусу та індивідуальних особливостей / О.А. Дичко // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2011. – Том 6, № 2. – С. 158-163.

3. Дычко Е.А. Психофизический и психомоторный статус детей с нарушениями зрения / Е.А. Дычко, В.В. Дычко, В.В. Флегонтова, Д.С. Пикинер // Вестник Читинского государственного университета. – 2011. – № 9. – С. 123-129.

4. Євтухова Т.А. Оптимізація корекційно-виховної роботи зі школярами з глибокими порушеннями зору на основі рухливих ігор професійно-побутового характеру / Т.А. Євтухова. – Одеса, 1996. – 22 с.

Жадан Е.А.

**ОРГАНИЗАЦИОННО-СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ
СОЦИАЛЬНО - ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В
ФОРМИРОВАНИИ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ
ПОТРЕБНОСТЯМИ**

*Государственное Казенное Специализированное Стационарное Учреждение
Социального Обслуживания «Петроввальский дом-интернат для умственно
отсталых детей, Петров Вал, Россия*

На формирование системы знаний и умений в области познания ребенком с ограниченными умственными возможностями самого себя, своих возможностей и способов их развития наибольшее влияние оказывает дом – интернат, на который возлагаются задачи по формированию культуры здорового образа жизни, исходя из естественно--социальных основ здоровья и осознания права и ответственности общества за здоровье детей.

Организационно-содержательными условиями социально - оздоровительной деятельности в формировании культуры здорового образа жизни детей с особыми образовательными потребностями стали в ГКССУ СО «Петроввальский дом-интернат для умственно отсталых детей»:

- гигиена труда и отдыха, организация сна, режим питания, личная гигиена воспитанников.

- проведение и организация учебных (обучающих) занятий с учетом умственного развития и функционального состояния;

- превентивные меры по искоренению вредных привычек.

Одним из наиболее ярких показателей образа жизни ребенка с ограниченными умственными возможностями является режим дня.

При составлении режима дня в Петроввальском доме – интернате мы опирались на следующие условия:

- целесообразность и соответствие медицинским обоснованным условиям, в которых живет воспитанник с особыми образовательными потребностями, его возможностям и способностям;

- конкретность, обязывающая выполнять все виды деятельности в намеченные сроки.

Он должен быть:

- реально выполнимым. В необходимости режима должен убеждать пример самого педагога, его валеологическая культура, распорядок жизни дома-интерната.

- отвечать всем требованиям системы качества предоставляемых социальных услуг в Петроввальском доме-интернате.

Состояние умственного и физического развития детей с особыми образовательными потребностями таково, что требует длительного систематического обучения и упражнений, дающих ребенку необходимые навыки, знания и умения. Чтобы привить и

закрепить эти навыки, необходимы длительные и систематические упражнения. Для этого педагогами Петроввальского дома-интерната используются практико-ориентированные технологии. Одна из них направлена на формирование в дошкольных и подготовительных группах у детей с ограниченными умственными возможностями следующих навыков самообслуживания и гигиены:

- навыки, связанные с личной гигиеной,
- навыки, связанные с одеждой ребенка,
- навыки, необходимые при приеме пищи,
- навыки коллективной гигиены, образование привычки заботиться о товарищах, помогать им.

Совершая действия под руководством и при помощи воспитателя и младшего медицинского состава, ребенок приучается к самостоятельным действиям.

Основная задача педагогов Петроввальского дома-интерната воспитывать у детей потребность следить за состоянием своего здоровья и укреплять его, то есть обучать принципам и правилам здорового образа жизни. Для этого проводятся: 1) занятия по таким темам, как «Мытье рук с мылом», «Заправка постели», «Опрятность в одежде и обуви»; 2) праздники, например, такие как, «В гостях у Мойдодыра».

Не вызывает сомнений утверждение о наличии тесной зависимости между здоровьем детей и организацией физического воспитания. Формы работы по физическому воспитанию, такие как: утренняя зарядка, физкультминутки на уроках, занятия в спорт-зале, участие в различных соревнованиях, игры всех видов (настольный теннис, подвижные и спортивные игры), прогулки, экскурсии, плавание и т.д., наряду с решением конкретных задач, служат достижению и более широких воспитательно-оздоровительных целей.

Укрепление и сохранение здоровья зависит не только от соблюдения режима дня, правильного питания, закаливания. В жизни очень часто дети совершают действия, которые ухудшают их состояние здоровья

Гигиеническое обучение является важнейшей составляющей профилактики вредных привычек. Специалисты (педагоги - психологи, воспитатели, социальные педагоги) проводят занятия по обучению старших воспитанников дома-интерната основам здорового образа жизни, повышают уровень информированности участников занятия по профилактике заболеваний, правовым аспектам, в том числе по правам ребенка, формируют установку на изменение поведения на более безопасное. На занятиях широко используются интерактивные методы и технические средства обучения.

Педагоги-психологи проводят с подростками тренинги социального действия, на которых вырабатываются навыки ответственного отношения к здоровью, противостояния групповому давлению, умения преодолевать конфликты. В работе широко применяются современные эффективные формы: обучающие и ролевые игры, тематические акции, мероприятия альтернативной профилактики – театральные миниатюры, творческие вечера. Работа с подростками, ориентированная на позитивную профилактику и групповые формы работы с неформальными лидерами, включает и проведение профилактических тренингов с «группами риска». Выбор группы определяется после совместной консультации специалистов. Формирование элементов культуры межличностного общения в системе воспитания и формирования культуры здорового образа жизни позволит ребенку избежать в жизни конфликтных и стрессовых

ситуаций связанных с общением. Ведь психологическое здоровье ребенка оказывает огромное влияние и на его физическое здоровье.

Цель данной работы – создание позитивной образовательной среды, поддерживающей здоровый образ жизни.

Для закрепления знаний по валеологии учителя, воспитатели Петров-Вальского дома - интерната проводят занятия с использованием практико-ориентированных здоровьесберегающих технологий, циклы бесед, используя материал из различных журналов и книг. Педагоги используют цикл бесед «Уроки здоровья», посвященные вопросам здоровья и правилам личной безопасности. Содержание этой работы педагогов раскрывается в проведении викторин «Это необходимо знать», « Действия при пожаре», «Транспорт», тематических дискотек «Красный, желтый, зеленый», «Внимание, опасность!», утренниках «Внимание дорога!», «Природа – наш дом!». Поведение ребенка с ограниченными умственными возможностями в природе подчас бывает сложным и противоречивым: имея самые добрые намерения, дети иногда совершают отрицательные поступки. Познавая окружающий мир, могут сорвать ядовитые растения и попробовать их на вкус, взять в руки и сильно сжать какое-нибудь насекомое, маленькое животное, а это может привести к травме, как ребенка, так и животного. Поэтому мы должны не только дать детям знания о природе, воспитывать бережное отношение к ней, но и учить ориентироваться в окружающей природе – среде.

Отсюда одна из основных задач в работе по обеспечению безопасности жизнедеятельности в окружающей природной среде: дать детям с ограниченными умственными возможностями элементарные навыки правильного поведения и общения с животными, растениями.

Все обучение и воспитание детей проводится на объектах ближайшего природно-го окружения. Используются разные формы обучения: интегрированные занятия, цик-лы наблюдений, целевые прогулки в природу, эколого-оздоровительные походы, экологические праздники, игровые обучающие занятия, разнообразные опыты.

Таким образом, реализуется стратегия по формированию культуры здорового об-раза жизни как основы физического и социального благополучия, базис всестороннего и полноценного развития личности ребенка с особыми образовательными потребностями в ГКССУ СО «Петроввальский дом-интернат для умственно отсталых детей».

Литература:

1. Айдаркин, Е.К. Возрастные основы здоровья и здоровьесберегающие образователь-ные технологии / Е.К.Айдаркин, Л.Н.Иваницкая. - ЮФУ, 2008.- 177с.
2. Ананьев, В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы пси-хологии здоровья / В.А. Ананьев.- СПб.: Речь, 2006. - 384 с.
3. Билич, Г.Л. Основы валеологии / Г.Л.Билич, Л.В.Назарова - СПб.: Водолей, 1998.- 560 с.

Замарёхина И.В.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «12 ШАГОВ»

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

Уникальным феноменом, синтезирующим в себе многообразие психотерапевтических принципов и групповых подходов, является система групповой само- и взаимопомощи, базирующаяся на принципах группового психотерапевтического процесса. Ярким примером феноменологии групповой формы взаимопомощи является модель психолого-терапевтической помощи, основанной на методологии программы «12-шагов» Всемирного Сообщества

Анонимных Алкоголиков. Программа была написана в 1938 году самими алкоголиками, которые смогли обобщить свой собственный опыт, обогатив его некоторыми специальными знаниями, с тех пор она существует в неизменном виде. Практический опыт реализации этой программы широко описан в трудах западных и отечественных специалистов (J. Njwihski, S. Vasceg, K. Carol, 1994; F. Kulewicz, 2004; Д. Пита, 2004; Т.Т. Горский, 2003; Барцалкина В.В., 1994; Н.Н. Иванец, 1997; В.В. Батищев, 2000; Воронович Б., 1999; О.В. Зыков, 1999 и др.). Распространенность данной программы демонстрируют следующие данные: в США около 70% медицинских центров по лечению зависимости используют в той или иной мере программу Анонимных сообществ в своей структуре оказания лечебной помощи, еще 20% рекомендуют своим пациентам после завершения стационарного лечения посещать группы взаимопомощи Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН). В Западной и Восточной Европе, России также достаточно распространены программы, использующие принципы «12 Шагов».

Существенную роль в создании Сообщества АА сыграл доктор Уильям Д. Силкворт, огромное влияние на формирование Программы Сообщества АА оказали взгляды Карла Густава Юнга и философа Уильяма Джеймса. В основе идеологии подхода АА лежит представление, согласно которому химическая зависимость (алкоголизм и наркомания) является неизлечимой хронической болезнью, при которой алкоголик или наркоман, тем не менее, может начать выздоровление, под которым понимается не собственно воздержание, а процесс личностного роста, который невозможен без межличностного взаимодействия с окружающими и групповой коммуникации в целом. В основе выздоровления по этой программе находится коммуникация, во время которой в группе снимаются

защиты, химически зависимый, видя себе подобных и не чувствуя привычного в обычном окружении осуждения, не стремится выглядеть лучше, чем есть на самом деле. Проявляется значительное снижение защит, стремление к самораскрытию, чему сопутствуют особые эффекты катарсиса и инсайта. Происходит изменение отношения к болезни как к распушенности, отсутствию силы воли, вредной привычке. Идентификация с членами группы позволяет расширить собственную картину болезни. Расширяются поведенческие паттерны, которые могут быть полезны в реальной жизни.

Сообщество Анонимных Алкоголиков является альтернативным кругом общения, что при условии эмоционально тёплого и поддерживающего отношения окружающих способствует более успешной, чем раньше ресоциализации.

Таким образом, суть программы можно свести к следующим основным моментам:

1. Признание наличия проблемы.
2. Поиск выхода и принятие решения.
3. Самоанализ и исповедь.
4. Проработка личных недостатков.
5. Налаживание социальных связей.
6. Передача своего опыта другим.

Существует еще один ряд общих принципов, характерных для психотерапевтических групп:

1. Облегчение выражения эмоций.
2. Появление чувства принадлежности к группе.
3. Возможность, а иногда и обязательность самораскрытия.
4. Опробование новых видов поведения как в группе, так и вне

ее.

5. Разрешенное групповое осуществление межличностных сравнений, выражение своего мнения по любым вопросам и проблемам, решаемым во время занятий.

6. Разделение с назначенным (избранным) лидером ответственности за руководство группой (Lakin, 1975).

Для групповых собраний АА характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния. Основополагающие принципы, характеризующие групповой процесс, прослеживаются во многих психотерапевтических школах и в группах Анонимных Алкоголиков. Психотерапевтическая аналогия проявляется во многом и, в первую очередь, в возможности получения членом группы «обратной связи» в условиях коммуникативного, межличностного взаимодействия с другими членами группы. Другим важным фактором психотерапевтического содержания движения АА является принцип поддержки, который предполагает, что люди, имеющие одинаковые проблемы и проживающие схожие жизненные события и ситуации, способны лучше понять и помочь друг другу.

Группа помогает значительно облегчить процесс самоисследования, обеспечивает своим членам необходимое внимание, участие и принятие в ходе раскрытия своей личности. Также в групповой работе по принципу АА практикуется интенсивное изучение основ духовно-ориентированной программы «12 шагов», что дает возможность использовать эту программу как инструмент своего дальнейшего выздоровления и формирования активной жизненной позиции, т.е. установки на непрерывный личностный рост и развитие, так как остановка в процессе восстановления ведет к возврату

зависимого (наркотического, алкогольного или иного) мышления и, зачастую, к срыву.

Подводя итог анализу феноменов групп само- и взаимопомощи, основанных на принципах программы АА, следует заключить, что программа «12 шагов» после апробации нашла применение и в других видах групп взаимопомощи. Во всем мире существуют огромное количество таких групп. Например, существуют группы Анонимных наркоманов с 1953 г., Анонимных игроков с 1957 г., Анонимных обжор с 1960 г., Анонимных эмоционалов с 1971 г., Анонимных должников с 1976 г., Анонимных никотинщиков с 1985 г., а также группы созависмых с 1984 г. Также существуют группы Анонимных астматиков, суицидентов, людей, имеющих проблемы в семье, страдающих мигренью и т.п. Все эти факты свидетельствуют об универсальности и широкой распространенности групп само- и взаимопомощи, работающих по принципам программы «12 шагов».

Зарубайко А.В.

ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ В ПЕРІОД ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАСОБАМИ КІНЕЗОТЕРАПІЇ

Донбаський державний педагогічний університет, м.Слов'янськ, Україна

Резюме. В работе проанализированы проблемы изучения психологического здоровья, выделены критерии психологического здоровья человека трудоспособного возраста и эмпирично исследовано особенности состояния психологического здоровья пациентов с диагнозом «остеохондроз позвоночника с неврологическими проявлениями».

Ключевые слова: психологическое здоровье, критерии психологического здоровья, психическое здоровье, кинезотерапия.

В умовах сучасного темпу життя, психоемоційних навантажень, багаточисельних стресових ситуацій психічний та психологічний стан людини підлягає все більшим випробуванням. Зважаючи на ці чинники, людина, яка є психічно здоровою, може відчувати психологічний дискомфорт, напругу, що негативно впливає на її психологічне здоров'я.

За даними досліджень міжнародних організацій, 1/3 всіх втрат працездатності обумовлені соціально-психологічними причинами [3].

Термін «психологічне здоров'я» є молодим поняттям в психології та наукових працях, немає чіткого розмежування понять «психічного» й «психологічного» здоров'я, а в деяких публікаціях спостерігається підміна одного поняття іншим. Крім того, критерії психологічного здоров'я не мають загально прийнятого тлумачення, не визначено чіткої межі між психологічним та психічним здоров'ям [1, 2]. Осмислення і розуміння проблеми здорового існування потребує проведення аналізу багаточисельних чинників та критеріїв усіх його проявів.

І.В. Дубровіна [6] одна з перших сучасних російських психологів, зробила спробу розмежувати поняття психічного та психологічного здоров'я. Визначаючи психічне здоров'я в рамках традиційно сформованого медичного підходу та психотерапевтичного напрямку, вона об'єднує інші характеристики здорової особистості новим поняттям «психологічне здоров'я». «Якщо термін «психічне здоров'я» має відношення, з нашої точки зору, перш за все до окремих психічних процесів і механізмів, то термін «психологічне здоров'я» відноситься до особистості в цілому, перебуває в тісному зв'язку з вищими проявами людського духу...» .

Особливо проблема психологічного здоров'я постає у тому випадку, коли людина відчуває фізичні негаразди, є соматично

хворою. Такі люди відчувають не тільки фізичний дискомфорт, викликаний захворюванням, а також мають психологічні негаразди, обумовлені реакцією на хворобу, що відображається на їх працездатності, знижує якість життя, соціальну адаптованість, прояви психічної діяльності. Тому, ефективність лікування та реабілітації можна досягти тільки сукупністю застосування медичних і психологічних заходів. Насамперед, необхідно встановити реабілітаційний діагноз, вибрати певні корекційні або реабілітаційні заходи в кожному конкретному випадку. Реабілітація являє собою відновлення особистого й соціального статусу хворого (повне або часткове), процес, що прискорює саногенез, що має свої нейрофізіологічні й психологічні параметри [3]. У зв'язку з втратою тимчасовою працездатності суспільство несе великі втрати. Це вимагає ширшого впровадження і використання, нарівні з традиційними засобами, немедикаментозних методів лікування. Одним з таких методів є кінезотерапія, яка ефективно застосовується на всіх етапах відновного лікування, надаючи суттєвий вплив як на окремі патогенетичні ланки захворювання, так і на весь організм [7]. Кінезотерапія широко застосовується при неврологічних захворюваннях. Остеохондроз хребта займає особливе місце серед цих хвороб.

Серед психологічних особливостей хворих на остеохондроз хребта виділяються нетерплячість, метушливість, незібраність і, як наслідок, порушення координації рухів. У структурі особистості людини, яка захворіла на остеохондроз шийного та поперекового відділів хребта, можуть переважати риси сором'язливості, боязкості і залежності від авторитетів, які зовні проявляються у формуванні постави. Попелянський Я.Ю. виявив цікаві кореляції між порушеннями предналаштування до м'язових рухів у пацієнтів з

остеохондрозом і зниженням здатності до антиципації (імовірнісного прогнозування) у хворих неврозами, що дозволило говорити про схожі патогенетичні механізми цих захворювань. Крім того, вважається, що емоційний стан людини відіграє важливу роль в механізмі розвитку уражень хребта. Страх і тривога здатні приводити до напруги скелетні м'язи, сприяти утворенню м'язового каркаса, який, в свою чергу, може провокувати формування неадекватного рухового стереотипу: у пацієнтів з високим рівнем тривожності і обумовленим нею високим м'язовим тонусом формується поза з напруженою м'язів торсу, прямою і «задерев'янілою» спиною [5].

Незважаючи на наявність досліджень з проблеми психологічного здоров'я, вони торкаються лише здорових людей працездатного віку. Однак науково обґрунтованих даних про психологічне здоров'я осіб, хворих на остеохондроз хребта, недостатньо, що вимагає більш детального вивчення цього напрямку. Крім того, вчасно проведене психодіагностичне дослідження є підґрунтям для розробки індивідуальних програм реабілітації з урахуванням актуального стану психологічного здоров'я хворого.

Мета дослідження: визначити вплив реабілітації засобами кінезотерапії на психологічне здоров'я хворих з діагнозом «розповсюджений остеохондроз хребта».

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося на базі державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України». У дослідженні взяли участь 50 осіб (11 чоловіків та 39 жінок працездатного стану з діагнозом розповсюджений остеохондроз хребта, середній вік - 37 ± 4 роки), що проходили реабілітацію засобами кінезотерапії. Кінезотерапію здійснювали на тренажері EN-TreeM («Enraf-NoniusB.V.»), Нідерланди).

Застосовувався комплекс теоретичних та емпіричних методів: теоретико-методологічний аналіз, систематизація та узагальнення психологічних даних за проблемою дослідження, спостереження, психодіагностика.

Використовувались психодіагностичні методики: шкала нервово-психічної напруги Т.А. Немчина, опитувальник «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY» («Оцінка якості життя»), клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич).

Обробка емпіричних даних проводилась за допомогою ліцензійного пакету прикладних статистичних програм «MedStat» (коефіцієнт кореляції Пірсона, t-критерій Ст'юдента).

Результати досліджень та їх обговорення. У результаті аналізу наукової літератури були сформовані критерії психологічного здоров'я людей працездатного віку:

- адекватний віку рівень емоційно-вольової та пізнавальної сфер особистості;
- позитивний образ Я-концепції;
- адекватність самооцінки здоров'я;
- погляд на природу людини (здатність до рефлексії, емпатії);
- сформованість навичок спілкування (контактність, гнучкість у спілкуванні);
- здатність планування своєї діяльності (оцінка фізичного функціонування та його вплив на рольове функціонування - працю, виконання буденної діяльності).

Психодіагностика психологічного здоров'я хворих проводилась на початку та в кінці курсу реабілітації з використанням кінезотерапії.

Шляхом проведення кореляційного аналізу, було встановлено, що рівень фізичного здоров'я впливає на рівень психологічного:

тісний прямий зв'язок на рівні $r=0,93$ ($p<0,05$). Виявлено, що психологічне здоров'я пов'язане з конкретними показниками фізичного ($p<0,05$): з фізичним функціонуванням ($r=0,505$), рольовим функціонуванням, яке обумовлене фізичним станом ($r=0,554$), інтенсивністю болю ($r=0,772$) та загальним станом здоров'я ($r=0,586$). Також встановлений тісний взаємозв'язок рівня фізичного здоров'я особистості з показниками, що характеризують її психологічне здоров'я, а саме: з життєвою активністю ($r=0,597$), соціальним функціонуванням ($r=0,466$), рольовим функціонуванням, обумовленим емоційним станом ($r=0,568$) та психічним здоров'ям ($r=0,604$).

Вивчення особливостей якості життя (ЯЖ) пацієнтів під час проходження реабілітації здійснювалося за методикою «SF-36». З проведеного дослідження було з'ясовано, що вираженість больового синдрому при остеохондрозі хребта більшою мірою пов'язана саме з поєднанням іпохондричних і тривожно-депресивних розладів з ригідністю і схильністю до формування різного роду фіксацій. Інтенсивність больових відчуттів, природно, впливала і на ЯЖ хворих. Згідно з отриманими даними, ступінь погіршення ЯЖ обстежених хворих з вираженістю больового синдрому і з такими психологічними особливостями, як незадоволеність, напруженість, тривожність, ригідність, фіксація уваги на своїх відчуттях, песимістичність. Завдяки даному факту виявлено чіткі взаємозв'язки інтенсивності больових відчуттів та вираженості психологічних змін.

Аналіз нервово-психічної напруги засвідчив про те, що психічна напруга у хворих значно знизилась під час виписування їх зі стаціонару. На початку реабілітації у 28% переважав показник високого рівня напруги. Помірна напруга спостерігалася у 48%, а показники низького рівня – у 24%. Під кінець лікування нервово-психічна напруга у хворих значно знизилася, у 54% досліджуваних

був виявлений середній рівень, що складає більшу частину вибірки, показники високого рівня зменшився - став 10%, а відсоток низького рівня підвищився порівняно з початком лікування - 36% .

У психологічному здоров'ї важливу роль відіграють також невротичні прояви, а саме: рівень тривоги, наявність чи відсутність невротичної депресії, астенії, істеричного типу реагування, obsesивно-фобічних, вегетативних порушень. Домінування страху та гніву, вегетативних порушень та астенії, суттєвим чином впливають на психологічне самопочуття, на якість життя, що супроводжується збудженим станом, дратівливістю, швидкою втомлюваністю. Проведена психодіагностика показала позитивну динаміку психологічного стану хворих на розповсюджений остеохондроз хребта в результаті проведеного реабілітаційного курсу. Так, спостерігається статистично значуще покращення показників за шкалами тривоги, невротичної депресії, астенії та вегетативних порушень ($p < 0,01$). При цьому відбувається зниження показників за шкалами істерії та obsesивно-фобічних порушень, однак на представленій вибірці воно не має статистичної значущості ($p = 0,35$ та $p = 0,06$ відповідно).

Таким чином, можна ще раз підкреслити той факт, що при зміні фізичного здоров'я змінюється і психологічне благополуччя людини. Особливо можна виділити, що основою психологічного здоров'я є гармонія людини з самим собою: усвідомлення своїх бажань, цінностей, сенсу життя, саморегуляції та самоактуалізації, що може бути досягнуте при включенні до курсу фізичної реабілітації хворих на розповсюджений остеохондроз засобів психологічного супроводу.

Висновки. На підставі результатів проведеного дослідження було встановлено прямий кореляційний зв'язок між психологічним та фізичним здоров'ям ($r = 0,93$). При аналізі якості життя був

встановлений тісний взємозв'язок фізичного здоров'я особистості з показниками, що характеризують її психологічне здоров'я ($p < 0,05$): життєва активність, психічне здоров'я, соціальне функціонування, рольове функціонування, яке обумовлене емоційним станом. Підтверджено, що психологічне здоров'я пов'язане з конкретними показниками фізичного ($p < 0,05$): загальний стан здоров'я, інтенсивність болю, фізичне функціонування, рольове функціонування, яке обумовлене фізичним станом.

Проведена реабілітація засобами кінезотерапії сприяла зниженню рівня нервово-психічної напруги. Позитивна динаміка психологічного стану також підтвердилася статистично за шкалами тривоги, невротичної депресії, астенії та вегетативних порушень ($p < 0,01$).

Встановлені критерії психологічного здоров'я пройшли апробацію. Розроблений психодіагностичний комплекс для його оцінювання дозволяє об'єктивно проаналізувати зв'язок між психологічним та фізичним здоров'ям, прослідити динаміку їх показників в процесі курсу реабілітації.

Рання психодіагностика хворих на розповсюджений остеохондроз хребта дозволяє виявити стан психологічного здоров'я, а також надає можливість своєчасно створити індивідуальну комплексну систему реабілітаційних заходів, яка включає засоби як фізичного, так і психологічного відновлення хворого.

Література

1. Баякина О.А. Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности / О.А. Баякина // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2009. – Т. 11. – Вып. 4 (5). – С. 1195-1200.
2. Бобрик Ю. В. Клинико-психологическая характеристика больных с неврологическими проявлениями пояснично-крестцового остеохондроза позвоночника при применении различных видов комплексной реабилитации / Ю.В. Бобрик, А.В. Кулиниченко [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://archive.nbuv.gov.ua/portal/Chem_Biol/Tzhp/2009_3/pdf/64-67.pdf

3. Орда О.М. Проблеми психодіагностики та реабілітації психічних розладів на сучасному етапі розбудови України / О.М. Орда // Реабилитация и абилитация человека. Социально-психологическая безопасность и психическое здоровье / Под. ред. Казакова В.Н. – Киев: КВІЦ, 2006. – С. 16-25.

4. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом «MedStat» / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко, О.А. Панченко. – Д.: Папакица Е.К., 2006. – 214 с.

5. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). Руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. – СПб.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 59-89, 453-464.

6. Психологическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – С. 6-12.

7. Фізичні чинники в медичній реабілітації: підручник для студентів та лікарів / В.Н. Сокрут, В.М. Казаков, О.С. Поважна та інш. / За заг. ред. В.Н. Сокрута, В.М. Казакова. – Донецьк: ДонНМУ; ДОКТМО, 2008. – С. 315-316.

Зубцов Д.Е.

ПИТАННЯ МОНОПОЛЯРНОЇ ДЕПРЕСІЇ В ЗАРУБІЖНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

Донбаський державний педагогічний університет, Слов'янськ, Україна

Резюме. Освітлюються підходи зарубіжних психологів в розумінні сутності емоціональних розстройств и депрессивного синдрому, причини монополярной депрессии и ее симптоматики (эмоциональные, мотивационные, поведенческие, когнитивные и физические симптомы).

Ключевые слова: депрессия, монополярная депрессия, расстройства настроения, эпизоды монополярной депрессии, причины и симптомы депрессии, зарубежная психология.

У більшості людей настрої то піднімається, то знижується, а у людей, що страждають розладами настрою, він звичайно зберігається незмінним впродовж тривалого періоду часу. Одним з основних афектів при розладах настрою є депресія і манія. Депресія – пригнічений стан, що характеризується тугою, занепадом сил, україн низькою самооцінкою, відчуттям провини, при цьому життя здається похмурим, а її труднощі – непереборними. Взагалі депресія – це

настрій, який характеризується відчуттям неадекватності, почуттям відчаю, зменшенням активності або реактивності, песимізмом, розладами сну, смутком і зв'язаними з цим симптомами. Манія, пряма протилежність депресії, – це стан ейфорії або, принаймні, нестримної активності. Більшість людей з розладом настрою страждають тільки від депресії – синдром, званий монополярною депресією. У них не буває маніакальних станів, і коли депресія проходить, до них повертається нормальний або майже нормальний настрій [3 с.183]. Коли описують депресію, звичайно використовують чорний колір. У пісні «Роллінг Стоунз» звучать слова, що відображують сприймання навколишнього світу і життя в цілому депресивним хворим: «Я бачу червоні двері і хочу перефарбувати їх у чорний колір».

Термін «депресія» став використовуватись порівняно недавно, трохи більше століття тому назад. До того часу ще з догіппократівської медицини використовували поняття «меланхолія».

Депресією страждали у всі часи і причиною цих розладів здебільшого був гострий або хронічний стрес. Розлади настрою завжди цікавили і привертали увагу як науковців, так і пересічних громадян, зокрема тому, що ними страждали багато великих людей. У Біблії мовиться про важкі депресивні стани Навуходносора, Саула і Мойсея. Періодичні депресії траплялися у англійської королеви Вікторії. Депресія письменника Е.Хемінгуея завершилася самогубством. А.Лінкольн, що мучився депресією, якось приречено сказав: «Я сьогодні найубогіша людина з всіх тих, що живуть. Якби мої відчуття рівномірно розподілити по людському роду, на землі не знайшлося б жодної усмішки» А.Шопенгауер, В.Моцарт, Леонардо да Вінчі, В.Бехтерев також страждали депресією різного рівня та симптоматики [4, с.7].

Вивчення порушень емоційного стану та неврозів особливо активно почало здійснюватись з 50-х років ХХ століття. Зарубіжні та вітчизняні дослідники намагаються зрозуміти, чому люди піддаються страшним депресивним переживанням, як вони впливають на людину і як з цим боротись. Серед численних зарубіжних вчених, що займалися безпосередньо висвітленням питань емоційного стану та депресивного синдрому, нам здебільшого відомі Е.Блейер, Д.Вольпе, К.Ізард, Д.Левінсон, Дж.Мак-Каллоу, М.Мольц, Л.Нуллер, Маклен, Клерман, Дж.Рейнуотер, У.Штейнберг, Е.Фромм, М.Япко та ін.

Цінними та корисними для тлумачення сутності, причин та симптомів монополярної депресії є опубліковані роботи зарубіжних авторів, перекладені з англійської та німецької мови (У.Бауманн, Е.Блейер, С.Брискоу, Д. Броуді, В.Квін, Е.Паркес, М.Перре, Д.Сміт та ін.).

Досить детальну характеристику та опис основних варіацій депресивних розладів можна знайти у “Великому тлумачному психологічному словнику” [1]. Досить повна картина сучасного стану вивчення депресивних розладів у зарубіжній психології, об’єктивний погляд на всі прояви емоційних розладів, їх симптоматику та причини, лікування з позицій основних біологічних, психологічних та соціально-культурних підходів представлені у книзі Р.Комера «Основи патопсихології» [3].

Наукові дослідження дозволили авторам припустити, що в США, Канаді, Англії і багатьох інших країн важкою монополярною депресією щорічно страждає від 5 до 10% дорослого населення; приблизно половина цих людей одержує медичну допомогу. Крім того, від 3 до 5% дорослих страждають легкими розладами настрою. Фактично, з епізодом важкої монополярної депресії в той або інший

період життя можуть зіткнутись до 18% всього дорослого населення планети [3, с.185].

Проблеми розладу настрою відчули на собі мільйони людей. За даними Simon & Katzelnick, Rupp економічні витрати, пов'язані з цими проблемами (втрати робочого часу, лікування, госпіталізація) щорічно складають більше 40 млрд. доларів [3, с. 184]. У 2001 році американці підвели підсумки самих значних наукових досягнень минулого сторіччя. На вершині списку опинився антидепресант флуоксетин (торгова назва – прозак) [4, с. 13].

За матеріалами досліджень Rajer, Weissman & Olfson жінкам, що живуть в таких віддалених один від одного місцях, як Париж, Бейрут, Нова Зеландія і Сполучені Штати, діагноз монополярної депресії ставлять в два рази частіше, ніж чоловікам. [3, с.200].

Важка монополярна депресія може початися в будь-якому віці. Приблизно дві третини людей з цією проблемою видужують через декілька місяців, причому деякі обходяться без лікарської допомоги. Проте у більшій частини цих людей, відмічають Kessing et al., Rao et al., надалі буває щонайменше ще один епізод депресії.

Епізоди монополярної депресії часто бувають викликані стресовими подіями. Юджін Пейкел та його колеги встановили, що в житті людей, страждаючих депресією, протягом місяця, що передував початку розладу, відбувалось значно більше стресових подій, чим у середньостатистичної людини за той же період часу.

На вірогідність виникнення депресії впливає і доступність соціальної підтримки. Люди, що живуть відособлено і позбавлені любові і тепла особливо схильні до депресії в періоди стресу (Paykel & Cooper). Ряд досліджень, що проводилися в Англії декілька десятиліть назад, показав, що жінки, які виховують трьох і більше дітей, не мають близької подруги і не зайняті на роботі, частіше, ніж

інші жінки, впадають в депресію після того, як в їх житті виникали якісь стресові події (Brown, Brown & Harris). Дослідження також показують, що у людей, позбавлених соціальної підтримки, депресія триває довше, ніж у тих, поряд з ким є готовий допомогти чоловік або вірні друзі (Goodbyer et al., Sherbourne, Hays & Wells).

У США серед жінок, що живуть роздільно з своїм чоловіком, або розлучені з ним, поширеність депресії в три рази вище, ніж серед одружених або вдів, і в два рази вище, ніж серед людей, що ніколи не були у шлюбі (Weissman et al.) У деяких випадках депресія одного з подружжя може стати однією із причин роздільного проживання або розлучення (Beach, Sandeen & O'Leary). Проте набагато частіше спостерігається зворотна картина: депресії сприяють підвищена конфліктність і мала соціальна підтримка, пов'язана з неблагополучними сімейними відносинами (Bruce & Kim, Barnett & Gotlib).

У зарубіжній психологічній літературі значна увага приділяється зимовим порушенням настрою, депресії у зимній час, яку у 1980-і роки психіатри назвали сезонним афективним розладом (САР). За думкою М.Термана, що працює у Манхеттені, для САР характерні наступні симптоми: підвищена сонливість, небажання просинатись вранці, поява схильності поспати після обіду, підвищення апетиту, особливо стосовно солодкого, підвищення тривожності, похмурний настрій та апатія. Проведені Е.Льюї експерименти показали, що щоденне використання світотерапії покращило стан пацієнтів вже через декілька днів [2].

У багатьох публікаціях зарубіжних психологів знайшла місце клінічна картина депресії, що характеризується не тільки поганим настроєм, але і безліччю інших симптомів, які часто підживлюють один одного. Ці симптоми охоплюють п'ять функціональних областей:

емоційну, мотиваційну, поведінкову, когнітивну і фізичну, суть проявів яких зводиться до наступного.

Емоційні симптоми: пригніченість, туга, відчуття себе нещасним, спустошеним і приниженим, втрата відчуття гумору та відчуття радості, тривога, гнів або збудження, плаксивість.

Мотиваційні симптоми: відсутність у себе спонукання, ініціативи і невимушеності, доводиться примушувати себе ходити на роботу, розмовляти з друзями, приймати їжу або підтримувати інтимні відносини (Kraines & Thetford) суїцидальні тенденції та схильності. Самогубства здійснюють від 6 до 15% людей, що страждають депресією

Поведінкові симптоми: менша активність та продуктивність, бажання залишатись наодинці, не вставати з ліжка тривалий час, сповільненість рухів і навіть мови (Sobin & Sackeim,; Parker et al.).

Когнітивні симптоми: негативна оцінка самого себе, як некомпетентної, небажаної, неповноцінної людини, звинувачення себе в причетності до майже всіх негативних подій, навіть до тих, які не мають до них ніякого відношення, песимізм, схильність до суїцидальних думок, рідке фіксування на своїх успіхах і досягненнях (Joiner).

Фізичні симптоми: головні болі, розлади травлення, запаморочення і загальне нездужання, слабкість, втрата апетиту та порушення сну (Simon & Katzelnick Kazes et al., Spooov et al.).

Теоретичний аналіз доступних нам матеріалів досліджень проблеми депресії у зарубіжній літературі розширює розуміння сутності монополярної депресії як порушення емоційного стану людини, та збагачує уявлення про етіологію та симптоматику депресивного епізоду і депресивного розладу.

Література

1. Большой толковый психологический словарь / Состав. А.Ребер. – Т. 2 (П-Я). Пер. с англ. – М., 2000. – 560 с.
2. Квинн В. Прикладная психология /В. Квинн. Пер. с англ. – СПб., 2000. – 560 с.
3. Комер Р. Основы патопсихологии / Ronald Comer "Fundamentals of Abnormal Psychology", 2nd ed., 2001. – 617 с.
4. Курпатов А.В. Средство от депрессии /А.В.Курпатов. – СПб., 2003.– 192 с.

Иванова К. С.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГО-АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОКРУЖАЮЩЕЮ СРЕДУ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Забайкальский государственный университет, Чита, Россия

Почва представляет собой тонкий слой поверхности суши, переработанный деятельностью живых существ [Криксунов Е.А. и др. 2001]. Твердые частицы пронизаны в почве порами и полостями, заполненными частично водой, а частично воздухом, поэтому почву способны населять и мелкие водные организмы [Шурыгина Ю.Ю. и др. 2010]. Целью данной статьи является изучение степени влияния выбросов в атмосферу автомобильного транспорта на окружающую среду и животный мир почвы. Данная тема очень актуальна, так как на всех стадиях своего развития человек тесно связан с окружающим миром. С тех пор, как появилось высокоиндустриальное общество, опасное вмешательство человека в природу резко усилилось, оно стало многообразнее и грозит стать глобальной опасностью для человечества. Можно выделить три наиболее существенных источника воздействия на биосферу: промышленность, энергетика, транспорт. В 2010 году в Забайкальском крае зарегистрировано 7,5 тысяч стационарных источников выбросов загрязняющих веществ. Объем выбросов составил 629,6 тыс. тонн из них только 491,4 тыс. тонн были уловлены и обезврежены очистными установками. В

атмосферу выброшено 138,165 тыс. тонн загрязняющих веществ, из них твердых веществ – 46,7 тыс. тонн, жидких и газообразных – 91,5 тыс. тонн. Автомобильный транспорт – один из основных источников загрязнения окружающей среды. Его количество на территории г. Читы и Забайкальского края увеличивается с каждым годом, а объем выбросов не учитывается в статистических данных. Большую роль в загрязнение вносят автомобили с большим сроком эксплуатации, в том числе иностранного производства, а также автомобили с неотрегулированными двигателями. Анализ загрязненности почвы по сезонам года показывает, что наиболее высокие уровни загрязненности постоянно отмечаются в осенне-зимний период. Это обусловлено, как особенностями отопительного сезона, так и климатогеографическими особенностями местности. Господствующий в зимнее время антициклон обуславливает штилевую или со слабыми ветрами погоду, в результате чего создаются метеорологические условия неблагоприятные для рассеивания загрязняющих веществ. Через жилые районы города Читы проходят воздушные транспортные пути военного и гражданского авиатранспорта, транзитный грузовой и легковой автотранспорт. Его отрицательное влияние можно оценить по количеству животных, обитающих в почве, поскольку именно они очень чувствительны к загрязнению как, химическому (вещества), так и физическому (звук, свет, ударная волна). Автомобильный транспорт сыграл огромную роль в формировании современного характера расселения людей и сопровождается негативным воздействием на окружающую среду, а также является одним из источников, создающих высокий уровень шума и вибрации. Дорожная сеть, особенно вблизи городских агломераций, «съедает» ценные сельскохозяйственные земли. Под влиянием вредного воздействия

автомобильного транспорта ухудшается здоровье людей, отравляются почвы и водоёмы, страдает растительный и животный мир. В современных городах, где количество автомобильного транспорта постоянно растёт, изучение влияния автопарка является сверхактуальной проблемой. Уровень выхлопных газов, находящихся вдоль улиц с интенсивным движением транспорта, достаточно высок. Следовательно, в воздухе и почве содержатся высокая концентрация вредных веществ, что неблагоприятно сказывается на всём живом мире. Экологический ущерб от эксплуатации автотранспортных средств обусловлен токсичными выбросами. Ежегодно в мире автотранспортными средствами выбрасывается в атмосферу более 12 миллионов тонн различных загрязняющих веществ. Доля автотранспорта в общих выбросах вредных веществ в городах может достигать 60-80%. В сентябре 2012 года нами был проведён эксперимент на самой крупной автомобильной дороге, которая проходит через лесной массив в окрестностях Читы в Антипихе. Мы выбрали участок дороги в зарослях негустого леса, без кустарников, на протяжении 2 км. Первая контрольная точка была у обочины дороги, вторая контрольная точка на расстоянии 10 метров от дороги, третья контрольная точка на расстоянии 50 метров и четвертая контрольная точка в глубине леса. Такое исследование мы провели в трех местах с расстоянием между собой 2 км. В каждом случае мы наблюдали аналогичную картину, непосредственно у обочины дороги насчитали 17-20 обитателей, на второй контрольной точке 32-37 обитателей, на третьей контрольной точке 38-50 обитателей и в глубине леса были расхождения 102-78-150. Такую же работу провели около одного из корпусов ЗабГУ по улице Кастринская №1, где не было обнаружено ни одного обитателя почвы, что вызывает очень большую тревогу. Оказывается у нас под ногами, в почве, обитает

громадное число разнообразных животных, на которые постоянно оказывает воздействие антропогенные факторы. Одним из наиболее негативных антропогенных факторов является загрязнение ядовитыми выбросами из выхлопных труб, шума, звука, света, ударной волны. Таким образом, при исследовании состояния здоровья, проживающих в зоне устойчивого загрязнения выявлено, что общая заболеваемость увеличена в 1,3-1,5 раза, наблюдается удлинение сроков течения заболеваний, рост числа часто болеющих людей (68-72 от всех обследованных на участке); в структуре заболеваемости преобладает патология органов дыхания (78-84%), заболевание кожи и подкожной клетчатки (4-6%) и болезни органов пищеварения (3-5%). Почвы и грунты на территориях, прилегающих к автомагистралям, испытывают регулярное химическое загрязнение тяжелыми металлами, нефтепродуктами и полициклическими ароматическими углеводородами (ПАУ), которые содержатся, главным образом, в газопылевых выбросах автотранспорта. Ситуация усугубляется тем, что дорожные проезды за пределами боковых примагистральных газонов активно используются в качестве парковок автомобилей, часто кратковременных. В результате загрязнения плодородие почвы резко снижается. В настоящее время данная проблема в крае решается крайне медленно.

Ікуніна З. І.

ІГРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ КОРЕКЦІЇ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Донбаський державний педагогічний університет, Слов'янськ, Україна

Резюме. В статті представлені результати дослідження особливостей і рівней тривожності дітей молодшого шкільного віку. В авторській корекційній програмі використовуються

игровые методы, которые позволяют значительно снизить уровень тревожности младших школьников.

Ключевые слова: тревога, тревожность, игровые технологии, игровые методы.

Спектр емоційних порушень у дитячому віці надзвичайно великий. У психологічній літературі емоційне неблагополуччя розглядається як негативний стан на фоні особистісних конфліктів. Найвиразніше емоційне неблагополуччя проявляється у стані тривоги.

Терміном "тривога" позначається емоційна відповідь на можливу психічну загрозу. Стан тривоги виникає у зв'язку з можливими неприємностями, непередбаченими ситуаціями, змінами у звичайній обстановці й виражається специфічними переживаннями – хвилювання, побоювання, порушення спокою тощо. Тривожність проявляється у спілкуванні, поведінці і супроводжується проявом неадекватно завищеної тривоги, що приводить до порушення регулярних процесів. Тривожність може закріпитися як властивість особистості і стати домінуючою рисою характеру [1]. Тривожність – це переживання емоційного дискомфорту, пов'язане з очікуванням неблагополуччя, з передчуттям певної небезпеки [3].

Тривога – емоційно-загострене відчуття загрози, яка має відбутися. Стан небезпеки породжує тривогу, страх певних об'єктів або думок, відчуття страху. Це найбільш поширене визначення тривоги, яке найчастіше зустрічається в психолого-педагогічних дослідженнях. Але поняття тривожності до цього часу не має чітко визначених меж. Справа в тому, що різні дослідники використовують термін "тривога" в різних значеннях. Частіше всього термін "тривога" використовується для описання неприємного емоційного стану, що характеризується суб'єктивними відчуттями напруги, неспокою, неприємних передбачень.

Термін "тривога" чи, точніше, "тривожність", використовується також для позначення відносно стійких індивідуальних відмінностей у здатності індивіда зазнавати цей стан. У цьому випадку тривожність означає рису особистості. Тривожність як риса, як особистісна тривожність, не виявляється безпосередньо в поведінці. Але рівень її можна визначити, виходячи з того, як часто і як інтенсивно у індивіда виникають стани тривоги. Особистість з вираженою тривожністю, наприклад, невротична особистість, схильна сприймати оточуючий світ як такий, що містить в собі загрозу і небезпеку в значно більшій мірі, ніж особа з низьким рівнем тривожності. Отже, індивіди з високим рівнем тривожності зазнають більшого впливу стресів і схильні переживати стан тривоги більшої інтенсивності та значно частіше, ніж індивіди з низьким рівнем тривожності.

Аналіз експериментальних досліджень свідчить про наявність досить високого відсотку молодших школярів із підвищеним рівнем тривожності. Безперечно, що це явище є багатофакторним, проте в її виникненні провідна роль належить факторам психологічним, основні з яких – характерологічні особливості дітей, що підсилюють схильність до емоційних розладів, та соціально-психологічні психотравмуючі ситуації.

До психічної травматизації найбільш схильними є діти, які відрізняються своєрідними особистісними рисами: безпосередністю, вразливістю, безпорадністю. Діти болісно переживають приниження, образу, тривалий час повертаються подумки до неприємних подій, що викликали негативні емоції. Ці діти довго пам'ятають страх, зраду, образу, кривду. Розглянуті риси характеру самі по собі не спричиняють невротичні розлади, проте сприяють їх виникненню під впливом психотравмуючих обставин.

Отже, тривожність як риса особистості є найбільш значущим ризик-фактором, що сприяє нервово-психічним захворюванням. Висока тривожність знижує ефективність інтелектуальної діяльності, гальмує її в напружених ситуаціях і знижує рівень розумової працездатності, викликає невпевненість у собі. Тривожність у дитячому віці може бути детермінована цілою низкою причин, факторів, умов, їх комбінацією, що утворюють складну систему. Це в значній мірі зумовлює труднощі диференційованого підходу до психологічної корекції.

У експериментальному дослідженні були використанні "об'єктивні" і проєктивні методики [2], які включали як вербальні (текстові), так і образні (малюнкові) стимули. Використаний психодіагностичний комплекс дозволив виявити різні аспекти проблеми тривожності школярів та провести взаємну перевірку різних за своєю формою тестів для підтвердження їх валідності в умовах експерименту.

Наведемо результати констатувального експерименту: 53% дітей мали припустиму кількість страхів, відповідно віковим нормам, 27% дітей – середню кількість страхів і 20% дітей проявили високий рівень тривожності.

З тривожними дітьми робота проводилася у 4-х напрямках: підвищення самооцінки дитини, навчання дитини вмінню керувати собою в конкретних, найбільш хвилюючих ситуаціях, зняття місцевої напруги дитини, робота з батьками.

Розглянемо кожен із цих напрямів.

Підвищення самооцінки. Ми звертались до дітей на ім'я, хвалили їх, навіть за незначні успіхи, в присутності інших дітей. Заохочували дитину до спільного обговорення проблеми, її відчуттів і хвилювань. На прикладах літературних творів показували дітям, що

смілива людина це не та, яка нічого не боїться (таких людей на світі немає), а та, яка вміє подолати свій страх. Давали можливість кожній дитині вголос сказати, чого вона боїться. Пропонували дітям намалювати свої страхи, а потім у колі, показуючи малюнок, розповісти про нього. Такі розмови допомагали дітям усвідомити, що у багатьох однолітків існують подібні проблеми.

Активно використовували ігри на тілесний контакт. Дуже корисними виявилися вправи на релаксацію, техніка глибокого дихання, заняття йогою, масаж і просто розтирання тіла. Влаштовували імпровізований маскарад, шоу. Для цього готували маску, костюм, старий дорослий одяг. Участь у виставі допомагала тривожним дітям розслабитись.

З метою корекції тривожності молодших школярів, ми проводили малювання за такими темами: "Що мені сниться страшно або чого я боюся вдень", "Школа", "Сім'я", "Що було зі мною гарне чи погане" та ін. Спочатку ми проводили індивідуальні бесіди з дітьми про те, чого вони бояться взагалі: залишатися наодинці, захворіти, смерті батьків, деяких людей, вмерти, покарання, казкових героїв, запізнитися до школи, перед засинанням, темноти, тварин (вовк, ведмідь, тигр, крокодил), транспорту (машин, поїздів, літаків), стихії, води, висоти, глибини, тісноті кімнати, лікарів, крові, болю, вогню, пожежі, війни, відкритого простору, раптових звуків та ін. Склавши список страхів кожної дитини, ми приступили до організації занять.

Заняття починалося з пояснення мети малювання страхів як способу позбавитися їх, а потім діти починали малювати. (Примітка, під час малювання виключаються теми смерті. Як абстрактні категорії, вони найбільш складні для відображення і до того ж в міру проходження інших, пов'язаних з ними страхів, самі собою втрачають афективне звучання). Всі інші страхи можна малювати без

виключення, оскільки їх часткове зображення може звести нанівець досягнуті результати.

На перших заняттях ми пропонували дітям самим вибрати теми для малювання. Вони самі вибирали собі партнера, з ким будуть сидіти поряд. Проводилося декілька підготовчих занять, а потім починалося тематичне малювання. Заняття проводилися двічі на тиждень.

Найбільш інформативним для вирішення завдань даного дослідження був малюнок на тему "Сім'я". На занятті ми давали інструкцію малювати всіх, з ким живе дитина. Аналізуючи малюнки ми враховували можливість не лише об'єктивного відображення сімейної ситуації, але й установку на її зміну у сприятливий для дитини бік.

Тема "Саме погане чи гарне" давала можливість вибору подій, що відбуваються з дітьми. Більшість дітей надали перевагу в малюнках гарним, радісним епізодам зі свого життя. Однак, в кожному класі знайшлися кілька дітей, що намалювали неприємні події, що тривожать їх. Це цілком може бути основою для наступної психологічно орієнтованої бесіди з цими дітьми.

Заключним етапом малювання був малюнок "Ким я хочу бути" - він вніс оптимістичний струмінь і сприяв підвищенню впевненості дітей у своїх силах, зняттю тривожності.

Важливо кожного разу виражати схвалення з приводу того, що дитина виконала завдання, так як гордість за це певною мірою є антиподом страху, підвищує почуття власної гідності, активність і впевненість у собі. Якщо виникає потреба, з окремими дітьми заняття можна проводити кілька разів.

Закріпити досягнуті результати у процесі малювання страхів, впевненість в собі, створити гнучкість і безпосередність у контактах

та виробити прийнятні навички спілкування можна з допомогою групової гри, через моделювання грою взаємодії з однолітками. Якщо малювання страхів - це, перш за все, індивідуальний процес самопізнання і саморегуляції, то програвання являє собою груповий процес спілкування і пізнання себе серед інших, ровесників.

Корекція з допомогою гри починалася з драматизації у групі історії на теми страхів, що залишилися після малювання. Кожна з них відображується у вигляді окремих фантастичних (чарівних) чи реальних історій - це казки типу: "Жив-був...". Реальні історії відтворюють те, чого дитина боїться у житті за типом "Одного разу...". При цьому дитина може приписати страхи комусь іншому, вигаданому персонажу. Спеціально підкреслювати це не слід: діти, як правило, самі знаходять прийнятний варіант. Історії складаються вдома, про що повідомляється батькам з проханням записати їх і передати дітьми.

Складали історії і ті діти, які вже перестали боятися після процесу малювання страхів, або ті, які зовсім не боялися. Гра при цьому для всіх дітей стала більш цікавою. Після того, як у класі було підготовлено декілька історій, ми запитували: хто з дітей хотів би, щоб його історія була прочитана і зіграна в першу чергу? При цьому не обов'язково, щоб автор був головною дійовою особою, оскільки він може бути представлений негативним персонажем. До того ж в класі завжди знаходяться ті діти, які захочуть зіграти цю роль.

Мета рольової трансформації поведінки - позбутися страху перед казковим чи реальним образом шляхом оволодіння, маніпулювання ним у грі й відреагування раніше витіснених у зв'язку з ним емоцій. Тоді образи агресії, лиха і підступності і такі, що лякають своєю раптовістю і непередбачуваністю, втрачають ореол в уявленні дитини. Найкращий варіант, коли дитина, що боїться, в

пропонованій історії виконує роль того, хто викликає у неї страх, а слабким персонажем стає дитина з контрастною, агресивно-розгальмованою поведінкою.

Виступ перед класом як і чекання, залишає яскравий емоційний слід в душі дитини і само по собі є важливою віхою в боротьбі з невпевненістю, невірою у власні сили. Історія у класі викликає інтерес і увагу ще й тому, що вона буде програватися і необхідно запам'ятати події, що відбуваються в ній у загальних рисах. Отримуючи визнання в класі як організатор її діяльності, автор історії про страх повинен розподілити ролі сам, беручи участь в одній з них і вести гру до завершення.

Грою керував автор сюжету, а експериментатор міг діяти лише в межах відведеної йому ролі, дещо змінюючи і непомітно підказуючи дітям, що грають оптимальні шляхи розв'язання проблемних ситуацій. Гра передбачала варіативне володіння роллю, відсутність завчених реплік, гриму і багатьох театральних атрибутів. Якщо прийняти рішення щось зробити самим, то у цьому брали участь всі діти, пропонуючи свої варіанти. Коли все готове для гри, ролі розподілені, проводилося невелике "примірювання" готовності дійових осіб. Це не репетиція, яка протипоказана для гри, що будується, в основному на імпровізації, а колективне обговорення сценарію гри та характеру поведінки дійових осіб. Своєю незвичністю воно викликало пожвавлення, усмішки та сміх, що протистояло зниженому настрою окремих дітей, які ще бояться. Поступово і вони заражались життєрадісною атмосферою класу, справжнім інтересом до подій, що відбувалися.

По мірі зіграності групи повністю зникла необхідність у використанні ігрового реквізиту. Вже факт призначення на ту чи іншу роль передбачав відповідний образ дій, але оскільки вона (роль) не

мала жорстко приписаних меж, то були можливі індивідуальні варіації, коли той, хто грає може за власним бажанням відділити від себе роль чи, навпаки, "вжитися" в неї. Гра продовжувалася не більше 30 хвилин і за цей час в залежності від її складності програвали одну чи декілька історій. Оскільки зміст гри задавався в загальних рисах, то під час неї виникали раптові, непередбачені для учасників повороти подій. Інколи це настільки захоплювало дітей, що доводилося збільшувати час гри або продовжувати її в найближчі дні. Завжди краще не дограти, ніж значно переграти, оскільки пересичення рольовою грою, як і трафаретність її способів, омертвляє в ній творчий, будуєчий і виховуючий початок.

Обговорення гри як таке не проводилося, оскільки глядачів в ній не було, і головне не те, хто в ній "гарний", хто "поганий", а участь дітей, динамізм розвитку подій і умовність того, що відбувається. Крім рольових ігор, ми пропонували дітям різноманітні корегуючі ігри, етюди та вправи, спрямовані на подолання тривожності.

Окремим напрямом була робота з батьками тривожної дитини. Ми надавали консультації щодо використання вправ на релаксацію самими батьками та особливостей спілкування з тривожною дитиною.

Контрольні тести засвідчили зниження усіх показників тривожності. Результати контрольних тестів ми порівняли з результатами бесід з батьками (вибірково) та вчителями класів. Але все ж таки показники тривожності дітей, що прийняли участь в корекційних заняттях, не досягли рівня дітей початково менш тривожних. Це свідчить про те, що виявлені діти з високим рівнем тривожності потребують постійної уваги як з боку батьків, так і з боку вчителів.

Таким чином, експериментальне дослідження виявило деякі особливості подолання відчуття тривожності у дітей під час початку

шкільного навчання і набуття нового соціального статусу школяра. Рівень тривожності дітей залежить від сформованості таких психологічних якостей, як–от: відчуття впевненості у собі, захищеності, доброзичливого ставлення до оточуючого світу, людей.

Література

1. Казаннікова О. В. Суб'єктивні та об'єктивні чинники дитячої тривожності / О. В. Казаннікова // Матеріали II-х Міжнародних педагогічних читань «Підготовка фахівців дошкільної освіти в контексті вимог Болонської угоди» (16-17 травня 2006 року). – Херсон, 2006. – С. 61-63.

2. Міняєва А. Корекція підвищеної тривожності у дітей / А. Міняєва // Психологічна газета. – 2007. – № 22 (94) листопад. – С. 3-9.

3. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. – М., 2003. – 416 с.

Ильина Ю. Ю., Ковалёва Е.В.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Национальный университет гражданской защиты Украины, г. Харьков, Украина

Постановка проблемы. В современном мире вероятность попадания человека в травмирующую ситуацию непрерывно возрастает. В связи с этим последние несколько десятилетий актуальной проблемой в психологии является изучение возникновения и динамики развития специфических психических реакций на травматические (экстремальные) жизненные события. Настоящая статья посвящена обзору существующих подходов к пониманию природы психологической травмы и рассмотрению её видов.

Изложение основного материала. На сегодняшний день в психологии не существует единого определения травмы. Травму часто определяют как реакцию на событие, которые выходят за рамки привычного опыта жизни и наносит вред психическому и физическому здоровью людей, ранит личность и оказывает

существенное влияние на жизнь человека. Понятие «психологическая травма» в психологической литературе часто отождествляют с понятием «психическая травма». В освещении подходов к пониманию природы психологической травмы мы будем принимать эти два понятия за синонимы. В настоящее время в психотерапевтической практике большая роль отводится преодолению травмы и ее последствий (посттравматического стрессового расстройства). Каждый отдельный базовый психотерапевтический подход разрабатывают тему травмы и методы преодоления травматических переживаний. Рассмотрим более подробно эти подходы.

Разработка понятия травмы берет свое начало в трудах З.Фрейда и до - фрейдовских работах Ж.М. Шарко и Ж. Брейера. З.Фрейд, в русле психоаналитического на-правления, создал первую теорию травмы. В рамках этой теории травма рассматривалась как глубоко укорененный и бессознательный аффект, оказывающий патогенное влияние на психику человека и лежащий в основе невротических расстройств. Источник травмы, как предполагал З.Фрейд, лежит не во внешних событиях, а в самой психике, в расщеплении Эго, к которому приводит травматическая тревога, основанная на бессознательных фантазиях [11].

Представитель юнгианского психоанализа Д.Калшед, в своей работе «Внутренний мир травмы», обращает внимание на то, что психическая травма возникает под влиянием как внешних травматических событий, так и по причине внутренней работы самой психики. Психика реагирует на внешние травматические события по следующей схеме: вначале психика трансформирует внешнюю травму во внутреннюю «самотравмирующую силу», а затем происходит малигнизация, «озлокачествление» психологических защит, которые

превращаются из системы самосохранения психики в систему её самоуничтожения [4].

Позже появился другой подход к понятию «психологическая травма». Она стала рассматриваться как особая форма общей стрессовой реакции. Согласно этой концепции, стрессовая ситуация в норме мобилизует адаптационные ресурсы организма и способствует приспособлению человека к изменяющимся условиям, но травматический стресс истощает его адаптационные возможности [2,7,8]. Травматический стресс наступает в том случае, если стрессогенный фактор достаточно силен, продолжается в течение длительного времени, перегружает психологические, физиологические и адаптационные возможности человека, разрушает психологическую защиту, вызывает тревогу и приводит к психологическим и физиологическим «поломкам» в организме. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события - экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или значимых близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны. Факт переживания травматического стресса для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем психологической травм.

Таким образом, изначально под понятием «психическая травма» имеется в виду вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного влияния неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику.

В основе когнитивных подходов к интерпретации психологических травм лежит представление о когнитивных схемах и убеждениях, разработанный такими авторами как А. Бек, А.Эллис, С. Эпштейн, Р. Янофф-Бульман. Под схемами понимаются когнитивные структуры, организующие опыт и поведение, убеждения составляют содержание схем, определяя содержание мышления, эмоциональных реакций и поведения. Таким путем образуются устойчивые когнитивные модели, или когнитивно-аффективные комплексы, складывающиеся в процессе приобретения опыта [1,3].

В.Франкл рассматривает проблему психологической травмы в русле логотерапии – как утрату человеком жизненно важных смыслов, а её преодоление - как поиск осмысления произошедшего либо новых жизненных смыслов [10].

Представитель американской ветви экзистенциальной психотерапии И.Ялом предложил рассматривать все психологические проблемы травматического переживания с точки зрения “экзистенциальных данностей”, таких как “смерть”, “свобода”, “изоляция”, “бессмысленность”, которые представляют собой неизменные условия человеческого существования [3]. В ситуации травмы человек переживает смерть других людей или сам оказывается перед фактом близости собственной смерти. Он испытывает ограничение свободы, которое обусловлено чувством вины (например, вины выжившего).

Соматический подход к психологической травме разработан американским психологом П.Левиным. Базовым звеном в работе с психической травмой, по мнению ученого, является нормализация естественных физиологических процессов в теле человека. Такой подход к изучению и терапии последствий психической травматизации носит название соматической терапии травмы. Под

травмой подразумевается прорыв в барьере, защищающем человека от воздействий, сопровождающихся чрезвычайно сильным чувством беспомощности [3]. Эти реакции, по мнению автора, имеют биологическую, инстинктивную природу, они присущи как человеку, так и животному, и выражаются в виде реакций бегства, борьбы или замирания. При этом тело и психика мобилизуют большое количество энергии, которая не находит выхода. Не имея возможности выхода она создает угрозу возникновения травматической реакции. Механизмы травматического стресса действуют также на уровне психофизиологии и проявляются в виде повышенного уровня возбуждения нервной системы, чрезмерной энергии. У животных разрядка происходит в форме дрожания. Сходную реакцию можно наблюдать у маленьких детей – плач, дрожь. Взрослые люди в силу ориентации на социальные нормы и развитие контролирующих функций мозга, блокируют нормальные физиологические реакции организма связанные с высвобождением энергии реакции на психотравмирующие событие.

Следовательно, разрешение травмы требует завершения незавершенных реакций, разрядки избыточной энергии и возвращения к нормальному уровню функционирования. Ф. Перлз и его последователи рассматривают формирование психологической травмы при помощи механизма незавершенных действий или незавершенных ситуаций, описанного в гештальт-подходе. Незавершенные действия проявляются в виде нереализованных потребностей или незавершенных чувств и эмоций, которые стремятся к завершению. В качестве “незавершенных” могут выступать чувства горя, утраты, обиды, разочарования, гнева, возмущения. Процесс завершения требует проживания не только указанных чувств, но и других, таких, например, как прощение,

прощание и благодарность, которые помогают завершить переживаемую психотравмирующую ситуацию [8].

Р.В. Кадыров дает следующее определение: «Психическая травма – это нарушение целостности функционирования психики человека, вызванное экстремальной ситуацией, в которой экстремальные факторы действуют во времени и пространстве, имеют определенное значение для личности и субъективно оцениваются ею как необычная, выходящая за пределы обычного, «нормального человеческого опыта». Ученый выделяет следующие причины психотравмы: насилие, смерть близкого человека, переживания потери, любой кризис, болезнь, экстремальные ситуации, такие как природные катастрофы, техногенные катастрофы и войны. Любое значимое для человека событие может стать причиной психической травмы [6].

Проблема психологической травмы разрабатывается также в контексте представлений о критических жизненных ситуациях и кризисах или кризисных состояниях. В своем подходе Ф.Е. Василюк определяет критическую ситуацию «как ситуацию невозможности, т. е. как такую, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.)» [2, с. 31].

Из современных авторов проблематике психической травмы посвящена монография «Психическая травма» М.М. Решетникова, который впервые в отечественной литературе на основе широкого психолого-психиатрического подхода сделал анализ истории теории психической травмы и её терапии. В работе Е.С. Мазур было показано, что преодоление психотравмирующей ситуации происходит в процессе саморегуляции, который включает в себя ряд этапов: осознание смысла травмы и его переработка; восполнение ведущих

смысловых образований, нарушенных травмой; изменение смысловой направленности и возобновление прерванной жизнедеятельности [7].

Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. выделяют следующие характеристики психической травмы: источник травмы всегда внешнее событие – в реальном, бытийном мире – не воображаемом, не прочитанном; происшедшее событие осознаваемо (человек знает, от чего с ним происходит то, что с ним происходит), но при посттравматическом стрессовом расстройстве человек это вытесняет частично, а при шоковой травме – полностью, чтобы не испытывать «душевной боли»; травма вызывает чувство ужаса и беспомощности, т.е. только в том случае если у человека возникло чувство ужаса и беспомощности, только в этом случае мы можем называть событие травматичным; пережитое разрушает привычный образ жизни, выходит за рамки обыденного человеческого опыта и вызывает дистресс у любого человека; возникает ощущение невозможности контролировать свои эмоции, отторжение осознания этих эмоций – выступает как защитный механизм психики человека [9, с. 56].

Обобщая разные воззрения, отраженные в литературе, на психологическую травму, можно сказать, что под психологической травмой понимают вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного влияния неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику.

В психологической литературе общепринятой классификации психологических травм пока не существует. В работе «Психическая травма» М.Решетников классифицирует психические травмы в зависимости от их частоты и прогностического значения относительно развития ПТСР, ссылаясь на публикации Р. Кеслера. По

частоте ведущего травматического фактора травмы классифицируются в следующем убывающем порядке: наблюдение насилия или несчастного случая; несчастные случаи и аварии; пожары и стихийные бедствия; угроза применения оружия; другие угрожающие жизни ситуации; физическое насилие; сексуальное домогательство; изнасилование; плохое обращение с ребенком в детстве; участие в боевых действиях; пренебрежение ребенком в детстве [9].

А. С. Кочарян, А. М. Лисеная в своей классификации выделяют детские травмы которые оказывают сильное патогенное влияние на психику и развитие ребенка. Так травма «брошенности» возникает в младенческом возрасте при отсутствии или недостаточном физическом контакте ребенка с матерью. Люди, имеющие травму «брошенности», склонны к разного рода зависимостям, симбиотическим отношениям, инфантильности и страхам потери любимого объекта. Следующий выделенный вид детских травм - травма «отвержения» может возникнуть у ребенка при «холодной» или «мертвой» матери (терминология психоаналитических теорий), матери эмоционально не вовлеченной в жизнь ребенка. Этому могут быть разные причины: послеродовая депрессия у матери, стресс, нежелание иметь ребенка, проблемы в семье, отсутствие партнера и т. д. Люди, имеющие эту травму, живут с чувством собственной ненужности и невостребованности, не могут самореализоваться, выражать свои чувства и находиться в близких эмоциональных отношениях, избегают эмоциональных проявлений. Возникновение травмы «лишения» связано с при пренебрежении потребностями ребенка (мама не подходит к малышу, когда он плачет, не успокаивает его страхи, не обеспечивает необходимые уход, поддержку и внимание). Люди, имеющие подобную травму, живут с

ощущением нехватки внимания окружающих, постоянно стремится его завоевать, склонны к манипуляциям, не чувствуют удовлетворения в жизни. При разочаровании ребенка в своих родителях, которых он боготворил возможно проявление травмы «предательства». Разновидностью этой травмы является «травма свержения с трона» (термин А. Адлера), которая возникает у ребенка при рождении младших детей, которым уходит все родительское внимание. Последствиями такой травмы является утрата чувства доверия к людям, отчуждение и замкнутость в себе или желание постоянно угождать окружающим, чтобы символически «вернуть» любовь родителей. Травма сексуального соблазнения возникает при использовании взрослыми ребенка или подростка для удовлетворения своих сексуальных влечений, приводит к сексуальным и эмоциональным проблемам. Жестокое обращение с ребенком со стороны взрослых (нанесение ему телесных повреждений) приводит к возникновению травмы «насилия». Вследствие этой травмы у детей зачастую формируется психопатический асоциальный характер, также возможно возникновение психопатий. Травмы «унижения» или нарцисстические травмы, удары по самолюбию ребенка, унижение, пренебрежение, снижение самооценки приводят к нарушениям «Я-концепции» и комплексам неполноценности.

Психические травмы унижения, насилия, отвержения, предательства происходят и во взрослой жизни, но, как правило, по «повторяющемуся» детскому сценарию [6].

Работы в области психиатрии доказывают, что неадекватные формы переживания психологической травмы могут привести к возникновению клинических форм психических расстройств, в частности к невротическим реакциям, неврозам и психогениям [5].

Выводы: проанализировав психологическую литературу по вопросу о природе психологической травмы мы можем сказать, что под психологической травмой подразумевают реакцию на событие, вызванное экстремальной ситуацией, которая имеет определенное значение для личности и выходит за рамки привычного опыта жизни, нанося вред психическому и физическому здоровью человека.

Литература

1. Бек А. Техники когнитивной психотерапии / А. Бек // Под ред. А. Б. Фенько, Н. С. Игнатъева, М. Ю. Локтаева Психологическое консультирование и психотерапия: хрестоматия. – Т. 1. Теория и методология. – М.: МПЖ, 1999. – С. 142—167.
2. Василюк Ф. Е Психология переживания / Ф. Е. Василюк. – М.: МГУ, 1984. – 200 с.
3. Дозорцева Е.Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция/ Е.Г. Дозорцева. – М.: Генезис, 2006. – 128 с.
4. Калшед Д. Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа / Д. Калшед. – М.: Академический проект, 2007. – 368 с.
5. Кровяков В.М. Психотравматология / В.М. Кровяков. – М.: Наука, 2005. — 290 с.
6. Кочарян А.С. Психология переживания / А.С. Кочарян, А.М. Лисеная. – Х.: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2011. —240 с.
7. Мазур Е.С. Психическая травма и психотерапия / Е.С. Мазур // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1, С. 31–52
8. Решетников М.М. Психическая травма / М.М. Решетников. – СПб.: Институт психоанализа, 2006. – 322 с.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. — СПб: Питер, 2001. – 272 с.
10. Франкл В. Поиск смысла жизни и психотерапия / В. Франкл // Психология личности. Тексты. – М., 1982.
11. Фрейд З. Исследование истерии / З. Фрейд // Фрейд З. Собр.соч . – В 26 т., Т.1. –СПб: Восточно Европейский Институт Психоанализа, 2005. – 464 с.

Ишмаева Д.Р.

**СТУДЕНЧЕСКОЕ САМОУПРАВЛЕНИЕ КАК ФАКТОР
ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА ПРИМЕРЕ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО
ДВИЖЕНИЯ АКТИВНОЙ МОЛОДЁЖИ «АНТЕЙ»**

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

Одним из важнейших направлений работы ВУЗов страны на сегодняшний день является усиление в них воспитательной работы. Особенно значимым это направление становится в условиях перехода России к уровневому профессиональному образованию. Таким образом, главной целью образования становится формирование личности профессионально и социально компетентной, способной также к творчеству и самоопределению в условиях меняющегося мира, обладающей развитым чувством ответственности.

Студенческое самоуправление молодежи и реализации творческого потенциала в образовательном процессе – многоаспектная проблема, проявлениями которой в разные периоды времени, занимались и занимаются ученые многих научных направлений: философии, социологии, психологии, педагогики и др.

Воспитательная миссия ВУЗа заключается в создании условий для духовно-нравственного, культурного развития, гражданского становления, обогащения личностного и профессионального опыта, условий для творческой самореализации личности студента. Ведь именно в период обучения в ВУЗе закладываются основные качества специалиста, с которыми он вступает в новую для него атмосферу деятельности, где и произойдет дальнейшее его развитие.

Одним из факторов эффективной организации воспитательной работы в ВУЗе является студенческое самоуправление.

Студенческое самоуправление – особая форма инициативной, самостоятельной, ответственной, общественной деятельности студентов, направленная на решение разных вопросов жизнедеятельности студенческой молодёжи, развитие её социальной и гражданской активности, поддержку инициатив.

Данная статья посвящена Забайкальскому региональному общественному движению активной молодёжи «Антей»,

существующему как форма студенческого самоуправления, на базе Забайкальского государственного университета при Факультете социально-политических систем. С 2006г. Движение «Антей» является официально зарегистрированной не коммерческой общественной организацией.

Данное движение включает в себя следующие направления:

- Экологическое;
- Волонтёрское;
- Педагогическое;
- Литературное;
- Танцевальное;
- Театральное;
- Туристическое;
- Спасательное;
- Патриотическое;
- Кураторства;
- Журналистики.

«Антей» в своей деятельности ставит перед собой следующие цели: развитие молодежного движения Забайкалья, предоставление информации и возможностей для реализации личностных качеств молодых людей на базе учебно-воспитательных учреждений города и области.

Основные задачи, определяющие деятельность Движения «Антей»:

- организация системной работы и проведение мероприятий по приоритетным функциональным направлениям жизни молодежи;
- содействие реализации внутреннего потенциала молодежи;
- представление интересов студентов перед администрацией ВУЗа и на межвузовском уровне;

- повышение эффективности учебно-воспитательного процесса в ВУЗе;
- формирование чувства патриотизма, активной жизненной и гражданской позиции студенчества;
- пропаганда здорового образа жизни.

Принципы работы Движения «Антей» строятся на уважении к интересам, достоинству и мнению личности, добровольности, коллегиальности принятых решений, солидарности в их исполнении.

Участником Движения «Антей» могут быть как школьники, так и студенты ВУЗов и СУЗов Забайкальского края. Филиалы данного Движения существуют во многих районах края.

Председателем Движения является студент четвёртого курса Факультета социально-политических систем Специальности Организация работы с молодёжью Суших Геннадий.

Движение «Антей» работает на территории Забайкальского края, реализуя множество ярких и значимых мероприятий и проектов города и региона.

За последний год участники Движения осуществили ряд мероприятий по различным направлениям деятельности.

Экологический отряд «Ойкос» осуществляет работу по разработке и реализации природоохранных мероприятий, направленных на улучшение экологической ситуации в крае; формирование стремления здорового образа жизни; экологическое воспитание и экологическое образование школьников и студентов.

Отряд организовали и провели ряд круглых столов, на различные тематики. К ним относятся: профилактика ВИЧ/СПИДа, курения, алкоголизма, наркомании, физического воспитания, загрязнение экологии Забайкальского края.

Кроме того, были проведены социально-значимые акции: «Смени сигаретку на конфетку», «Скажем СПИДу нет!!!», «Мы за здоровый образ жизни!», «Подари жизнь дереву», «Вместе мы можем всё», а также ежегодная спартакиада для первокурсников «Здоровье для всех».

Экологический отряд принял активное участие в городской акции в рамках юбилейного городского проекта «Чита - мой город». Объектом волонтёров стал памятник 12-ти бойцам народно-революционной армии ДВР в Читинском районе на 28-ом км Витимского тракта. Работа отряда была направлена на облагораживание территории памятника, разработку и установление баннера памяти 12-ти бойцам.

Волонтёрский отряд «Точка опоры» добровольно и безвозмездно организуют и проводят мероприятия благотворительной направленности (концерты, акции, флэш-мобы и т.п.), социально-ориентированные мероприятия на поддержку слабозащищённых групп населения (инвалиды, онко - больные дети, молодые семьи и т.п.).

Движением «Антей» был выигран грант, в результате чего, совместно с Министерством образования, науки и молодёжной политике Забайкальского края, были проведены следующие мероприятия.

Молодежный форум "Путь к себе". Мероприятие предусматривало работу в интегрированных группах, состоящих из молодых инвалидов и их сверстников без инвалидности.

Благотворительный концерт "Голубь надежды" в помощь 5-летней Виолетты Рождественской с заболеванием «рак почки».

Благотворительный концерт "Доброе сердце" в помощь 8-летнему мальчику из г.Читы с редким заболеванием «рак крови» Немькину Никите.

Досуговое мероприятие ко Дню пожилого человека для жильцов специализированного дома ветеранов войны и труда № 4 города Читы "Года бегут, а сердцем вечно молод".

Благотворительный концерт "Жизнь без барьеров" в помощь молодым инвалидам Забайкальского края. Мероприятие дало возможность максимально стереть наличие психологических барьеров в системе «инвалид-общество», ибо имело формат интеграционной культурной площадки.

Конкурс «Молодая семья – будущее России». Мероприятие представляло собой психологический тренинг на формирование таких ценностей молодой семьи как любовь, доверие, верность.

Педагогический отряд постоянно занимается самообразованием в рамках своего призвания, а также ежегодно вновь вступившие в отряд проходят обучение в школе вожатского мастерства. Кроме работы членов отряда по организации досуговой деятельности детей в летних детских оздоровительных лагерях, ведётся сотрудничество с детскими домами, реабилитационными центрами, домами-интернатами.

В этом году педагогический отряд стал обладателем Диплома лауреата, переходящего кубка и диплома победителя «Интеллектуального шоу» в Фестивале Студенческих педагогических отрядов Забайкальского края.

Литературная студия «Лира» провели литературный вечер «Листая юбилейные страницы», участвовали в городском мероприятии Поэтический алфавит Забайкалья «Молодые авторы», литературный вечер «Столетия служим мы своей России», вечер –

встреча с лауреатами Вишняковской премии, вечер – встреча с Б.И.Кузником.

Отряд кураторов проводит работу, направленную на улучшение процесса адаптации первокурсников к обучению в ВУЗе, организует конкурсы: «звезда факультета», конкурс ораторского искусства, «лучшая академическая группа», «лучший куратор года», «лучшая секция общежития» и т.д.

В своей статье мы указали лишь малую часть работы проводимой Движением «Антей», в рамках реализации поставленных целей, а именно организации системной работы и проведения мероприятий по приоритетным направлениям жизни молодежи.

Полноценная и успешная воспитательная работа в ВУЗе возможна лишь при условии, если участники процесса являются равноправными соратниками, реализующими одну цель – создание условий для духовно – нравственного, культурного развития, гражданского становления, самосовершенствования, развитие лидерского устремления, обогащение личностного и профессионального опыта, творческой самореализации личности.

Работа органов студенческого самоуправления, направленная на раскрытие внутреннего потенциала и активизации студентов во неаудиторной деятельности, является эффективным фактором воспитания и развития личности студента.

Калугина Т., Хохрякова Т., Шильдяева В.В.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПОДРОСТКАМИ, СОВЕРШИВШИМИ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Забайкальский государственный университет, Чита

Здоровый (физически и психически) подросток - это полноценное поколение будущего, активный творческий,

экономический потенциал страны. Все перспективы социального и экономического, научного и культурного развития прямо зависят от того, насколько здоровы наши дети, каков уровень их физической и интеллектуальной работоспособности. На сегодняшний день мы можем констатировать факт социально-психологической и экономической девиации подрастающего поколения [2].

Подростковый возраст – период развития детей от 11-12 лет до 15-16 лет. Часто подростков называют несовершеннолетними. Несовершеннолетний – юридическое определение ребенка или подростка, применяемое для разграничения различных прав и обязанностей, мер защиты, привилегий, существующих для взрослых и детей. Несовершеннолетние – лица, не достигшие возраста, с которым закон связывает наступление дееспособности (18 лет).

К подростковому возрасту приковано внимание юристов, педагогов, психологов поскольку: во-первых, подростки и молодежь – это будущее любой страны, от их поведения зависит, в конечном счете, судьба общества и государства. Во-вторых, помочь оступившемуся подростку значительно легче, чем исправить закоренелого взрослого преступника.

Многие причины, по которым подростки преступают закон, обусловлены именно их возрастными особенностями.

По данным управления внутренних дел по Забайкальскому краю зарегистрировано, по сравнению с прошлым годом, увеличение на 3 % количество преступлений, совершенных несовершеннолетними. Если за 2011 год подростки совершили 699 правонарушений, то за прошедшие полгода — 720. Что касается подростковой преступности, то, по словам начальника отделения по делам несовершеннолетних ГУ МВД Забайкальского края Людмилы Храменковой, за последние 10 лет она снизилась на 60%. Однако при анализе ситуации следует

учитывать демографические изменения, а также тот факт, что в этой возрастной категории растет число тяжких преступлений.

Возросло число групповых преступлений. Нередко ребята «идут на дело» в состоянии алкогольного опьянения — в этом году таких случаев 59, хотя в прошлом году их было 36. Под действием наркотиков за прошедшее полугодие было совершено четыре преступления.

Ежегодно на учет в ПДН ставится порядка 10 тыс. человек – это 1,5% от общей численности детского населения Забайкальского края. Кроме того, до 25 тыс. подростков в течение года доставляется в полицию за совершение правонарушений. Из них около 4 тыс. относятся к категории безнадзорных, на учете стоит около 7 тыс. семей, в которых проживает порядка 17 тыс. детей.

Неоднородна статистика по районам края. Лидерами по подростковой преступности остаются Краснокаменский и Карымский районы. Высока напряженность с правонарушениями и преступлениями малолетних в Нерчинском, Нер.-Заводском, Шилкинском, Читинском районах. В краевой столице сотрудники ПДН отмечают некоторое снижение подростковой преступности, хотя в отдельных районах города, например, микрорайоне «Северный», наоборот заметен ее рост [1].

По-прежнему основными видами преступлений, совершаемыми подростками, остаются кражи, грабежи.

Подростковый возраст, безусловно, особенный (и, наверное, самый сложный) период в жизни человека. Большинству подростков свойственны противоречивые психологические особенности: чаще всего это чувствительность, ранимость, тревожность, сочетающиеся с конфликтностью, вспыльчивостью и даже агрессивностью.

Многим подросткам присуще стремление освободиться от навязчивого контроля и опеки родителей; критически относятся они и к ценностям, существующим в мире взрослых. Ведь с точки зрения подростка для утверждения себя необходимо отвергнуть прежнее, «устаревшее». Формы подросткового протеста могут быть разными – от создания чего-то нового путем собственной активности и творчества (что, к сожалению, в юном возрасте не так уж и доступно) до активного противостояния общественным нормам (так называемый подростковый негативизм).

Этот возраст называют переходным: подросток находится как будто на границе двух миров – детства и взрослости, но при этом свое детское «я» он уже перерос, а взрослое еще не сформировалось.

В то же время потребность чувствовать себя взрослым очень велика. И нередко подростки доказывают, что они «уже не дети», подражая внешним признакам взрослости. Этой цели могут служить курение, употребление алкоголя, следование моде, использование косметики и украшений, недетские способы отдыха и развлечений.

Конечно, до настоящей взрослости еще далеко (да и не каждый взрослый по паспорту оказывается психологически взрослым – самостоятельным и ответственным человеком).

Итак, подросток открывает и утверждает уникальность и неповторимость своего «я». Известный зарубежный психолог Эрик Эрикссон называл этот процесс становлением «чувства идентичности», которое заключается в осознании себя личностью и в возможности дать четкий ответ на вопрос «кто я?». И очень важно для последующей жизни, чтобы этот ответ был положительным [3]. В современной психологической, криминологической литературе имеется несколько попыток классификации несовершеннолетних правонарушителей. Одни авторы исходят из мотивации самого

антиобщественного поведения, выделяя: а) подростков, активно стремящихся удовлетворить элементарные и низменные потребности; б) поддавшихся в силу слабости и внушаемости подстрекательству; в) мечтателей; г) морально и умственно дефективных; д) действующих под влиянием истерии или психастении. Другие, исходя из степени социально-педагогической запущенности, классифицируют несовершеннолетних правонарушителей исходя из «ступеней» деформации личности подростка, искажения ее нормального развития. В частности, различают: а) правонарушителей с педагогической запущенностью; б) с социальной запущенностью (нравственно испорченных); в) с крайней социальной запущенностью. Третьи классифицируют подростков-правонарушителей, исходя из учета общей направленности личности подростка, определяемой на основе сопоставления данных, проявившихся в отношениях и действиях подростка: образе жизни, связях, поведении, его потребностях, интересах, взглядах, мотивации поведения, характерологических чертах, а также данных социально-демографической характеристики и данных об обстоятельствах преступления с точки зрения выражения в них личностных черт подростка.

Криминалисты выделяют 4 типа подростков, для которых совершение преступления было: 1) случайным, противоречащим общей направленности личности; 2) вероятным, но не неизбежным, с учетом общей неустойчивости личностной направленности; 3) соответствующим антиобщественной направленности личности, но случайным с точки зрения повода и ситуации; 4) соответствующим преступной установке личности и включающим поиск или создание необходимых повода и ситуации.

Наиболее оптимальна типология типа поведения с учетом степени антиобщественной направленности личности (Д.И. Фельдшейн). Выделение нескольких групп по такому принципу позволило, организуя включение подростков в общественно полезную трудовую деятельность, более целенаправленно воздействовать на упрочение одних и нивелирование отрицательных качеств личности.

Полученные психологические характеристики подростков позволили условно выделить пять групп на основе определенного типа их поведения с учетом степени антиобщественной направленности личности подростков.

Первую группу подростков характеризует устойчивый комплекс общественно-отрицательных аномальных, аморальных, примитивных потребностей, система откровенно антиобщественных взглядов, деформация отношений, оценок. У подростков этой группы извращены представления о товариществе, смелости, весьма ослаблено чувство стыда. Они циничны, грубы, озлоблены, агрессивны, вспыльчивы, несдержанны, драчливы. Эгоизм, равнодушие к переживаниям других, осознанность совершаемых правонарушений, отсутствие трудолюбия и стремление к потребительскому времяпрепровождению, иждивенчество и стяжательство являются типичными особенностями этой группы подростков-правонарушителей.

Вторую группу составляют подростки с деформированными потребностями, низменными устремлениями, стремящиеся подражать тем несовершеннолетним правонарушителям, у которых устойчивый комплекс аморальных потребностей и откровенно антиобщественная направленность отношений, взглядов. Отличаясь обостренным индивидуализмом, неуживчивостью, эти подростки

стремятся к привилегированному положению, притесняя слабых, младших. Их характеризуют импульсивность, неустойчивость, быстрая смена настроений. Извращены представления этих подростков о мужестве, товариществе. Вместе с тем правонарушения совершались ими, в основном, ситуативно, в результате спонтанно возникшего на фоне общей направленности личности мотива. Обостренное самолюбие, хитрость, лживость, раздражительность, упрямство, неверие в людей, отсутствие трудолюбия — характерно для этой группы подростков.

Третью группу подростков-правонарушителей характеризует конфликт между деформированными и позитивными потребностями, отношениями, интересами, взглядами. Подростки этой группы осознают недостойность совершаемых ими правонарушений. Однако имеющиеся у них правильные нравственные взгляды не стали убеждениями, и эгоистические устремления к получению удовольствий, либо неумение противостоять ситуации вызывают антиобщественные поступки, приводя к накоплению опыта аморального поведения. Подростки этой группы отличаются бравадой своим прошлым, показным удальством, хитростью, лживостью, притворством, приспособленчеством к обстоятельствам, апатией к общественно важным делам, неверием в людей.

Четвертую группу составляют подростки со слабо деформированными потребностями. Их характеризуют безволие, легкая внушаемость, легкомысленность, неустойчивость, неверие в свои силы, заискивание перед волевыми товарищами. Тяга к приключениям, фантазерство, артистичность, беззлобное озорство и мнительность типичны для этих подростков.

В пятую группу входят подростки, ставшие на путь правонарушений случайно. Они трудолюбивы, исполнительны, с

обостренным чувством стыдливости, однако безвольны и поддаются влияниям микросреды.

Антиобщественное поведение подростков должно контролироваться и пресекаться, сотрудниками полиции, но в подразделениях по делам несовершеннолетних, например в Забайкалье, работает всего 279 сотрудников, но даже при полном комплекте штатов одна полиция в большом клубке детских проблем не разберется. Например, несмотря на введение так называемого закона «о комендантском часе» и то, что силами ОВД было выявлено порядка 4 тыс. нарушителей этого закона, четверть всех преступлений подростки совершают в ночное время с 22 часов до 6 утра.

В области социальной работы с подростками-правонарушителями имеется положительный опыт работы: автономная некоммерческая организация «Иркутский межрегиональный центр образовательных и медиационных технологий» совместно с Иркутским молодежным фондом правозащитников «Ювента» провели цикл мероприятий по использованию ресоциализационных технологий в работе с несовершеннолетними осужденными без изоляции от общества.

Тренинги прошли 5-8 сентября 2012 года в пяти отдаленных районах Иркутской области: в поселке Залари, городах Усть-Илимск и Тулун. В семинарах приняли участие сотрудники различных структур, которые занимаются несовершеннолетними осужденными из отдаленных территорий Иркутской области.

Анализируя деятельность фонда «Ювента» и Центра медиации необходимо отметить, семинары, которые проводятся в рамках реализации долгосрочной региональной целевой программы «Точка опоры» по профилактике социального сиротства, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Программа в Иркутской

области рассчитана на 2011-2013 годы. Поддержку оказывает министерство социального развития, опеки и попечительства Иркутской области. Советы содействия созданы в нескольких территориях Приангарья. В них входят сотрудники комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, органов опеки и попечительства, подразделений по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, сотрудники учреждений системы образования, социальной защиты, службы занятости.

В рамках действия программы проводятся семинары, на которых участники обучаются составлению индивидуальных программ ресоциализационной работы с несовершеннолетним, отработывались технологии установления контакта и взаимодействия с ним. Как отметили все участники, сложившаяся система работы с подростками – это работа с последствиями его девиантного поведения. И эта работа бесполезна до тех пор, пока не выяснены и не устранены причины совершения им преступления. Во время тренингов участники рассматривали реальные ситуации.

Литература:

1. Статистические данные МВД РФ <http://www.mvd.ru/>
2. Веденкина Л.В. Причины правонарушений среди подростков / Л.В. Веденкина, А.М. Савенко. - М.: «Российское право», 2011. - 137 с.
3. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. – СПб.: Университетская книга. 1996, ISBN: 5-01-0

Коваленко А.А., Логвинова Д.В.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОНФЛІКТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Донбаський державний педагогічний університет, м.Слов'янськ, Україна

Резюме. В статье рассматриваются психологические и социальные особенности подросткового возраста, анализируются аспекты взаимодействия подростков при межличностном общении,

раскрывается взаимосвязь конфликтного поведения подростков с субъективным контролем над разными жизненными ситуациями.

Ключевые слова: подростковый возраст, общение, конфликтность, «чувство взрослости», субъективный контроль, самооценка.

Актуальність теми дослідження. Проблема вивчення психологічних особливостей прояву конфліктності у підлітковому віці обумовлена рядом важливих обставин. Перш за все, вона визначається особливостями самого підліткового віку, який описується психологами як найскладніший етап розвитку організму та психіки дитини. Якісні зрушення відбуваються дуже інтенсивно, супроводжуючись значними труднощами у житті підлітків. У цей віковий період найбільш імовірні конфлікти спостерігаються між більш-менш сформованими настановленнями «Я» та безпосереднім досвідом людини [1]. Така невідповідність може виникнути у таких випадках, коли «Я-концепція» переважно зумовлена цінностями та уявленнями інших людей. Особистості необхідна адекватна самооцінка, яка формується найінтенсивніше у підлітковому та юнацькому віці. Процес формування власного «Я» породжує потребу в самовираженні, в апробації своїх життєвих сил та можливостей.

Важливою обставиною є те, що в умовах нестабільності суспільства виникає багато неблагополучних, конфліктних сімей, у яких підліток не може достатньо реалізувати свою потребу у спілкуванні, отримати відповіді на численні запитання, які його цікавлять. Внаслідок цього він зневірюється у можливості існування дружніх і довірливих стосунків між людьми, передчасно розчаровується у людських взаєминах [2]. Нереалізована потреба у спілкуванні спонукає підлітка до вираження конфліктної поведінки, підлітки намагаються бути лідерами у колективі та інколи виражають

неготовність вислуховувати інших, протестують проти дорослих і ще не вміють правильно і конструктивно вирішувати конфліктні ситуації.

Сьогодні багато хто, а особливо західні конфліктологи висловлюють дуже скептичне ставлення до можливостей створення єдиної універсальної теорії конфлікту, яку можна б було застосовувати до різних конфліктних явищ. Проблема психологічних особливостей спілкування у підлітковому віці знайшла своє відображення у роботах О.О. Бодальова, С.О. Васюри, М.О. Волошиної, Г.О. Гнездилової, О.П. Дубровіної, І.С. Кона, С.К. Масгутової та інших [3].

Необхідність обґрунтування важливості вивчення прояву соціально-психологічних особливостей на прояв конфліктності в підлітковому віці, зокрема стосунки з ровесниками і дорослими, обумовила обрання нами теми «Психологічні особливості прояву конфліктності у підлітковому віці».

Об'єктом дослідження виступає конфліктність.

Предметом дослідження – психологічні особливості прояву конфліктності у підлітковому віці.

Нами було зроблено припущення, що психологічні особливості конфліктної поведінки у підлітковому віці мають статеву специфіку і пов'язані з рівнем суб'єктивного контролю над різними життєвими ситуаціями.

Відповідно до поставленої мети та для перевірки висунутої гіпотези нами вирішувалися наступні завдання:

1. Проаналізувати психологічну літературу з проблеми дослідження психологічних особливостей прояву конфліктної поведінки у підлітковому віці.

2. Вивчити особливості самооцінки та конфліктності підлітків, зробити аналіз результатів за статевою ознакою.

3. Визначити статеві особливості суб'єктивного контролю підлітків над різними життєвими ситуаціями.

4. Проаналізувати коефіцієнти кореляції агресивності й конфліктності підлітків з показниками їх стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях та суб'єктивного контролю над різними життєвими подіями.

Перевірка гіпотези та розв'язання задач здійснювалися за допомогою теоретичних, емпіричних методів (методика діагностики особистісної агресивності і конфліктності (Ільїн Е.П., Ковальов П.О.), діагностика стратегій поведінки у конфлікті (Томас К., адаптація Грішиної Н.В.), методика діагностики рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера, методика дослідження самооцінки Будассі в модифікації І.А.Кисельова) та методів статистичної процедури обробки даних (критерій Фішера для порівняння двох незалежних вибірок та лінійна кореляція r-Пірсона) [5].

Базою дослідження виступила ЗОШ № 10 м. Слов'янська Донецької області. У дослідженні брали участь підлітки віком 14-15 років (18 дівчат, 17 хлопців).

Теоретичний аналіз психологічної літератури дозволив зробити наступні висновки.

Підлітковий вік у сучасній психологічній літературі оцінюється як один з критичних періодів розвитку. Він пов'язаний з кардинальними перетвореннями у сфері свідомості, діяльності, у системі взаємостосунків індивіда. Почуття дорослості, претензії підлітка на нові права поширюються на всю сферу стосунків із дорослими, що чітко проявляється у причинах конфліктів із ними. Основним змістом підліткового віку є перехід від дитинства до дорослості. На всіх напрямках, відображаючи цей процес, відбувається становлення якісних новоутворень внаслідок перебудови

організму, трансформації взаємин з дорослими та ровесниками, засвоєння нових способів соціальної взаємодії, змісту морально-етичних норм, розвитку самосвідомості, інтересів, пізнавальної і навчальної діяльності. Залежно від конкретних соціальних умов, культури, традицій виховання, перехідний вік може мати різний зміст [2].

На основі проведеного теоретичного аналізу було виявлено, що психологічні особливості конфлікту в підлітків визначаються їх психічними станами, настановленнями, індивідуальними властивостями та якостями особистості. Конфліктологічна активність підлітків пов'язана з постійною переоцінкою цінностей, яка відбувається у процесі спілкування з найближчим соціальним оточенням. Підліток не знаходить оптимального задоволення у спілкуванні з дорослими, зокрема батьками, вчителями. Якісні зрушення самосвідомості у формі виникнення уявлення про себе уже не як про дитину і прагнення увійти у світ дорослих є структурним центром особистості в цей період розвитку [4]. На початку підліткового віку складається ситуація протиріч, яка надалі може ускладнитися, якщо у дорослого зберігається ставлення до підлітка ще як до дитини.

Психологічними особливостями конфлікту у підлітковому віці можуть бути зміст і спрямованість соціальної активності особистості. Виникнення у підлітка „почуття дорослості” визначає появу підвищеного інтересу до засвоєння норм, цінностей, способів поведінки дорослих. Проаналізувавши різноманітні теорії вивчення конфліктів, можна стверджувати, що підлітки найбільше переживають міжособистісні конфлікти з однолітками та дорослими [6]. Психологічні особливості міжособистісних взаємин підлітків з однолітками проявляються в тому, що вони прагнуть зайняти місце в

групі однолітків, яке б відповідало їх претензіям. Підлітковий вік супроводжується виникненням та формуванням як позитивних особистісних якостей (знання, чесність, сміливість), так і негативних особистісних станів (агресивність, конфліктність, непоступливість, суперництво), що стають стійкими особистісними рисами підлітків і перешкоджають гармонійному розвитку і взаємодії з оточуючими. Серед соціально-психологічних детермінант виникнення конфліктних ситуацій, що впливають на особистісне світосприйняття та поведінкові прояви підлітка, вчені виділяють такі, як соціальне оточення (однолітки, батьки, вихователі), власний рівень самооцінки та рівень домагань підлітка, його індивідуальні особливості характеру, самосвідомості, життєву позицію та сформований суб'єктивний контроль, що проявляється у критичних і конфліктних ситуаціях [7].

Діагностика особистісної агресивності і конфліктності (за методикою Е.П. Ільїна та П.О. Ковальова) показала, що в підлітків у цілому переважали середні та високі показники за всіма шкалами (див. табл. 1). Відповіді підлітків засвідчили їх схильність до прояву неврівноваженої поведінки, підозрливості, певної образливості на людей, схильності виражати негативні емоції по відношенню до оточуючих та агресивності у конфліктних ситуаціях. Статеві особливості проявили себе в тому, що у хлопців переважала представленість високих показників за шкалою "позитивна агресія" (53%), тоді як у дівчат за даною шкалою спостерігалась більша представленість середніх показників (78%). Отже, хлопці у своєму ставленні до оточуючого світу проявляють більше запальності, непоступливості, ігнорування думок оточуючих та вважають, що вони здатні до самостійного прийняття рішень.

Показники високого рівня конфліктності більшою мірою були представлені у дівчат (72%), відповіді яких засвідчили їхню

уразливість, непоступливість, підозрілість та схильність до прояву нетерпимості до думок інших; кращим захистом для себе вони вважають упереджуючий напад.

Таблиця 1

Показники вираженості особистісної агресивності і конфліктності
(Е.П. Ільїн та П.О. Ковальов) (%)

Шкали	Низький рівень			Середній рівень			Високий рівень		
	Хлоп	Дівч.	φ	Хлоп	Дівч.	φ	Хлоп.	Дівч.	φ
Позитивна агресія	0	0	0	47	78	1,93*	53	22	1,93*
Негативна агресія	6	28	1,83*	65	39	1,55'	29	33	0,25
Загальна агресія	0	22	2,88**	71	56	0,92	29	22	0,47
Конфліктність	0	0	0	41	28	0,81	59	72	0,81

Примітка: ' - $p \leq 0,1$; * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$.

Вивчення стратегій поведінки підлітків у конфлікті здійснювалося за допомогою методики *К.Томаса*. Було виявлено, що більшість підлітків у конфліктних ситуаціях обирають стратегію суперництва (31%), компромісу (23%) та пристосування (23%). Підлітки, які схильні до суперництва, виражають бажання конкурувати, прагнення добитися задоволення своїх потреб та інтересів на шкоду іншому. Вибір підлітками стратегії компромісу характеризується тим, що конфлікт неважливий для сторін і підлітки готові поступитися, якщо поступляться їм. Дуже рідко для вирішення конфліктних ситуацій підлітки використовують стратегії співробітництва (14%) і уникнення (9%). Такі підлітки не проявляють схильності до кооперації та прагнення до досягнення власних цілей. Дівчата, на відміну від хлопців, більше обирають стратегії пристосування у конфліктній ситуації і характеризуються значною

конформністю, намагаються спільно діяти з іншими, турбуються про їх інтереси та бажання (див. табл. 2).

Таблиця 2

Показники вираженості стратегій поведінки у конфліктній ситуації
(К.Томас) (%)

Шкали	Вибірка дівчат	Вибірка хлопців	φ
Суперництво	28	35	0,44
Співробітництво	16,6	11,7	0,41
Компромiс	16,6	29,4	0,90
Пристосування	33,3	11,7	1,57*
Уникнення	5,5	11,7	0,66

Примітка: ‘ - $p \leq 0,1$; * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$.

Дослідження рівня суб’єктивного контролю особистості за методикою Дж. Роттера показало, що більшість досліджуваних характеризуються екстравертованістю (49%). Найменшими показниками представлені інтровертовані особистості (23%). Серед дівчат було значно більше тих, хто визначав в себе якості інтроверта, а серед хлопців виявлено більше тих, хто визначив у себе якості амбіверта. Підлітки-екстраверти відкриті для зовнішніх впливів, легко налагоджують контакти з іншими людьми. Підлітки-інтроверти націлені приписувати відповідальність за невдачі іншим людям, погано пристосовуються до незвичайних ситуацій і важко входять у чужий для них світ почуттів інших людей. 28% підлітків, характеризуються як амбівертні особистості, тобто здатні успішно та активно взаємодіяти з оточуючими і відповідати за своє життя.

Таблиця 3

Показники вираженості суб’єктивного контролю особистості
(Дж. Роттер) (%)

Шкали	Вибірка дівчат	Вибірка хлопців	φ
Інтроверт	33	12	1,52*
Амбіверт	16	47	2,03**
Екстраверт	51	41	0,59

Примітка: ‘ - $p \leq 0,1$; * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$.

Визначення рівня самооцінки особистості за методикою Будассі в модифікації І.А.Кисельова показало, що більшості досліджуваних 51% притаманна адекватна самооцінка, 43% - висока самооцінка і лише 6% досліджуваних мають низький рівень самооцінки. Це говорить про те, що підлітки у більшості своїй ставлять перед собою досяжні цілі, намагаються співвідносити свої можливості та здібності, критично відносяться до себе і оточуючих людей. Дівчата показали більшу представленість показників низького рівня самооцінки і на відміну від хлопців відрізнялися проявом стійкої невпевненості в собі, відмовою від ініціативи, байдужістю і тривожністю.

Результати кореляційного аналізу засвідчили, що у дівчат загальна агресія тим менша, чим більша їх схильність до прояву компромісу та пристосування і більша – до прояву амбівертного ставлення до ситуацій. Отже, дівчата, які схильні до прояву незначної настороженості або ворожості у ставленні до людей, частіше за все обирають такі стратегії поведінки у конфлікті, як компроміс ($r=-0,41$) та пристосування ($r=-0,40$) (див. табл. 4).

У хлопців високі показники позитивної агресії негативно корелювали із їх схильністю до прояву компромісної поведінки. Виявлений позитивний зв'язок між показниками конфліктності та пристосування ($r=0,5$) вказує на невласивість для хлопців даного віку застосовувати дані стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях. Отже, прояв ініціативності у будь-яких суперечках, нав'язуванням іншим своєї думки, уважність до аргументів опонента у конфлікті, відстоювання власної точки зору на ситуацію, схильність до критики недоліків оточуючих не залишає місця для певного роду поступлення. Якщо хлопцям не подобається встановлене правило, вони намагаються його не виконувати та вважають, що висловлювання "напад - кращий захист" є правильним.

Таблиця 4

Коефіцієнти кореляцій агресії з показниками стратегій поведінки у
конфліктних ситуаціях, що були отримані у дівчат

Шкали методики	Методика Томаса					Методика Роттера	Самооцінка
	суперництво	співробітництво	компроміс	приспосовування	уникнення		
Позитивна агресія	0,16	-0,32	-0,17	0,12	0,23	-0,24	-0,06
Негативна агресія	0,07	0,02	0,09	0,09	0,23	-0,36	0,07
Загальна агресія	-0,42'	0,20	-0,41'	-0,40'	0,04	0,50*	-0,06
Конфліктність	-0,21	0,08	-0,34	0,27	0,26	-0,21	-0,06

Примітка: ' – $p \leq 0,1$; * – $p \leq 0,05$.

Таблиця 4

Коефіцієнти кореляцій агресії з показниками стратегій поведінки у
конфліктних ситуаціях, що були отримані у хлопців

Шкали методики	Методика Томаса					Методика Роттера	Самооцінка
	суперництво	співробітництво	компроміс	приспосовування	уникнення		
Позитивна агресія	0,03	-0,13	-0,69*	0,23	0,23	0,36	-0,06
Негативна агресія	-0,11	-0,03	0,03	0,27	-0,28	-0,02	0,30
Загальна агресія	0,14	0,25	-0,16	0,05	-0,33	-0,13	0,11
Конфліктність	0,28	-0,77*	-0,61*	0,50*	-0,14	-0,03	0,19

Примітка: ' – $p \leq 0,1$; * – $p \leq 0,05$.

Нами також була виявлена статеві специфіка у проявах агресивності-конфліктності у зв'язку з вираженістю показників суб'єктивного контролю: у хлопців високі показники позитивної агресії позитивно корелювали з показниками амбівертності ($r=0,36$), а у дівчат низькі та середні показники загальної агресії – з вираженістю показників інтровертованості ($r=0,36$). Отже, амбівертні хлопці

прагнуть до реалізації та здійснення справедливих ідей, заперечуючи будь-які натяки майже на незначні поступки. Інтровертовані дівчата у конфліктних ситуаціях більшою мірою схильні до застосування стратегій пристосування.

У цілому під час проведення дослідження висунуті завдання були розв'язані, мета досягнута. Наше припущення стосовно того, що психологічні особливості конфліктної поведінки у підлітковому віці мають статеву специфіку і пов'язані з рівнем суб'єктивного контролю над різними життєвими ситуаціями, знайшло своє підтвердження.

Список використаних джерел

1. Ілійчук В. І. Саморегуляція підлітків у подоланні конфліктної поведінки. Київ: ЛИБІДЬ, 1996. - С.55-69.
2. Краковский А.П. О подростках: Содержание возрастной, половой и типологического в личности младшего и старшего подростков. М.: Педагогика. 1970. - С. 170, 192.
3. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение. Учебник для Вузов. - Питер, 2001. - С. 168-180.
4. Обозов Н.Н. Психологія міжособистісних стосунків. – К.: вид.- во «Лебідь», 1990. - С. 82, 90.
5. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии.- М.: Спб Речь.- 2000. – С.103-110.
6. Современный словарь по психологии. – М.: «Современное слово». 1998. - С. 388, 763.
7. Эриксон Э. Детство и общество. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. - СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – С. 158.

Кононенко Р.В., Вікторенко І.Л., Горобець Л.В.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК АЛГОРИТМ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦННЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

Донбаський державний педагогічний університет, м.Слов'янськ, Україна

Резюме. Современные экономические условия требуют от выпускников вуза не только высоких профессиональных знаний, но и наличия хорошего здоровья и соответствующей работоспособности. Здоровьесберегающие технологии предусматривают создание условий для поддержания состояния здоровья, формирование мотивационно-

ценностных установок для полной реализации своего физического, психического, духовного потенциала, воспитание ответственности за выбранный стиль поведения относительно собственного здоровья.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, культура здоровья, мотивация на здоровый образ жизни, физическое развитие, переутомление, вредные привычки.

Багато фактів вказують на те, що участь людини в освітньому процесі є досить виснажливою, що може призвести до погіршення стану здоров'я. Навчання студентів пов'язано з їх здоров'ям: чим воно краще, тим більш продуктивніше навчання. Тому досить актуальним є застосуванні здоров'язберігаючих технологій в навчальному процесі вищого навчального закладу. Знання, володіння і застосування здоров'язберігаючих технологій є важливою складовою професійної компетентності сучасного педагога. Здоров'язберігаючі освітні технології не тільки зберігають здоров'я студентів та викладачів від несприятливого впливу факторів освітнього середовища, але й сприяють вихованню у студентів культури здоров'я.

Формулювання цілей дослідження: 1) аналіз особливостей способу життя студентської молоді, оцінка рівня їх фізичного здоров'я; 2) впровадження в навчальний процес ефективних форм, шляхів і засобів здоров'язберігаючих технологій; 3) формування у студентів культури здоров'я, дієвої мотивації на ведення здорового способу життя.

Дослідження особливостей способу життя студентської молоді проводились з використанням анкетного методу, тестування, бесід із студентами, ознайомлення з медичною документацією. Анкета включала питання: якість сну, харчування, навчання, відпочинку, фізичної активності, наявності шкідливих звичок і уявлення про здоров'я.

Прямим показником здоров'я, як відомо, є фізичний розвиток. Для характеристики фізичного та функціонального стану здоров'я студентів визначали наступні показники: довжина тіла, см; маса тіла, кг; частота серцевих скорочень (ЧСС), уд/хв; артеріальний тиск систоличний та діастолічний (АТс і АТд), мм рт.ст.; життєва ємність легень (ЖЄЛ), мл. Розраховували величини наступних показників: рівень фізичного здоров'я (РФЗ), рівень функціонального стану серцево-судинної системи (РФС с. с. с), рівень функціонального стану системи дихання (РФЗ д.). У результаті даного аналізу можна зробити висновок про рівень фізичного здоров'я, функціонального стану серцево - судинної і дихальної систем організму студента.

Таблиця 1

Розподіл студентів за рівнями фізичного здоров'я (РФЗ)

РФС, у %	низький	нижче середнього	середній	вище середнього	високий
Фізичне здоров'я	61,8	10,3	21,3	4,3	2,3

Незадовільний рівень фізичного здоров'я (низький та нижче середнього) характерний для 72,1% обстежених студентів. Таким чином, явних порушень здоров'я не мають лише 38,2% обстежених студентів. Рівень неблагополуччя здоров'я студентської молоді можна прогнозувати аналізуючи показники рівня функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем.

Таблиця 2

Розподіл студентів за рівнями функціонального стану (РФС) серцево-судинної та дихальної систем

РФС, у %	низький	нижче середнього	середній	вище середнього	високий
Серцево-судинна система	3,3	32,1	51,1	13,5	0
Дихальна система	59,7	7,3	11,8	11,5	9,7

Серед шкідливих факторів, що наносять шкоду здоров'ю студентів треба відмітити низький рівень мотивації на збереження та укріплення індивідуального здоров'я; вплив несприятливих для здоров'я екологічних факторів; відсутність цілісної та цілеспрямованої системи формування культури здоров'я молоді, відсутність моди на здоров'я.

Студент опиняється в нових соціальних та психофізіологічних умовах, адаптація до яких являє собою складний соціально-фізіологічний процес і супроводжується значною напругою компенсаторно-приспосувальних систем організму. Це пояснюється тим, що після закінчення середньої школи молода людина важко звикає до нового розпорядку дня, методів викладання та контролю успішності, до системи щосеместрових іспитів. На процес адаптації до навчання у ВУЗі впливають і несприятливі побутові умови в гуртожитках, потреба щотижневих поїздок до батьків за продуктами харчування тощо.

Надзвичайна напруженість навчальної та позанавчальної роботи, соціальна незрілість студентів, низька фізична підготовленість, невміння організувати свою працю — усе це чинники, що створюють умови для перевтоми студентів, нервових, серцево-судинних та інших захворювань.

Освіта, яка протікає на тлі активного процесу соціалізації особистості, є основним видом діяльності студентів. Саме вона формує певні параметри їх життєдіяльності, що характеризується великим психоемоційним і розумовим навантаженням, необхідністю адаптації до нових умов проживання та навчання, пошуку додаткових джерел заробітку, формуванням особливих міжособистісних відносин поза сім'єю. Все це дає підстави віднести студентство до групи населення з підвищеним рівнем ризику захворювань, серед яких часто

спостерігаються негативні зміни з боку опорно-рухового апарату, в тому числі і порушення постави.

Аналіз літературних джерел свідчить про погіршення здоров'я, зростання захворюваності, різних відхилень в стані здоров'я сучасної молоді. При цьому відмічено, що у значної частини досліджуваного контингенту паралельно діагностується захворювання внутрішніх органів і порушення постави, що вказує на взаємозв'язок цих явищ. Проаналізувавши отримані дані, можна сказати, що ціннісні орієнтації, пов'язані зі здоров'ям і веденням здорового способу життя, поки ще не зайняли належного місця в системі цінностей студента. Це диктує необхідність пошуку нових шляхів формування здоров'я студентів, щоб саме від їхньої активності залежала успішність поширення формули: "здоровим бути модно, стильно і красиво".

Складові здорового способу життя включають елементи, які стосуються всіх аспектів здоров'я – фізичного, психічного, соціального і духовного. Найважливіші з цих елементів – це:

- усвідомлення цінності здоров'я;
- відсутність шкідливих звичок (тютюнової, алкогольної, наркотичної залежності);
- доступ до раціонального, збалансованого харчування;
- умови побуту та праці (якість житла, умови для відпочинку, рівень психічної і фізичної безпеки на території життєдіяльності, наявність стимулів і умов професійного розвитку);
- рухова активність (використання засобів фізичної культури і спорту, різноманітних систем оздоровлення).

Однією з основних причин виникнення патологічних і предпатологічних станів, зростання захворюваності серед студентів є дефіцит рухової активності, обумовлений специфікою їх рухового режиму протягом усього періоду навчання. Важливим фактором

формування здорового способу життя є фізична активність, найпоширенішою формою фізичних рухів - ранкова гімнастика. Вона повинна стати необхідною формою щоденної фізичної активності кожного студента. Завдяки широким можливостям індивідуального вибору, дозуванням вправ, їх різноманітності і ступеня складності, гімнастика вважається універсальною формою реалізації фізичної активності людини. Заняття такими видами оздоровчої гімнастики як хатха-йога, пілатес і класична аеробіка благодійно позначаються на стані здоров'я студентів з порушеннями у стані опорно-рухового апарату. Оздоровча фізична культура – основний засіб покращення стану здоров'я та працездатності студента, що виражається в активізації та удосконаленні обміну речовин, покращенні діяльності центральної нервової системи.

Головним чинником, що найбільше зумовлює стан здоров'я, є спосіб життя, який веде молодь. Здорового способу життя дотримуються небагато юнаків і дівчат (69 %). Доведено, що формування здорового способу життя є набагато ефективнішою й економічно доцільнішою стратегією, ніж постійне збільшення витрат на лікування наслідків нездорового способу життя. Тому необхідним є використання здоров'язберігаючих технологій в вищих навчальних закладах.

Відповідно завдання здоров'язберігаючих технологій передбачають створення умов для підтримки стану здоров'я, вироблення позитивного ставлення до свого здоров'я і здоров'я оточуючих як пріоритетної цінності, формування мотиваційно-ціннісних установок для повної реалізації свого фізичного, психічного, духовного потенціалу, засвоєння знань про сутність здоров'я і здорового способу життя, розвиток умінь і навичок щодо самостійної оцінки свого здоров'я, виховання відповідальності за

вибраний стиль поведінки щодо власного здоров'я. Вирішення цих завдань слугуватиме формуванню відповідних компетенцій у студентів та виникненню дій, спрямованих на ведення здорового способу життя. Отже, створення здоров'язберігючого середовища у вищих навчальних закладах є надзвичайно актуальним в сучасному світі.

Перспективи подальших розробок з обраного напрямку полягають у подальшому обґрунтуванні потреб застосування здоров'язберігаючих технологій в вищих навчальних закладах.

Література

1. Бобрицька В.І. Поведінка людини як чинник формування здорового способу життя. / В.І. Бобрицька // Біологія і хімія в школі. - 2002. - №4. - С.41.
2. Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе / авт.-сост. С. А. Цабыбин. – Волгоград : Учитель, 2009. – 124 с.
3. Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми “Здорова нація” на 2009–2013 роки // Офіційний вісник України. – 2008. – № 37. – С. 5–6.
4. Митяева А. М. Здоровьесберегающие педагогические технологии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. М. Митяева. – М. : Издательский центр “Академия”, 2008. – 360 с.

Королевич А.Н.

ОРИЕНТАЦИЯ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В СЕЛЬСКОЙ ШКОЛЕ

Полесский государственный университет, Пинск, Беларусь

Местом формирования здоровья ребёнка сегодня является, к сожалению, не семья, где знания и опыт родителей часто недостаточны, не медицинские учреждения, занимающиеся болезнями и больными детьми, а система образования. Поэтому целью современного образования является обеспечение не только педагогического, но здоровьесберегающего эффекта: сохранение функционального оптимального состояния организма, устойчивого уровня работоспособности школьников [2].

Стратегической целью педагогической деятельности современной школы является создание условий для воспитания

жизнеспособной личности, всесторонне подготовленной к самостоятельной жизни, ориентированной на ценности, основополагающими из которых являются: жизнь человека, труд, здоровье, культурные и национальные традиции народа и др. Возрастает социальная и педагогическая значимость сохранения здоровья ребенка в процессе образовательной деятельности, определяющего в дальнейшем полноту реализации его жизненных целей и смыслов.

Школа как воспитательный институт на селе призвана создавать педагогические условия для развития возможностей школьников, оказывать влияние на их социокультурный уровень. Комплексная программа укрепления здоровья в сельской школе – это совокупность актов, процедур и действий, необходимая для защиты и обеспечения здоровья и благополучия учащихся. Эта программа включает школьную медицинскую службу, здоровую школьную среду и образование в области здоровья.

При рассмотрении здорового образа жизни школьника особое значение имеют факторы риска, которые кроются в целостном педагогическом процессе, в семье как воспитательном коллективе, в целостно-мотивационной сфере самого ребёнка, которые имеют различную природу и отрицательно действуют на образ жизни.

Главная особенность здоровьесберегающего воспитания – это формирование мотивационной сферы детей, то есть поведенческих реакций, направленных на сохранение и укрепление собственного здоровья. Эта мотивационная направленность в дальнейшем должна доминировать в поведении детей, в их стремлении вести здоровый образ жизни, накапливать здоровьесберегающий потенциал [1].

Сельская школа имеет свои специфические условия работы, которые вызывают значительные трудности в организации учебно-

воспитательного процесса учащихся. Основные трудности связаны с её малокомплектностью. В настоящее время малокомплектная школа требует решения многих проблем: организационных, экономических, психологических, педагогических и методических. Рассуждая на тему ситуации сельских школ, следует также вспомнить о доступности учебных заведений.

Это не только проблема отдалённости, но также вопрос оснащения школ и наличия в них высококвалифицированных педагогических кадров. Реальное положение сельских школ ставит их на более низкий уровень в отношении к школам, расположенных в городах. Для села, факторы риска несколько смягчены благодаря близости человека к природе и большей двигательной, трудовой активности, что приближает их к факторам благополучия в общей картине влияний. Социальные факторы, напротив, обозначены ярче, в силу тяжёлого положения крестьянства. Основные школьные факторы и для села, и для города мало, чем отличаются.

Роль учителя в образовании и воспитании школьников на селе значительно больше, чем в городе, где дети имеют более широкий доступ к источникам информации. Многопрофильность является основным принципом успешности подготовки учителя к работе в малокомплектной школе. Именно педагог должен быть образцом здорового образа жизни, внешне привлекательным и спортивным. Особые требования предъявляются и к коммуникативным навыкам и умениям педагога, которые включают активное слушание, умение разъяснять, задавать вопросы, наличие положительного эмоционального тона.

Сфера деятельности учителя в сельской школе шире, чем в городе. Она не ограничивается классом, группой родителей, дети которых у него обучаются. Он влияет на детей и взрослых постоянно,

независимо от того, где находится: в школе, дома, на собрании. Работая в сельской школе, учитель постоянно находится в контакте с родителями и детьми. Это позволяет ему лучше узнать жизнь каждой семьи, характер отношений, поведение детей вне школы, их интересы, возможности и наиболее полно определить методы и формы учебно-воспитательной работы.

Планирование учебной работы сводится к правильному распределению программного материала, подготовке материально-технической базы и умения учителя использовать все возможности, которыми располагает школа.

В условиях малой школы педагогу предоставляется прекрасная возможность вникнуть до мельчайших деталей в жизнь каждого ученика, рассчитать обучение на каждого школьника, включить всех детей в многообразную деятельность по интересам, увлечь их любимым делом. В процессе такой деятельности и тесного общения учащихся с товарищами, у них развиваются такие качества, таких как дружелюбие, взаимопомощь, поддержка, отзывчивость. Малочисленность класса создаёт условия для привития на уроках физической культуры каждому учащемуся любви к конкретному виду спорта. Зачастую в малокомплектных школах многие ученики становятся «спортсменами-универсалами», защищая честь школы на соревнованиях районного, областного и даже республиканского уровней. Вся работа по физическому воспитанию учащихся малокомплектной школы должна быть направлена на предупреждение утомления на уроках, на обеспечение активного отдыха детей после занятий, укрепление здоровья и совершенствование физической подготовки, посредством систематических занятий в соответствии с возможностями каждой возрастной группы и с учётом условий конкретной сельской школы.

Ориентация школьников на здоровый образ жизни предполагает присутствие в образовательном процессе всех основных компонентов формирования здорового образа жизни современного человека:

- познавательного (получение знаний о здоровом человеке и здорового образа его жизни, способах и методах сохранения и укрепления его здоровья);

- ценностно-ориентационного (формирование стойкой ориентации школьников на здоровый образ жизни, осознание ценности своего здоровья и его приоритета в организации своей жизнедеятельности);

- эстетического (формирование осознания красоты здорового человека, развитие потребностей получать удовлетворение от занятий физической культурой);

- физкультурного (овладение разнообразными формами двигательной активности как неперемного условия здорового образа жизни и фактора становления индивидуального здоровья) [3].

Особенностью физического воспитания в сельской школе является малое количество учащихся в классе. Это создаёт условия для осуществления дифференцированного и индивидуального подходов к школьникам. Возможность дать детям больше, чем предусматривает учебная программа, позволяет точнее подбирать средства и методы с учётом психологических особенностей детей. Большим преимуществом малокомплектных школ по сравнению с крупными городскими школами является развитие духовных контактов взрослых со школьниками, их сотрудничество и духовное взаимообогащение. Большой отпечаток на деятельность школы накладывает национальная особенность и традиции. Но у малокомплектных школ много и таких сторон, которые осложняют обучение и воспитание. Одним из главных является психологическая

неподготовленность молодых специалистов-педагогов к работе в малых классах. В таких классах возрастает число прямых контактов учителя с учениками (с одной стороны – это дифференцированный подход, с другой – усиливается психологическая нагрузка на каждого ученика).

Таким образом, сельский социум представляет собой определённое социокультурное образование, характеризующееся своеобразным сочетанием городских и сельских норм, традиций и старых и новых ценностей. Можно отметить, что проблема сохранения здоровья подрастающего поколения была актуальной на протяжении всей истории развития мировой цивилизации. Не могли оставаться равнодушными к такому положению вещей выдающиеся учёные и педагоги, на что обращали внимание в своих фундаментальных работах, указывая на возможность сохранить и укрепить здоровье школьников педагогическими средствами. Для формирования стойкой позиции в отношении собственного здоровья и здоровья других людей для подрастающего поколения особенно важен пример окружающих взрослых. Известные детям и подросткам социальные нормы, в том числе и в области здоровья, должны стать нормами нравственного поведения. Только на этом этапе знания о том, что хорошо, а что плохо, переходят в убеждения, служат эталоном для самооценки и регуляции собственного поведения и действий.

В сельских районах школе должна отводиться особая роль в формировании установок и ценностных ориентаций детей, потребности у них в здоровье и здоровом образе жизни. И от того, как будет поставлено физическое воспитание в школе, во многом зависит отношение учащихся к двигательной активности и к своему здоровью

не только в период школьного возраста, но и в течение всей последующей жизни.

Литература:

1. Веренич, Г.И. Здоровье и генетические особенности сельских школьников Белорусского Полесья. / Науч. ред. Г.Н. Сердюковская. – Мн.: Наука и техника, 1990. – 238 с.

2. Трофимова, О.Г. Физическое образование школьников как фактор, повышающий интерес к уроку физической культуры и здоровому образу жизни / О.Г. Трофимова. – Ярославль: 2005. – 36 с.

3. Туманян, Г.С. Здоровый образ жизни и физическое совершенствование: учеб.пособие / Г.С. Туманян. – М.: Академия, 2006.- 332 с.

Кохан С.Т. Молчанова Т.В.

КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Забайкальский государственный университет, «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов «Росток» Забайкальского края, г. Чита, Россия

Актуальность. В Российской Федерации, как и во всем мире, артериальная гипертония [гипертензия] (АГ) (термины гипертония и гипертензия являются синонимами и означают повышение давления) остается одной из самых актуальных проблем кардиологии. Это связано с тем, что АГ, во многом обуславливающая высокую сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность, характеризуется широкой распространенностью и, в то же время, отсутствием адекватного контроля в масштабе популяции.[1] Такие осложнения АГ, как инсульт, сердечная недостаточность, ИБС (включая инфаркт миокарда) и хроническая почечная недостаточность имеют огромное социальное, медицинское и экономическое значение. [2]

Особенностью немедикаментозных способов воздействия и несомненным их преимуществом является влияние на весь организм пациентов, а не на отдельные факторы заболевания. Их воздействие способствует мобилизации различных адаптационных и

компенсаторных резервов, имеющих в сердечно-сосудистой системе и в других органах и тканях. [3]

Мероприятия по изменению образа жизни рекомендуются всем больным, в том числе и получающим медикаментозную терапию, особенно при наличии тех или иных факторов риска. Они позволяют:

- снизить АД;
- уменьшить потребность в антигипертензивных препаратах и максимально повысить их эффективность;
- благоприятно повлиять на другие имеющиеся факторы риска;
- осуществить первичную профилактику ГБ и снизить риск сопутствующих сердечно-сосудистых расстройств на уровне популяций. [1]

Эффективность, доступность, отсутствие побочных эффектов, и дешевизна немедикаментозных методов лечения позволяют их широкоприменять, дополняя или заменяя медикаменты. [3] С этих позиций особое значение приобретают естественные физические факторы, которые обладают способностью влиять как непосредственно на формирование и развитие патологического процесса, так и на общие регуляторные функции в целостном организме.[4]. Физкультура и спорт выполняют в обществе множество функций. В первую очередь это наименее затратное и наиболее эффективное средство морального и физического оздоровления нации.[5] В перечне поручений Правительству президента РФ от 21.08.08 № ПР-2248-ГС совершенствование медицинского обеспечения физкультурно-спортивной деятельности определено как приоритетное направление.[6]

Систематические занятия физическими упражнениями улучшают процессы тканевого обмена. Мышечная система в связи с тренировкой обогащается потенциальными элементами, например,

аденозинтрифосфорной кислотой, фосфатиленом и гликогеном. Активируются ферментативные процессы в мышцах, возрастает каталазная активность, образование флавинов, а последнее связано с улучшением дыхания мышечной ткани и окислительно-восстановительных процессов. Под влиянием физических упражнений ток крови значительно возрастает. Это имеет важное значение в связи с тем, что утилизация кислорода тканями значительно повышается. В результате в процессе тренировки мышечная работа осуществляется с меньшей нагрузкой для сердца, что значительно увеличивает амплитуду аккомодации сердечно-сосудистой системы. Суммарное воздействие разнообразных экстракардиальных факторов на гемодинамику усиливается физическими упражнениями и приводит к ускорению кровотока и уменьшению застойных явлений.[3]

В ГКУСО « Центре медико-социальной реабилитации инвалидов « Росток» Забайкальского края процент охвата взрослых пациентов методами лечебной физкультуры составляет: 97- 99%. При отсутствии явных противопоказаний, лечебная физкультура назначалась всем клиентам.

За 2011-2012 годы были взяты основная группа (36 человек) мужчин и женщин в возрасте от 35 до 68 лет с наличием артериальной гипертензии 1 и 2 степени как основного или сопутствующего заболевания. Контрольная группа (34 человека) мужчин и женщин от 33 до 70 лет с наличием артериальной гипертензии 1 и 2 степени как основного или сопутствующего заболевания, которым по тем или иным причинам не занимались лечебной физкультурой (наличие противопоказаний, либо отказ от ЛФК по личным обстоятельствам). В основной и контрольной группе уровень АД был 140-179 и/или 90-109 мм рт. ст. на фоне медикаментозной терапии. В основной группе клиентам были

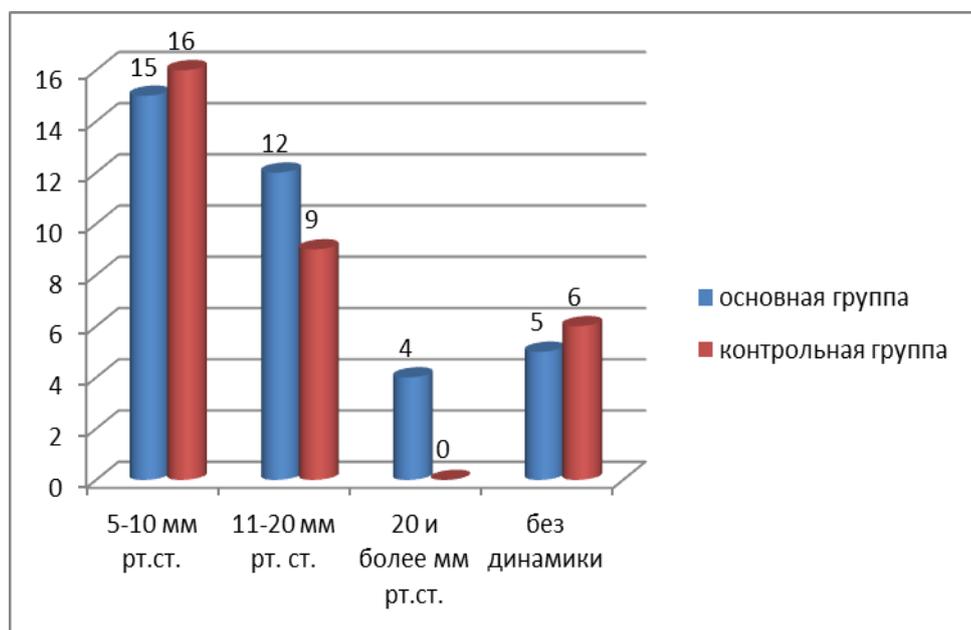
назначены 10 групповых занятий лечебной гимнастикой ежедневно, 5 дней в неделю, продолжительностью 30 минут. Занятия проводились малогрупповым методом (4-8 человек), в первой половине дня. Режим занятий был щадяще-тренирующий или щадящий. Использовались исходные положения: стоя, сидя, лежа. Физические упражнения выполнялись ритмично, в спокойном темпе, с большой амплитудой движений в суставах (в положении лежа). Применялись элементарные физические упражнения, охватывающие все группы мышц. Упражнения с большой амплитудой движения для туловища и головы и упражнения с длительным статическим усилием исключались. Также использовались специальные упражнения на расслабление мышечных групп, на развитие координации, равновесия, дыхательные динамические упражнения. С 5-го занятия в конце тренировки были добавлены занятия по 5-10 минут на тренажерах: беговая дорожка, велотренажер, «Льжи». На протяжении всего занятия использовалось музыкальное сопровождение, которое способствовало не только повышению эмоционального тонуса пациентов, но и облегчало выполнение физических упражнений. Проводился контроль АД перед началом занятий и по их окончанию и через 1-2 часа после. Пульсометрия выполнялась до начала занятий, вводной, основной и заключительной части занятий, через 10-15 минут после окончания занятий. Прирост частоты сердечных сокращений (ЧСС) составлял от 65 до 85% от максимального возрастного пульса, определяемого как «220 -- возраст». Занятия лечебной гимнастикой сочетались с массажем, физиолечением, сауной (при отсутствии противопоказаний), иглорефлексотерапией и работой психолога. В контрольной группе также применялся массаж, физиолечение, сауна (при отсутствии противопоказаний), иглорефлексотерапия и работа психолога. Измерение АД и ЧСС проводилось ежедневно перед

началом процедур и после. К окончанию курса реабилитации были получены результаты изменения уровня АД, представленные в таблице:

Изменение уровня АД	Основная группа	Контрольная группа
Без существенной динамики	5 (13,8%)	6(17,6%)
Снижение АД на 5- 10 мм рт.ст.	15(41,6%)	16(47%)
Снижение АД на 11- 20 мм рт.ст.	12(33,4%)	9 (26,4%)
Снижение АД на 20 и более ммрт.ст.	4 (11,2%)	-

В основной группе выше процент большего снижения АД : на 11-20 мм рт.ст. Снижение АД на 20 и более мм рт.ст. было зарегистрировано только в основной группе. В контрольной группе больше в процентном и количественном отношении окончили курс без существенной динамики АД.

Динамика изменение АД в основной и контрольной группах по окончанию курса реабилитации



Выводы: наши наблюдения еще раз доказывают необходимость дозированных физических нагрузок для снижения АД и достижения целевого уровня. Немедикаментозные методы лечения АГ являются экономически выгодными, т.к. менее затратные, но не менее эффективными при АГ 1 и 2 степени, чем медикаментозные. Поэтому

в нашем Центре мы будем продолжать широко использовать методы ЛФК в комплексной реабилитации инвалидов.

Литература:

1. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) 2010 год.

2. Зидек В. Артериальная гипертензия. – М., 2009.

3. Яшков А.В., Крюков Н.Н., Богатырева М.В. Современные методы восстановительной медицины в лечении артериальной гипертензии. – Самара 2007.

4. Быков В.Т., Чернышев А.В. Оптимизация профилактических мероприятий у пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физкультуры №2 – 2012 - С. 3-6.

5. Кокорина Е.П., Рудякова С.Е. Занятия массовой физической культурой и спортом в субъектах Российской Федерации как фактор формирования здорового образа жизни. // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физкультуры №6 – 2012 - С. 49-50.

6. Разумов А. Н., Ромашин О.В. и др. Физкультура в системе целенаправленного оздоровления человека на этапах медицинской реабилитации. // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физкультуры №3 – 2012 - С. 46-49.

Коршунова Р. Л.

ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ

ПІДЛІТКІВ

Донбаський державний педагогічний університет, м. Слов'янськ, Україна

Резюме. В статті розкривається поняття девіантне поведінку непершореннолетніх, которе має свою специфічну природу и рассматривается, как результат социопатогенеза, идущего под влиянием различных целенаправленных, организованных и стихийных, неорганизованных воздействий на личность подростка. Среди причин, обуславливающих предрасположенность к различным видам отклонений являются различные социально-психологические, психолого-педагогические, психобиологические факторы, а особенно личностные особенности личности подростка, знание которых

необходимо для эффективной воспитательной профилактической деятельности.

Ключевые слова: девиантное поведение, девиация, девиант, аддиктивное поведения, антисоциальное поведение, индивидуально-типологические особенности личности.

Підлітковий вік – один з найбільш складних періодів розвитку людини. Саме в підлітковому віці переважно відбувається формування характеру та інших основ особистості. Такі обставини як перехід до самостійності, зміна звичного шкільного навчання на інші види соціальної діяльності, а також бурхлива гормональна перебудова організму – роблять підлітка особливо уразливим до негативних впливів середовища. При цьому необхідно враховувати властиве підлітком прагнення вивільнитися з-під опіки і контролю рідних, вчителів і інших вихователів. Нерідко це прагнення приводить і до заперечення духовних цінностей і стандартів життя взагалі старшого покоління, що часто веде до так званої проблеми відхилення в поведінці, що є однією з центральних психолого-педагогічних проблем.

Девиантна поведінка неповнолітніх має свою специфічну природу і розглядається, як результат соціопатогенеза, що йде під впливом різних цілеспрямованих, організованих і стихійних, неорганізованих дій на особистість підлітка. Серед причин, що обумовлюють схильність до різних видів відхилень є різні соціально-психологічні, психолого-педагогічні, психобіологічні чинники, а особливо особистісні особливості особистості підлітка, знання яких необхідне для ефективної виховної профілактичної діяльності.

Термін “девиантна поведінка ввів у широке використання російський вчений Я.І.Гілінський; в наш час цей термін вживається рівнозначно з терміном поведінка що відхиляється”. Сучасні

вітчизняні дослідники девіантною визначають поведінку, що відхиляється від встановлених суспільством норм та стандартів, були б то норми психічного здоров'я, права, культури, моралі (В.В.Ковальов, І.С.Кон, В.Р.Степанов, Д.І.Фельдштейн та інші.).

У зарубіжній психології при визначенні девіантності підкреслюється аспект відповідності, або невідповідності соціальним нормам – очікуванням; девіантною є поведінка, котра не задовольняє соціальні очікування даного суспільства, а також поведінка котра не задовольняє соціальне очікування даного суспільства в конкретний проміжок часу (Е.Дюркгейм, Д.Клагес, В.Мертон, Г.Смелзер, Т.Шибутані, Г.Шуесслер та ін.).

В будь-якому соціальному суспільстві завжди існують соціальні норми прийняті в даному суспільстві, тобто правила, за якими це суспільство живе. Відхилення від цих норм або недотримання їх, являється вже соціальним відхиленням, або девіацією.

Девіантна поведінка дітей та підлітків (лат. *deviatio* – відхилення) – вчинки та дії, що не відповідають очікуванням та нормам, котрі фактично склалися або офіційно встановлені в даному суспільстві. Існування будь-якої системи (фізичної, біологічної, соціальної) є динамічним станом, єдністю процесів збереження та мінливості. Девіації являються всезагальною формою, механізмом, способом зміни, а в результаті і життєдіяльності, розвитку кожної системи. Чим вищий рівень її організації (організованості), тим система динамічніше, тим більше значимі зміни як спосіб збереження.

Оскільки функціонування соціальних систем нерозривно пов'язано з людською життєдіяльністю (предметною, колективною, свідомою діяльністю, суспільної людини), соціальні девіації реалізуються, в кінцевому рахунку, також шляхом девіантної поведінки.

Під девіантною поведінкою розуміють:

1.Вчинок, дії людини, що не відповідають офіційно встановленим, в даному суспільстві нормам (стандартами, шаблонами).

2.Соціальне явище, що виражене в масових формах людської діяльності, яке не відповідає офіційно встановленим, або фактично затвердженим в даному суспільстві нормам.

Р.Мертон, використовуючи запропоноване Е.Дюркгеймом поняття “аномія” (стан суспільства, коли старі норми і цінності вже не відповідають реальним відношенням, а нові ще не затвердилися), причиною відхилення поведінки вважає неузгодженість між цілями, що пропонує суспільство, та засобами, котрі воно пропонує для їх досягнення.

В сучасній вітчизняній соціології безсумнівний інтерес представляє позиція Я.І.Гілінського, вважаючого джерелом девіації наявність в суспільстві соціальної нерівності, високого ступеня роздрібненостей в можливостях задоволення потреб для різних соціальних груп.

Серед причин, що обумовлюють схильність до різних видів відхилень є різні соціально-психологічні, психолого-педагогічні, психобіологічні чинники, а особливо особистісні особливості особистості підлітка, знання яких необхідне для ефективною виховної профілактичної діяльності.

Девіантна поведінка особистості у підлітковому віці, її відносна частота та форми прояву дослідники пов'язують із обумовленим прискоренням фізичного розвитку і статевого дозрівання на фоні соціальної нестабільності та руйнації старих стереотипів при відсутності нових. Виявлення причин, умов і факторів, що детермінують девіантну поведінку, стало пріоритетним завданням

сучасної психологічної науки. Ми звернули увагу на особистісні чинники, що діють на рівні психологічних передумов девіантної поведінки особистості в підлітковому віці.

Виходячи з теоретичного аналізу психологічної наукової літератури з проблематики девіантної поведінки у підлітків метою емпіричної частини дослідження стало визначення схильності підлітків до поведінки з відхиленням, типу особистості, а також схильність до поведінки з відхиленням на фоні психологічних особистісних розладів.

Дослідження проводилося у м. Слов'янську Донецької області. У вибірку ввійшло 50 осіб. Це підлітки віком від 14-15 та 16-17 років (згідно вікової періодизації Еріксона).

У якості психодіагностичного інструментарію були використані наступні методики: методика виявлення «типу особистості» і «вірогідних розладів» даного типу Дж. Олдхема та Л.Морріса, методика діагностики схильності до поведінки з відхиленнями А.Н.Орел, діагностика особистісних розладів за допомогою багатфакторного опитувальника ММРІ («Міні – мульт»).

В роботі ми звернули особливу увагу на індивідуальні чинники, що діють на рівні психобіологічних передумов девіантної поведінки. Емпіричне дослідження підтвердило припущення про те, що схильність до поведінки з відхиленням у підлітків пов'язана з типом особистості та певними особистісними властивостями, що безпосередньо впливають на поведінку.

Ми можемо спостерігати на виборці учнів 9-го класу сильну залежність між шкалами «Схильності до агресії та насилля» та «Істерія», що говорить про взаємозалежність показників схильності до агресії та прояву насильства, а разом з цим показників наявності неврологічних захисних реакцій конверсійного типу, головною

особливістю таких осіб є прагнення здаватися значущим, кращим за інших, мають бажання бути об'єктом милування.

Найбільш домінантними є прояв високих рівнів за такими шкалами у дев'ятикласників, як «Авантюрний–антисоціальний» – 56%, «Схильність до подолання норм и правил» – 52% «Агресивний – садист» – 44%, «Схильність до адекватної поведінки» – 32%, «Самовпевнений – нарцисизм» – 32%. Це вказує на те, що значна кількість учнів класу мають свою особливу систему цінностей. На них не сильно впливають інші люди або норми суспільства; вони люблять ризик та приймають участь в самих небезпечних справах, дані якості вдало переплітаються з агресивністю, що може переходити у садизм, разом з цим учні впевнені в собі, занадто розраховують на свою вдалість схильні проявляти нарцисизм.

За шкалою «Вольового контролю емоціональних реакцій» спостерігається, що в учнів 9-го класу вищий рівень здатності контролювати власні емоційні реакції – 16% з класу, а серед учнів 11-го класу лише – 8%, отже можна говорити, що частка учнів, що мають здатність вдало контролювати власний емоційний фон та прояви емоційних реакцій значно нижча в одинадцятикласників в порівнянні з дев'ятикласниками. Отже учні 11-го класу мають слабкий контроль емоційної сфери, а також це свідчить про схильність до реалізації негативних емоцій безпосередньо в поведінці, а також це говорить про незформованість вольового контролю своїх потреб і чуттєвих потягів.

Серед учнів одинадцятого класу за цими ж методиками домінативного характеру набули шкали «Психопатія» – 36% та «Схильність до подолання норм і правил» – 36%. Це вказує на соціальну дезадаптованість осіб, на агресивність і конфліктність, що

нехтують соціально – встановленими порядками, нормами і цінностями. Достатнього вираження має шкала «Дозвільний – пасивно-агресивний»–32%, та «Агресивний – садист» – 32%, «Істерія» – 32% та «Схильність до агресії та насилля» – також 32%. Такі особи мають не стабільний емоційний фон, вони легко збуджуються та можуть чинити не досить адекватно вчинки, вони запальні, проте являються досить чутливими, можуть легко образитися та проявити це в нестандартній формі, наприклад вдатися до агресивних дій.

На виборці учнів 9-го класу було виявлено сильну залежність між шкалами «Схильність до агресії та насиллю» та «Істерія», що вказує про взаємозалежність схильності до агресії та прояву насильства з показниками наявності неврологічних захисних реакцій конверсійного типу, головною особливістю таких осіб є прагнення здаватися значущими, кращими за інших. Також була виявлена між шкалами «Істерія» та шкалою «Вольового контролю емоційних реакцій» негативна помірною залежність, тобто негативний коефіцієнт кореляцій. Також ситуація між шкалами «Істерія» та «Схильність до деліквентної поведінки». Високий кореляційний показник ми отримали між шкалами «Гіпоманія» та «Схильність до агресії та насилля», разом з цим шкала «Самовпевнений – нарцисизм» якісно корелює зі шкалами «Схильність до аддиктивної поведінки» та «Схильність до агресії та насилля».

Використавши методи математичної статистики, зокрема кореляцію Пірсона виявили взаємозв'язки між шкалами. На виборці учнів 9-го класу було виявлено сильну залежність між шкалами «Схильність до агресії та насилля» та «Істерія», що вказує про взаємозалежність схильності до агресії та прояву насильства з показниками наявності неврологічних захисних реакцій

конверційного типу. Також була виявлена кореляція між шкалами «Істерія» та шкалою «Вольового контролю емоційних реакцій» (негативна помірною залежність), що вказує на те, що при зниженні контролю емоційних реакцій підвищується рівень істерії. Високий кореляційний показник ми отримали між шкалами «Гіпоманія» та «Схильність до агресії та насилля», разом з цим шкала «Самовпевнений – нарцисизм» якісно корелює зі шкалами «Схильність до аддиктивної поведінки» та «Схильність до агресії та насилля».

Порівнявши отримані показники кореляцій 11-го класу з учнями 9-го класу ми помітили певні розбіжності між взаємозв'язками залежностей показників шкал. Шкала «Агресивний – садист» та шкала «Схильність до деліквентної поведінки» навпаки на виборці учнів 11-го класу не має взаємозалежності, про те шкала «Агресивний – садист» достатньо якісно корелює зі шкалою «Схильність до подолання норм та правил». На відміну від виборки учнів 9-го класу, в цьому випадку ми можемо спостерігати помірну залежність шкали «Істерія» та шкал «Схильність до аддиктивної поведінки» і «Схильність до деліквентної поведінки», також ми отримали сильну взаємозалежність шкал «Психопатія» та «Схильність до аддиктивної поведінки», що говорить про те, що особи котрі є агресивними, нехтують нормами та правилами, мають соціальну дезадаптацію, схильні до аддиктивної поведінки.

У підлітків віком 14 – 15 років схильність до девіантної поведінки обумовлена наступними типами особистості: «Авантюрист – антисоціальний», «Агресивний – садист», «Схильність до подолання норм і правил». Схильність до девіантної поведінки підлітків віком 16 – 17 років обумовлена такими типами особистості як «Дозвільний – пасивно-агресивний», «Агресивний–садист», що

проявляються на фоні таких особистісних властивостей як істерія, психопатія, зхильність до агресії та насильства. Взагалі, схильність до девіантної поведінки на більш високому рівні представлена у підлітків першої вікової групи, а саме у 14 – 15 літніх, що обумовлюється не стабільним емоційним фоном, не якісно зформованим механізмом суб'єктивного контролю. Підліткам даного віку більш притаманними є такі типи особистості, як "Самовпевнений – нарцисизм" та "Агресивний – садизм", що мають прояв на фоні особистісних властивостей як "Істерія", "Гіпоманія", "Психопатія", що безпосередньо впливають на зхильність до поведінки що відхиляється від норми.

Отже, в результаті проведеного нами дослідження був виявлений вплив особистісних особливостей та типу особистості на схильність до девіантної поведінки, тобто гіпотеза підтвердилася.

Література:

1. Зайцева З.Г. Школа та важковиховувані підлітки: Книга для вчителя. – К.: Рад.шк., 1991. – 77 с.
2. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения: Учебное пособие для вузов. – М.: Юрайт - М, 2001 . – 160 с.
3. Максимова Н.Ю., Толстоухова С.В. Соціально-психологічний аспект адиктивної поведінки підлітків та молоді . – К., 2000. – 200 с.

Краснова Л.Е.

**РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ
СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ СРЕДСТВАМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ
ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ**

МБДОУ № 15, Г. Белгород, Россия

Общение выступает в качестве одного из основных условий развития ребенка, важнейшего фактора формирования его личности, наконец, ведущего вида человеческой деятельности, направленного на познание и оценку самого себя через посредство других людей.

Общепризнано, что всестороннее развитие ребенка происходит на основе освоения культурно-исторического опыта, носителем которого является взрослый. Этот процесс имеет сложный характер, в нем немаловажную роль играет организованное общение ребенка со взрослым. Вместе с тем, для полноценного развития дошкольника важен не только сам процесс общения со взрослым, но также велика и роль общения со сверстниками. Первый опыт таких отношений становится тем фундаментом, на котором строится дальнейшее развитие личности. Резюме. В данной статье речь идет об организации такого важного процесса, как развитие коммуникативной активности дошкольников, со сверстниками и взрослыми и о способах решения данной проблемы у детей, которые имеют речевые нарушения. Статья может быть рекомендована воспитателям групп компенсирующей направленности для детей с речевыми нарушениями, учителям-логопедам и педагогам-психологам, работающим с данной категорией детей.

ти. От того, как сложатся отношения ребёнка в первом в его жизни коллективе – группе детского сада – во многом зависит последующий путь его личностного и социального развития, а значит и его дальнейшая судьба.

Основной проблемой, с которой сталкивается ребенок с нарушениями в развитии уже в раннем возрасте, является трудность установления взаимоотношений с окружающими взрослыми людьми, которым принадлежит ведущая роль в создании адекватных и развивающих условий коммуникативной деятельности детей, что является важнейшим фактором их нормального психического развития. Этот сложный процесс связан с деятельностью ребенка, которая на каждом возрастном этапе приобретает новые черты и особенности.

Особую важность эта проблема приобретает в настоящее время, когда нравственное и коммуникативное развитие детей вызывает серьёзную тревогу. Действительно, всё чаще взрослые стали сталкиваться с нарушениями в сфере общения, а также с недостаточным развитием нравственно-эмоциональной сферы детей. Ни для кого не секрет, что лучший друг для современного ребёнка – это телевизор или компьютер, а любимое занятие – просмотр мультиков или компьютерные игры. Дети стали меньше общаться не только со взрослыми, но и друг с другом. А ведь живое человеческое общение существенно обогащает жизнь детей, раскрашивает яркими красками сферу их ощущений.

Поэтому мы в нашем детском саду стараемся большое внимание уделять развитию эмоциональной и коммуникативной сферы ребёнка. И хотя, приоритетным все же остается интеллектуальное развитие, все педагоги ДООУ на сегодняшний день убеждены, что, не развивая эмоционально детей, им будет очень тяжело социально адаптироваться в дальнейшем к обучению в школе и к новым взаимоотношениям с окружающими, выйдя из стен детского сада. Очень часто наблюдение за ребёнком показывает наличие определенных нарушений в общении – уход от контактов со сверстниками, конфликты, драки, нежелание считаться с мнением или желанием окружающих. Это происходит не потому, что дети не знают правил поведения, а потому, что даже старшему дошкольнику трудно понять обидчика и почувствовать, что испытывает другой.

Умение эффективно общаться зависит от многих факторов и, в большей степени, от отношений со значимыми взрослыми, а также от индивидуальных особенностей самого ребёнка. Очень часто трудности в общении испытывают дети с общим недоразвитием речи. Помимо того, что у них страдают высшие психические функции:

память, внимание, мышление, задела и эмоционально-личностная сфера: несформированность дифференциации эмоциональных состояний и саморегуляции; небольшой объем мимических и пантомимических средств, слабость артикуляционной и тонкой моторики, - все это снижает коммуникативные возможности детей. Дети осознают свое нарушение, и поэтому у них появляется негативное отношение к речевому общению, невозможность высказать своё пожелание; повышенная ранимость и обидчивость. А ведь общение со сверстниками становится все более привлекательным для старшего дошкольника, поскольку именно этот период благоприятен для формирования ситуативно-деловой формы общения с другими детьми.

Ребёнок, который мало общается со сверстниками и не принимается ими из-за неумения организовать общение, быть интересным окружающим, чувствует себя уязвленным и отвергнутым, что может привести к эмоциональному неблагополучию: снижению самооценки, возрастанию робости в контактах, замкнутости, формированию тревожности или к чрезмерной агрессивности поведения. Во всех случаях такой ребёнок сосредоточен на своём “Я”, которое замкнуто на своих недостатках и обособлено от других. Доминирование такого отчуждённого отношения вызывает естественную тревогу, поскольку оно не только затрудняет общение дошкольника со сверстниками, но и в дальнейшем может принести массу всевозможных проблем.

Чем могут взрослые помочь ребёнку преодолеть эти опасные тенденции, порождающие различные трудности в общении, агрессивность, замкнутость и полную пассивность? Необходимо постоянно побуждать у детей подлинный интерес к окружающим их людям, их потребностям, обучать совместному поиску решений

выхода из конфликтных ситуаций, поддерживать их стремление всё время оставаться в контакте, извлекая опыт даже из неудачного общения. Все эти навыки и позволят ребёнку управлять своим эмоциональным состоянием, что является условием дружественного и плодотворного общения с окружающими.

Эти два взаимосвязанных навыка - умение контролировать свои эмоции и умение общаться наилучшим образом формируются в процессе детского коллективного творчества и художественного освоения мира, которые порождают особую эмоциональную атмосферу, благотворно действующую на психику ребёнка.

Большое внимание уделяется формированию дружеских и тёплых отношений детей друг к другу, считая, что много здесь зависит от чуткого педагога, который должен обучать детей позитивным приёмам общения, учить анализировать причины конфликтов и вырабатывать умение самостоятельно их регулировать.

Для этого нами в коррекционной работе в различной последовательности используются:

коммуникативные игры;

беседы на различные темы;

чтение и обсуждение художественных произведений;

разыгрывание и решение “трудных ситуаций”;

психогимнастика;

минутки релаксация;

обыгрывание эмоционального состояния героев прочитанных произведений;

подвижные и малоподвижные игры.

Подводя итоги описания своей работы по развитию навыков общения и оптимизации эмоционального контроля у дошкольников, хотим подчеркнуть последовательный и коллективный характер этой

работы, проводимой совместно с воспитателями, с музыкальным руководителем, психологом, педагогом по Изо-деятельности детского сада.

Кузнецова А. В.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ
В КОРРЕКЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ**

ГБОУ СКОШ №991, Москва, Россия

Проблема сохранения здоровья детей и подростков является остроактуальной для современного социума. Однако в настоящее время проявляется стойкая тенденция ухудшения показателей здоровья наряду с увеличением количества детей, имеющих хронические заболевания.

По данным Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков количество здоровых детей снизилось в три раза. Как свидетельствует статистика, распространенность патологии и заболеваемости среди детей в возрасте от трех до 17 лет ежегодно увеличивается на 4-5 %.

Определяющим фактором в системе сохранения и укрепления здоровья школьников является образовательный процесс, построенный с учетом норм и правил, способствующих сохранению и укреплению здоровья учащихся и включение системы здоровьесберегающих технологий. Таким образом, коррекционно-образовательная среда должна быть здоровьесберегающей и здоровьеукрепляющей.

В создавшейся ситуации целесообразно активное использование педагогических технологий, нацеленных на охрану здоровья школьников. Помимо традиционных здоровьесберегающих

технологий в коррекционно-педагогическом процессе эффективно применение нетрадиционных здоровьесберегающих технологий. Рассмотрим более подробно нетрадиционные здоровьесберегающие компоненты, применяемые в нашей педагогической деятельности:

1.Элементы Су-Джок терапии. Су-Джок терапия – это воздействие на биоэнергетические точки с целью активизации защитных функций организма. В коррекционно– педагогической работе приемы Су-Джок терапии активно используются в качестве массажа для развития мелкой моторики пальцев рук, а так же с целью общего укрепления организма.

Во время коррекционной деятельности следует стимулировать активные точки, расположенные на пальцах рук при помощи различных приспособлений (шарики, массажные мячики, грецкие орехи, колючие валики). Эта работа проводится перед выполнением заданий, связанных с рисованием и письмом, в течение 1-2 минут.

2. Кинезотерапия. В коррекционной работе можно использовать некоторые кинезиологические упражнения, направленные на совершенствование высших психических функций мозга, развитие подвижности нервных процессов, и синхронизацию работы двух полушарий коры головного мозга.

Целесообразно применять данные упражнения, когда учащимся предстоит интенсивная умственная нагрузка, требующая раскрытия интеллектуального потенциала и элементов творчества. Комплекс кинезеологических упражнений рекомендуемый к применению перед началом работы: "Кулак-ребро-ладонь", "Колечко", "Ухо-нос", "Лягушка", "Замок", "Лезгинка".

Так же эффективно в структуру коррекционных занятия включать несколько кинезиологических упражнений направленных на

развитие точности движений пальцев и способности к переключению с одного движения на другое.

3. Биоэнергопластика. Данная технология представляет собой соединение движений артикуляционного аппарата с движениями кисти руки. Значимость биоэнергопластики в том, что развитие артикуляционной моторики у детей с нарушенными кинестетических ощущений ускоряется, так как работающая ладонь многократно усиливает импульсы, идущие к коре головного мозга от языка.

В коррекционно-педагогическом процессе используется комплекс динамических упражнений, направленный на нормализацию мышечного тонуса, переключаемости движений: “Качели”, “Утюжок”, “Футбол”, “Часики” и комплекс статических упражнений, способствующий развитию мышечной силы, динамической организации движения: “Улыбка”, “Хоботок”, “Лопаточка”, “Чашечка”, “Горка”, “Парус”.

Педагог может самостоятельно подобрать движение руки под любое артикуляционное упражнение. Необходимо привлечь внимание каждого ребенка к одновременности выполнения артикуляционных движений с работой кисти; их ритмичности и четкости.

4. Музыкаотерапия. Данный метод основан на эмоциональном восприятии музыки, а так же использовании музыки для влияния на самочувствие человека. Музыкаотерапия включает: прослушивания музыкальных произведений, пение песен, ритмические движения под музыку, музыкальные паузы на занятиях, сочетание музыки и изобразительной деятельности, игра на детских музыкальных инструментах, музыкальные упражнения.

Примерный список произведений классической музыки, рекомендуемый для прослушивания детьми с ограниченными возможностями здоровья:

— «Мазурка» Шопен, «Вальсы» Штрауса, «Мелодии» Рубинштейна (используется для уменьшения чувства тревоги и неуверенности).

— «Кантата № 2» Баха, «Лунная соната» Бетховена (используется для уменьшения раздражительности).

— «Симфония №6» Бетховена, часть 2, «Колыбельная» Брамса, «Аве Мария» Шуберта (используется для общего успокоения, расслабления).

— «Шестая симфония», Чайковского, 3 часть, «Увертюра Эдмонд» Бетховена (используется для поднятия общего жизненного тонуса, улучшение самочувствия, активности).

— «Времена года» Чайковского, «Лунный свет» Дебюсси, «Симфония № 5» Мендельсона (используется для повышения концентрации внимания, сосредоточенности).

5. Релаксация. Релаксационные упражнения для детей выполняются в игровой форме. Наиболее эффективно использовать комплекс релаксационных упражнений, который предполагает расслабление мышц лица, плечевого пояса, мышц шеи, корпуса.

Комплекс релаксационных упражнений состоит из трех блоков:

1) Релаксационные настройки: “Воздушные шарик”, “Облака”, “Лентяи”, “Водопад”.

2) Релаксационные упражнения для снятия напряжения с мышц туловища, рук, ног: “Спящий котёнок”, “Шишки”, “Холодно – жарко”, “Солнышко и тучка”.

3) Релаксационные упражнения для снятия напряжения с мышц лица: “Улыбка”, “Солнечный зайчик”, “Пчелка”, “Бабочка”.

Для достижения нужного эффекта достаточно по 1-2 упражнению из каждого блока, все упражнения выполняется 2-3 раза.

6. Игровой стретчинг. Стретчинг — комплекс упражнений направленный на снижение мышечного напряжения, повышения эластичности мышц. Методика игрового стретчинга состоит из целого ряда несложных упражнений. Каждое упражнение носит вполне законченную смысловую нагрузку, называется именем животного и выполняется согласно написанному сценарию.

Целесообразно ежедневное проведение утренней гимнастики с элементами игрового стретчинга. Предлагаются некоторые упражнения: «Кошка», «Змея», «Рыбка», «Бабочка», «Птичка», «Носорог», «Зайчик». Каждое упражнение повторяется 3-4 раза.

В результате занятий гимнастикой с элементами игрового стретчинга происходит оздоровление организма ребенка в целом. Регулярные занятия стретчингом воспитывают у детей волю и уверенность в себе

Эффективность использования нетрадиционных здоровьесберегающих технологий состоит в том, что они:

- благотворно влияют на состояние физического и психического здоровья, на психику ребенка,
- активизируют познавательный интерес и обеспечивают положительные результаты в процессе обучения,
- повышают работоспособность и мотивационную готовность детей,

Лимаренко О.В., Лимаренко А.А.

**ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОРТИВНО
ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА ФИЗИЧЕСКОГО
ВОСПИТАНИЯ УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ С
УЧЕТОМ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ**

Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь

На фоне социально-экономических преобразований, происходящих в стране, школьная физическая культура переживает серьезный кризис [4]. По мнению ученых и практиков, в настоящее время наблюдается существенное снижение интереса детей к физическим упражнениям, а в целом происходит сокращение двигательной активности у младших школьников (в среднем на 50 % по сравнению с дошкольниками). На наш взгляд, в этих условиях одним из вариантов решения данной проблемы для общеобразовательных школ будет организация спортивно ориентированного подхода физического воспитания учащихся начальных классов с учетом развития их физических качеств.

Педагогический эксперимент был организован на базе МАОУ Усть-Илимский «Экспериментальный лицей» научно-образовательный комплекс». Сущность педагогического эксперимента заключалась в том, что из учащихся вторых классов, равных по уровню физической подготовленности были определены экспериментальная ($n = 18$) и контрольная ($n = 18$) группы. Учебный процесс в контрольной и экспериментальной группах строился в соответствии с Программой по физическому воспитанию. Отличие состояло в том, что в экспериментальной группе (ЭГ) организация занятий базировалась не на школьном классе, а на тренировочных группах, сформированных по результатам тестовых испытаний с учетом особенностей развития двигательных качеств по предложенному спортивно ориентированному подходу, каждая тренировочная группа работала по своему плану, каждое третье занятие проводилось в соответствии с вариативной частью программы, оно же включалось в содержание основной части

программы в объеме 35-45 % от общего количества времени в остальные два занятия физической культуры. В контрольных (КГ) группах такого распределения не проводилось и все работали по единому плану в рамках традиционного физического воспитания (классно-урочная форма обучения). Как в КГ, так и в ЭГ занятия проводились три раза в неделю. Экспериментальным фактором в ЭГ являлась целенаправленная коррекция учебного процесса на основе индивидуализации средств, методов развития физических качеств. Одним из условий проведения педагогического эксперимента было сравнение начальных и конечных результатов опытных факторов экспериментальных и контрольных групп. Все дети, занятые в педагогическом эксперименте были допущены к занятиям физической культурой в основной группе. Для определения степени воздействия предлагаемого нами спортивно ориентированного подхода физического воспитания, до и после педагогического эксперимента проводилось тестирование физической подготовленности детей, занимающихся в контрольных и экспериментальных группах.

Спортивно ориентированный подход физического воспитания учащихся начальных классов с учетом развития физических качеств был разработан на основании анализа научно-методической литературы [1, 2, 3 5], условий организации работы по физическому воспитанию в лицей, а также результатов проведенного исследования физической подготовленности и опирается на следующие положения:

- форма организации процесса физического воспитания учащихся вторых классов должна обеспечивать как можно больше возможностей для освоения каждым из них ценностей физической культуры и спорта в соответствии с задатками, способностями, уровнем физической подготовленности и состоянием здоровья;

- обязательность использования технологий спортивной, общефизической и оздоровительной тренировки;

- объединение учащихся одного класса в учебные группы относительно однородные по уровню физической подготовленности.

Цель спортивно ориентированного подхода физического воспитания с учетом развития двигательных качеств – поддержание и укрепление здоровья школьников на основе повышения их уровня физической подготовленности, привитие жизненно необходимых навыков.

Данный подход преследовал решение следующих задач:

1. Развитие индивидуальных способностей ученика, выявление и ликвидация слабых сторон физической подготовленности, основанных на принципах спортивной тренировки, средствами гимнастики, легкой атлетики, подвижных игр, лыжной подготовки на необходимом игровом и положительном эмоциональном фоне, личной добровольной и осознанной активности.

2. Воспитание потребности и умения самостоятельно заниматься физическими упражнениями. Сознательно применять их в целях отдыха, тренировки, повышения работоспособности.

Организационно, спортивно ориентированный подход предполагал деление учащихся в классе на тренировочные группы разной физической подготовленности, которая определялась по результатам тестовых испытаний в беге на 30 м, в беге на 1000 м, подтягивании на высокой (низкой) перекладине из виса. В первую группу вошли учащиеся с преобладанием аэробной работоспособности, характеризующиеся относительно более высоким уровнем проявления общей выносливости и низким уровнем – скоростных качеств. Вторая группа объединила учащихся с выраженной анаэробной работоспособностью, показывающих

относительно высокий уровень физической подготовленности в проявлении скоростных качеств и низкий уровень – общей выносливости. В третью группу были определены ученики с относительно равномерным проявлением скоростных качеств и общей выносливости.

Процесс физического воспитания учащихся начальных классов складывался из содержания образования по физической культуре, рекомендованного Министерством образования Российской Федерации (В.И. Лях, 2008) – базовый компонент; вариативный компонент формировался на разработанном подходе, включал учебный материал по освоению двигательных умений и навыков, развитию физических качеств. Содержание программы вариативной части учебного занятия для второклассников предусматривало от общего времени: теоретическую подготовку – 5%; коррекционную гимнастику – 7%; общеразвивающие упражнения с предметами и без предметов – 8%; силовые упражнения – 10%; упражнения для развития гибкости 5%; беговые упражнения – 65%. При планировании содержания занятий средства подбирались таким образом, чтобы обеспечить равномерное развитие скоростных качеств и выносливости, при этом соотношение объемов физических нагрузок различной направленности с учетом развития физических качеств было следующее.

Для учащихся первой тренировочной группы спланировали занятия с преимущественным развитием общей выносливости, в месячном цикле два микроцикла на развитие общей выносливости (74%) и один – на развитие скоростно-силовых качеств (26%).

Для учащихся второй тренировочной группы занятия планировались с преимущественным развитием скоростных качеств,

месячный цикл состоял из двух микроциклов на развитие скоростных качеств (45%) и одного – на развитие общей выносливости (55%).

Для учащихся третьей тренировочной группы средства подбирались таким образом, чтобы обеспечить равномерное развитие скоростных качеств и выносливости, месячный цикл содержал два микроцикла на развитие общей выносливости (65%) и два – на развитие скоростных качеств (35%), которые чередовались в определенной последовательности (выносливость – скорость – выносливость – скоростью).

При планировании микроциклов на развитие общей выносливости и скоростных качеств учитывались основные свойства адаптации детского организма [6].

В течение педагогического эксперимента как в ЭГ, так и в КГ произошли положительные изменения в физической подготовленности. Для сравнения эффективности традиционной системы физического воспитания и занятий по разработанному спортивно ориентированному подходу в составе тренировочных групп изучалась динамика показателей физической подготовленности учащихся КГ и ЭГ.

К концу педагогического эксперимента мальчики и девочки КГ в беге на 30 м улучшили свои показатели на - 0,35 и - 0,39 секунды соответственно. Средний результат у мальчиков контрольной группы составил 6,81 секунды, у девочек – 6,89 секунды. У мальчиков и девочек ЭГ в данном контрольном упражнении показатели улучшились на - 0,60 и - 0,55 секунды (соответственно). Средний показатель в беге на 30 м у мальчиков ЭГ составил 6,55 секунды, у девочек – 6,71 секунды ($p < 0,05$). В беге на 1000м положительные изменения в КГ составили у мальчиков 20 секунд, у девочек – 21 секунду. Средний результат в беге на выносливость у мальчиков КГ

зарегистрирован 349 секунд, у их сверстниц – 361 секунда. У детей ЭГ улучшения составили 29 секунд, как у мальчиков, так и у девочек, при этом средний результат в беге на 1000 м у мальчиков равнялся 338 секунд, у девочек – 350 секунд ($p < 0,05$).

В подтягивании на высокой перекладине из виса у мальчиков контрольной группы средний результат выявлен 2,3 раза, что указывает на его улучшение на 0,7 раза от исходного. У мальчиков ЭГ средний результат в этом упражнении составил 2,4 раза, что указывает на его улучшение на 0,9 раза ($p > 0,05$).

У девочек КГ, выполняющих подтягивание на низкой перекладине из виса лежа показатели улучшились на 1,3 раза от исходного, средний результат у них составил 4,7 раза. У девочек ЭГ в этом же упражнении показатели улучшились на 1,6 раза от исходного, средний результат у них составил 4,9 раза ($p > 0,05$).

Результаты математической обработки данных показали, что динамика прироста уровня физической подготовленности в экспериментальной группе значимо выше, чем в контрольной группе.

Оценивая рост физической подготовленности у учащихся ЭГ, можно сказать, что эти эффекты обусловлены рядом факторов, определяющий из которых является построение занятия с учетом предрасположенности ребенка к тому или иному виду общеразвивающей тренировки, что в свою очередь обуславливает конверсионное проникновение элементов спортивной культуры в школьную физическую культуру.

Результаты проведенных исследований выявили, что показатели физической подготовленности значимо повышаются у учащихся ЭГ (достоверно улучшились показатели общей выносливости и скорости, при $p < 0,05$) по сравнению с детьми, занимающимися в рамках традиционной системы физического воспитания. Организация

физического воспитания младших школьников с учетом развития их физических качеств позволяет на базе тренировочных групп эффективно конвертировать элементы спортивной культуры учебно-тренировочного процесса в интересах их использования в учебном процессе лицеистов и обеспечить необходимую природосообразность педагогических, обучающих, воспитательных, оздоровительных и тренирующих эффектов от занятий физическими упражнениями.

Литература:

1. Бальсевич В.К. Здоровьеформирующая функция образования в Российской Федерации/Материалы к разработке национального проекта оздоровления подрастающего поколения России в период 2006-2026 гг.) /В.К. Вальсевич //Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2006. – № 5. – С. 2-6.
2. Бальсевич В.К., Лубышева Л.И. Теория и технология спортивно ориентированного физического воспитания в массовой общеобразовательной школе //Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. –2005. – № 5. – С. 50-53.
3. Железняк Ю. Д. Особенности построения учебных программ по физической культуре со спортивно ориентированным физическим воспитанием //Спортивно ориентированное физическое воспитание – новая педагогическая технология XXI века: Материалы II Всерос. науч.-практ. конф. – Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет». – 2006. – т. 1. – С. 145-148.
4. Кострова Н.Н. Формирование физической культуры школьников на основе спортизации физического воспитания: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Йошкар-Ола. – 2007. – 25 с.
5. Лубышева Л.И. Спортизация общеобразовательных школ России: новые векторы развития /Л.И. Лубышева //Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2007. – № 1. – С. 63-65.
6. Никитушкин В.Г. и др. Организационно-методические основы подготовки спортивного резерва: Монография / В.Г. Никитушкин, П.В. Квашук, В.Г. Бауэр. – М.: Советский спорт. – 2005. – 232 с.

Лыженкова Р.С

«ОБРАЗ» СОВРЕМЕННОГО ПЕДАГОГА

Иркутский Государственный Университет Путей Сообщения

г. Иркутск, Россия

Проблема данной темы состоит в том, что мнения старшего поколения и младшего поколения в понятии определения «педагог физической культуры» категорически расходятся. У старшего

поколения более консервативные взгляды на этот счет, у младшего же, более современные.

Актуальность темы обусловлена тем, что в современном мире необходимы новейшие технологии в спорте и методы физического воспитания. Для этого требуются хорошо подготовленные специалисты и современный подход для разработки методики занятий физической культурой.

Цель работы: выяснить: в каких условиях студенты предпочитают заниматься физической культурой, какие методы занятий наиболее интересны для студенческой молодежи путем сбора и анализа литературы и опроса студентов.

Задачи исследования: выяснить: какое представление идеального педагога складывается у студентов, какими хотят видеть студенты занятия физической культурой.

Совершенствование системы подготовки преподавателей физической культуры, научно обоснованное изменение организационно-педагогической структуры управления учебным процессом, его форм и методов – существенные проблемы, которые необходимо решать на современном этапе подготовки специалистов.

Современные условия образования обуславливают потребность в профессиональной подготовке специалистов нового профиля в области физической культуры и спорта. Требуется определенный уровень сформированности таких качеств, как социальная и профессиональная мобильность, ответственность, профессиональная активность и самостоятельность, креативность, коммуникативность и т.д. Развитие указанных качеств личности способствует универсализации профессиональных функций специалиста.[1,2,3,4]

В педагогической среде сформировалось устойчивое мнение о компетентности педагогов по физической культуре. Нравственная

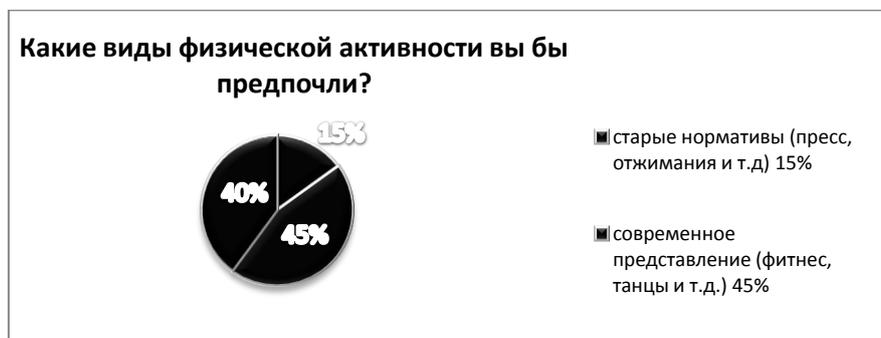
компетентность будущих педагогов в этой отрасли должна формироваться на одном из первых уровней подготовки специалиста в сфере физической культуры, а именно в среднем специальном учебном заведении – колледже физической культуры.

Формирование гражданственности подрастающего поколения является одним из принципов государственной политики в области образования. В последнее время исследователи всё чаще обращаются к проблеме профессиональной подготовки учителей для осуществления гражданского воспитания учащихся. [2]

На основе анализа литературы было проведено исследование. 250 студентам, обучающимся в Иркутском Государственном Университете Путей Сообщения были заданы вопросы. Среди них 10% обучаются на факультете Экономики и Финансов, 30% - на факультете Менеджмента, Логистики и Таможенного дела, 40% - на факультете Строительства железных дорог, и 20% - иностранные студенты, обучающиеся в нашем ВУЗе. Все опрошенные студенты учатся на 1 - 4 курсе.

Цель выяснить, как представляют студенты идеального педагога физической культуры.

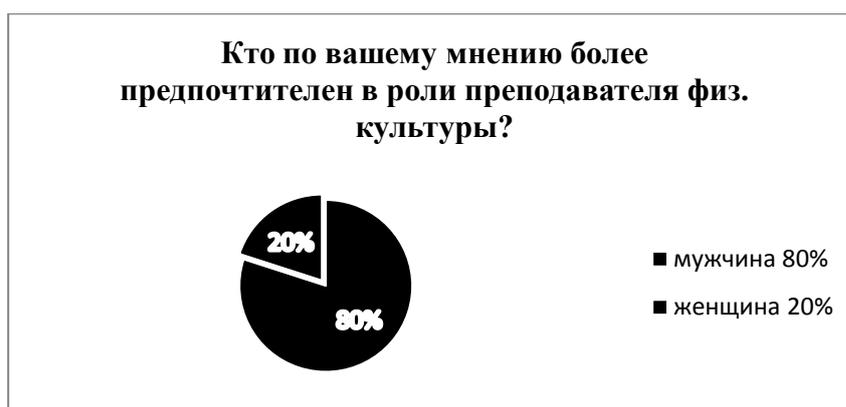
Первый вопрос был направлен на то, чтобы выяснить, какие формы занятий физической культурой предпочли бы студенты. Исходя из опроса, можно наблюдать следующее:



Второй вопрос был направлен на то, чтобы выяснить, как представляют себе студенты современного преподавателя. Исходя из опроса, можно наблюдать следующее:



Третий вопрос был сформулирован для того, чтобы выяснить, какому полу преподавателя отдают предпочтение студенты. Исходя из опроса, можно наблюдать следующее:



Исходя из исследования, можно сделать вывод, что большинство студентов желают видеть в роли преподавателя молодого мужчину с современными взглядами на физическую активность. К этому нужно прислушаться и усовершенствовать нашу систему преподавания современными взглядами на физическую культуру и «дать дорогу» молодым специалистам, дабы мотивировать желание студентов ходить на занятия физической культуры регулярно и с большим удовольствием. К огромному сожалению, мнения специалистов и моё мнение очень разошлись. Специалисты не пишут в своих статьях о главной, по-моему мнению, проблеме. Проблема

«отцов и детей». В любом случае молодое поколение хочет видеть перед собой современного преподавателя. Нужно решать эту проблему совместными усилиями.

Литература:

1. Жуков О.Ф. Идеи педагогической физиологии.// Теория и практика физической культуры.-2011.-№2.-с.39-41

2. Мусакаева Г.М. Значение нравственной компетентности в процессе подготовки педагогов по физической культуре.// Теория и практика физической культуры.-2012.-№4.-с.19-21

3. Сазонов Ю.И. Основные направления решения проблемы профессиональной подготовки преподавателя физической культуры. // Теория и практика физической культуры.-2011.-№2.-с.21-24

4. Туленков С.В. К вопросу о модернизации в профессиональном образовании.// Теория и практика физической культуры.-2011.-№5.-с.10-13

Мамичева Е.В., Малий Н.Ю., Дяченко Л.А.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ НЕРВНО- ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Донбасский государственный педагогический университет, Славянск, Украина

Речь - важнейшая психическая функция, присущая только человеку. Благодаря речевому общению отражение мира в сознании одного человека постоянно пополняется и обогащается тем, что отражается в общественном сознании, связывается с достижениями всей общественно-производственной и культурной деятельности человечества. Таким образом, речь является основой коммуникативной функции, которая осуществляется посредством того или иного языка. Благодаря этому мы воспринимаем прозу Л. Толстого и Э. Хемингуэя, стихи А. Пушкина и В. Шекспира, используем теоретическое наследие Д.Менделеева и А. Эйнштейна.

На основе речи и ее смысловой единицы - слова формируются и развиваются такие психические процессы, как восприятие, воображение, память. На огромное значение речи для развития

мышления и формирования личности неоднократно указывал Л. С. Выготский, который писал: «Развитие устной речи, вероятно, самое удобное явление для того, чтобы проследить механизм формирования поведения и сопоставить подход к этим явлениям, типичный для учения об условных рефлексах, с психологическим подходом к ним. Развитие речи представляет прежде всего историю того, как формируется одна из важнейших функций культурного поведения ребенка, лежащая в основе накопления его культурного опыта».

Речь формируется в процессе общего психофизического развития ребенка. К условиям формирования нормальной речи относятся: нормальная ЦНС, наличие нормального слуха и зрения и достаточный уровень активного речевого общения взрослых с ребенком.

В тех случаях, когда у ребенка сохранен слух, не нарушен интеллект, но имеются значительные речевые нарушения, которые не могут не сказаться на формировании всей его психики, говорят об особой категории аномальных детей - детях с речевыми нарушениями.

Нарушения речи - собирательный термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека. Как правило, они обусловлены отклонениями в психофизиологическом механизме речи, не соответствующим возрастной норме, самостоятельно не преодолеваются и могут оказывать влияние на психическое развитие. Для их обозначения специалистами используются различные, не всегда взаимозаменяемые термины - расстройства речи, дефекты речи, недостатки речи, недоразвитие речи, речевая патология, речевые отклонения.

К детям с нарушениями речи относятся дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи. От других категорий детей с особыми нуждами их отличают нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития. Выделение этих дифференцирующих признаков необходимо для их отграничения от речевых нарушений, отмечаемых у детей с олигофренией, задержкой психического развития, слепых и слабослышащих, детей с ранним детским аутизмом и др.

Среди причин, вызывающих нарушения речи, различают биологические и социальные факторы риска. Биологические причины развития речевых нарушений представляют собой патогенные факторы, воздействующие главным образом в период внутриутробного развития и родов (гипоксия плода, родовые травмы и т.п.), а также в первые месяцы жизни после рождения (мозговые инфекции, травмы и т.п.). Речевые нарушения, возникнув под влиянием какого-либо патогенного фактора, сами не исчезают и без специально организованной коррекционной логопедической работы могут отрицательно сказаться на всем дальнейшем развитии ребенка. В связи с этим следует различать патологические речевые нарушения и возможные речевые отклонения от нормы, вызванные возрастными особенностями формирования речи или условиями внешней среды (социально-психологические факторы).

Социально-психологические факторы риска связаны главным образом с психической депривацией детей. Отрицательное воздействие на речевое развитие могут оказывать необходимость усвоения ребенком младшего дошкольного возраста одновременно двух языковых систем, излишняя стимуляция речевого развития

ребенка, неадекватный тип воспитания ребенка, педагогическая запущенность, т. е. отсутствие должного внимания к развитию речи ребенка, дефекты речи окружающих. В результате действия этих причин у ребенка могут наблюдаться нарушения развития различных сторон речи.

Дети с нарушениями речи подразделяются на ряд субкатегорий в зависимости от этиопатогенеза, клинической формы речевого дефекта, глубины и системной распространенности речевого расстройства, задач, содержания и методов логопедического воздействия. Глубокие нарушения различных сторон речи, ограничивающие возможности пользования языковыми средствами общения и обобщения, вызывают специфические отклонения со стороны других высших психических функций - внимания, памяти, воображения, вербально-логического мышления, эмоционально-волевой и личностной сферы и др., которые часто осложняют картину речевого нарушения ребенка. Качественная специфика и выраженность таких отклонений вторичного порядка связана с формой и глубиной речевого расстройства, а также со степенью зрелости речевой системы и других высших форм поведения ребенка к моменту действия патологического фактора.

Современные классификации речевых нарушений ориентированы, в первую очередь, на дифференциацию первичных нарушений. Речевые нарушения у детей и подростков рассматриваются в различных аспектах:

- в аспекте локализации поражения и психофизической организации речевой деятельности (сенсомоторный уровень; уровень значений и смысла). На этой основе выделяется степень выраженности ряда речевых дефектов. Такой подход близок к нейропсихологическому направлению в изучении речевых нарушений

и применяется наиболее широко в комплексных исследованиях детей школьного возраста и подростков;

- в аспекте этиопатогенеза. Выделяются органические и функциональные причины нарушения и характерные симптомокомплексы речевых нарушений. В настоящее время этот подход отражен в клинико-педагогической классификации.

Нарушения устной речи.

Расстройства фонационного оформления речи:

- афония, дисфония «отсутствие или нарушение голоса,
- брадилалия - патологически замедленный темп речи,
- тахилалия - патологически убыстренный темп речи,
- заикание - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата,
- дислалия - нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата,
- ринолалия - нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата,
- дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

Нарушение структурно-семантического оформления высказывания:

- алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга;
- афазия-полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Нарушения письменной речи:

- дислексия (алексия) - частичное (полное) нарушение процессов чтения;

- дисграфия (аграфия) - частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.

Положительным в клинико-педагогической классификации является то, что настроиться на признаках, максимально дифференцирующих виды речевых нарушений, позволяющих логопеду на основании комплексного подхода квалифицировать дефект речи при разных формах аномального развития и осуществлять логопедическое воздействие с максимальным учетом индивидуальных особенностей ребенка.

В то же время в приведенной классификации не учитывается принцип системного подхода, который основывается на системном строении и системном взаимодействии различных компонентов речи: звуковой (произносительный) ее стороны, фонематического восприятия, лексико-грамматического строя, а также на взаимосвязи нарушения речи с другими сторонами психологического развития ребенка.

Дети с речевым нарушением обычно имеют функциональные или органические отклонения в состоянии центральной нервной системы.

Наличие органического поражения мозга обуславливает то, что эти дети плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое качание на качелях, нередко они жалуются на головные боли, тошноту и головокружение. У многих из них выявляются различные двигательные нарушения: нарушения равновесия, координации движений, недифференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений.

Такие дети быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности (т.е. быстро устают). Они характеризуются раздражительностью, повышенной возбудимостью, двигательной

расторможенностью, не могут спокойно сидеть, теребят что-то в руках, болтают ногами и т.п. Они эмоционально неустойчивы, настроение быстро меняется. Нередко возникают расстройства настроения с проявлением агрессии, навязчивости, беспокойства. Значительно реже у них наблюдаются заторможенность и вялость. Эти дети довольно быстро утомляются, причем это утомление накапливается в течение дня к вечеру, а также к концу недели. Утомление сказывается на общем поведении ребенка, на его самочувствии. Это может проявляться в усилении головных болей, расстройстве сна, вялости либо, напротив, повышенной двигательной активности. Таким детям трудно сохранять усидчивость, работоспособность и произвольное внимание на протяжении всего урока. Их двигательная расторможенность может выражаться в том, что они проявляют двигательное беспокойство, сидя на уроке, встают, ходят по классу, выбегают в коридор во время урока. На перемене дети излишне возбудимы, не реагируют на замечания, а после перемены с трудом сосредотачиваются на уроке.

Как правило, у таких детей отмечаются неустойчивость внимания и памяти, особенно речевой, низкий уровень понимания словесных инструкций, недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля за собственной деятельностью, нарушение познавательной деятельности, низкая умственная работоспособность.

Психическое состояние этих детей неустойчиво, в связи с чем их работоспособность резко меняется. В период психосоматического благополучия такие дети могут достигать довольно высоких результатов в учебе.

Дети с функциональными отклонениями в состоянии ЦНС эмоционально реактивны, легко дают невротические реакции и даже

расстройства в ответ на замечание, плохую отметку, неуважительное отношение со стороны учителя и детей. Их поведение может характеризоваться негативизмом, повышенной возбудимостью, агрессией или, напротив, повышенной застенчивостью, нерешительностью, пугливостью. Все это в целом свидетельствует об особом состоянии центральной нервной системы детей, страдающих речевыми расстройствами. Специальные исследования детей с ОНР показали клиническое разнообразие проявлений общего недоразвития речи. Схематично их можно разделить на три основные группы.

У детей первой группы имеют место признаки лишь общего недоразвития речи, без других выраженных нарушений нервно-психической деятельности. Это неосложненный вариант ОНР. У этих детей отсутствуют локальные поражения центральной нервной системы. В их анамнезе нет четких указаний на выраженные отклонения в протекании беременности и родов. Лишь у одной трети обследуемых при подробной беседе с матерью, выявляются факты не резко выраженного токсикоза второй половины беременности или недлительной асфиксии в родах. В этих случаях часто можно отметить недоношенность или незрелость ребенка при рождении, его соматическую ослабленность в первые месяцы и годы жизни, подверженность детским и простудным заболеваниям.

В психическом облике этих детей отмечаются отдельные черты общей эмоционально-волевой незрелости, слабая регуляция произвольной деятельности.

Отсутствие парезов и параличей, выраженных подкорковых и мозжечковых нарушений свидетельствует о сохранности у них первичных (ядерных) зон речедвигательного анализатора. Отличаемые же малые неврологические дисфункции в основном ограничиваются нарушениями регуляции мышечного тонуса,

недостаточностью тонких дифференцированных движений пальцев рук, несформированностью кинестетического и динамического праксиса. Это преимущественно дизонтогенетический вариант ОНР.

Несмотря на отсутствие выраженных нервно-психических нарушений в дошкольном возрасте, дети этой группы нуждаются в длительной логопедической коррекционной работе, а в дальнейшем - в особых условиях обучения. Практика показывает, что направление детей с не резко выраженными речевыми нарушениями в массовую школу может привести к возникновению вторичных невротических и неврозоподобных расстройств.

У детей второй группы общее недоразвитие речи сочетается с рядом неврологических и психопатологических синдромов. Это осложненный вариант ОНР церебрально-органического генеза, при котором имеет место дизонтогенетический энцефалопатический симптомокомплекс нарушений.

При тщательном неврологическом обследовании детей второй группы выявляется ярко выраженная неврологическая симптоматика, свидетельствующая не только о задержке созревания ЦНС, но и о негрубом повреждении отдельных мозговых структур. Среди неврологических синдромов у детей второй группы наиболее частыми являются следующие:

-гипертензионно-гидроцефальный синдром (синдром повышенного внутричерепного давления);

-церебрастенический синдром (повышенная нервно-психическая истощаемость);

- синдромы двигательных расстройств (изменение мышечного тонуса).

Клиническое и психолого-педагогическое обследование детей второй группы выявляет наличие у них характерных нарушений

познавательной деятельности, обусловленных как самим речевым дефектом, так и низкой работоспособностью.

У детей третьей группы имеет место наиболее стойкое и специфическое речевое недоразвитие, которое клинически обозначается как моторная алалия. У этих детей имеется поражение (или недоразвитие) корковых речевых зон головного мозга и в первую очередь зоны Брока. При моторной алалии имеют место сложные дизонтогенетически-энцефалопатические нарушения. Характерными признаками моторной алалии являются следующие: выраженное недоразвитие всех сторон речи - фонематической, лексической, синтаксической, морфологической, всех видов речевой деятельности и всех форм устной и письменной речи.

Подробное изучение детей с ОНР выявило крайнюю неоднородность описываемой группы по степени проявления речевого дефекта, что позволило Р.Е.Левиной определить три уровня речевого развития этих детей.

Первый уровень речевого развития, характеризуемый в литературе как «отсутствие общеупотребительной речи». Достаточно часто при описании речевых возможностей детей на этом уровне встречается название «безречевые дети», что не может пониматься буквально, поскольку такой ребенок в самостоятельном общении использует целый ряд вербальных средств. Это могут быть отдельные звуки и некоторые их сочетания - звукокомплексы и звукоподражания, обрывки лепетных слов («сина» - машина). Речь детей на этом уровне может изобиловать так называемыми диффузными словами, не имеющими аналогов в родном языке («киа» - кофта, свитер). Характерной особенностью детей с 1 уровнем речевого развития является возможность многоцелевого использования имеющихся у них средств языка: указанные

звукоподражания и слова могут обозначать как названия предметов, так и некоторые их признаки и действия, совершаемые с ними («бика», произносится с разной интонацией, обозначает «машина», «едет», «бибикает»).

Эти факты указывают на крайнюю бедность словарного запаса, в результате чего ребенок вынужден прибегать к активному использованию неязыковых средств - жестов, мимики, интонации.

Наряду с этим у детей отмечается явно выраженная недостаточность в формировании импрессивной стороны речи. Затруднительным является понимание как некоторых простых предлогов («в», «на», «под» и др.), так и грамматических категорий единственного и множественного числа, мужского и женского рода, прошедшего и настоящего времени глаголов и т.д. Обобщая все вышесказанное, можно сделать вывод, что речь детей на первом уровне малопонятна для окружающих и имеет жесткую ситуативную привязанность.

Второй уровень речевого развития определяется в литературе как «Начатки общеупотребительной речи». Отличительной чертой является появление в речи детей двух-трёх, а иногда даже четырехсловной фразы. Объединяя слова в словосочетании и фразу, один и тот же ребенок, может, как правильно использовать способы согласования и управления, так и нарушать их.

В самостоятельной речи детей иногда появляются простые предлоги и их лепетные варианты. В ряде случаев, пропуская во фразе предлог, ребенок со вторым уровнем речевого развития неправильно изменяет члены предложения по грамматическим категориям: «Асик ези тай» - «Мячик лежит на столе».

По сравнению с предыдущим уровнем наблюдается заметное улучшение состояния словарного запаса не только по

количественным, но и по качественным параметрам: расширяется объем употребляемых существительных, глаголов и прилагательных, появляются некоторые числительные и наречия и т.д. Однако недостаточность словообразовательных операций приводит к ошибкам в употреблении и понимании приставочных глаголов, относительных и притяжательных прилагательных, существительных со значением действующего лица. Наблюдаются трудности в формировании обобщающих и отвлеченных понятий, системы синонимов и антонимов.

Речь детей со вторым уровнем часто кажется малопонятной из-за грубого нарушения звукопроизношения и слоговой структуры слов.

Третий уровень речевого развития характеризуется развернутой фразовой речью с элементами недоразвития лексики, грамматики и фонетики. Типичным для данного уровня является использование детьми простых распространенных, а также некоторых видов сложных предложений. При этом их структура может нарушаться, например, за счет отсутствия главных или второстепенных членов предложения.

Возросли возможности детей в использовании предложных конструкций с включением в отдельных случаях простых предлогов. В самостоятельной речи уменьшилось число ошибок, связанных с изменением слов по грамматическим категориям рода, числа, падежа, лица, времени и т.д.. Однако специально направленные задания позволяют выявить трудности в употреблении существительных среднего рода, глаголов будущего времени, в согласовании существительных с прилагательными и числительными в косвенных падежах.

По-прежнему явно недостаточным будет понимание и употребление сложных предлогов, которые или совсем опускаются, или заменяются на простые.

Ребенок с ОНР третьего уровня понимает и может самостоятельно образовать новые слова по некоторым наиболее распространенным словообразовательным моделям. Наряду с этим, ребенок затрудняется в правильном выборе производящей основы («человек, который дома строит»-«доматель»), использует неадекватные аффиксальные элементы (вместо «мойщик»-«мойчик»; вместо «листья»-«лисник»). Типичным для данного уровня является неточное понимание и употребление обобщающих понятий, слов с абстрактным и отвлеченным значением, а также слов с переносным значением.

Словарный запас может показаться достаточным в рамках бытовой повседневной ситуации, однако при подробном обследовании может выясниться незнание детьми таких частей тела, как локоть, переносица, ноздри, веки. Детальный анализ речевых возможностей детей позволяет определить трудности в воспроизведении слов и фраз сложной слоговой структуры.

Наряду с заметным улучшением звукопроизношения наблюдается недостаточная дифференциация звуков на слух: дети с трудом выполняют задания на выделение первого и последнего звука в слове, подбирают картинки, в названии которых есть заданный звук. Таким образом, у ребенка с третьим уровнем речевого развития операции звука слогового анализа и синтеза оказываются недостаточно сформированными, а это, в свою очередь, будет служить препятствием для овладения чтением и письмом.

Образцы связной речи свидетельствуют о нарушении логико-временных связей в повествовании: дети могут переставлять местами

части рассказа, пропускать важные элементы сюжета и обеднять его содержательную сторону.

Для предупреждения тяжелых форм общего недоразвития речи в дошкольном возрасте большое значение имеет ранняя диагностика нарушений речевого развития у детей и своевременно оказанная им медико-педагогическая помощь. К группе риска относятся дети первых двух лет жизни, у которых имеется предрасположенность к появлению нарушений речевого развития, в связи с чем они нуждаются в специальном логопедическом, а часто и медицинском воздействии. Своевременное выявление таких детей и проведение соответствующих коррекционных мероприятий может в значительной степени ускорить ход их речевого и умственного развития. Поскольку тяжелые формы ОНР обычно возникают на фоне органического поражения ЦНС, то важной задачей является диагностика не только тяжелых, но и более легких форм повреждения мозга. Особое внимание обращается на детей, родившихся от матерей с неблагоприятным акушерским анамнезом, перенесших асфиксию, родовую травму, длительную желтуху, а также на недоношенных, маловесных и незрелых при рождении детей. В целях предупреждения ОНР необходимо разработать рекомендации для родителей детей, относящихся к группе риска, а также детей с различными отклонениями в физическом или психическом развитии. Матери следует знать о влиянии эмоционального общения с ребенком на становлении его речи. Кроме того, логопед и психолог должны обучить мать основным приемам работы по стимулированию психического развития ребенка.

Таким образом, коррекционное обучение включает в себя работу над словом, словосочетанием и предложением. Указанные направления коррекционной работы тесно связаны между собой. Так,

например, уточнение и расширение словаря осуществляется в ходе работы над предложением.

Эффективность коррекционных упражнений зависит от того, насколько будут соблюдены следующие условия:

- систематичность проведения;
- распределение их в порядке нарастающей сложности;
- подчинённость заданий выбранной цели;
- чередование и вариативность упражнений;
- воспитание внимания к речи.

Одним из необходимых условий дальнейшего речевого развития ребенка является создание мотивации общения, формирование стремления рассказать о себе, своих товарищах, о наблюдениях из жизни семьи и детского сада. В процессе логопедических занятий рекомендуется создавать такие ситуации, которые бы актуализировали потребность в речевых высказываниях, ставили ребенка в такие условия, когда у него возникает самостоятельное желание высказаться, поделиться своими впечатлениями об увиденном. При этом необходимо создавать благоприятное речевое окружение, хороший эмоциональный настрой. Другими словами, в основе высказываний ребенка должен лежать непосредственный речевой мотив.

Литература

1. Арушанова С.А. Коммуникативное развитие. / С.А. Арушанова // Дошкольное воспитание. — 1999. - № 2. - с. 24-28.
2. Бадалян Л.О. Невропатология: учебник для дефектологических факультетов высших педагогических заведений. — 2-е изд., исправл. - М.: Академия, 2003. — 367 с.
3. Гармаш Л.С. Психогигиена: Научное пособие. — Черновцы, 2005. — 389 с.
4. Нервно- психическое развитие детей с перинатальными поражениями ЦНС легкой и средней тяжести. / Г.А. Асламова, Т.И. Фридман, О.В. Руднева и др. / V Российский форум «Мать и дитя»: материалы форума. М.: 2003. — с 512-513.
5. Козловская Г.Ю. Психология лиц с нарушениями речи: учебно-методическое пособие. — Ставрополь, 2009.

6. Фрухт Э.Л. Некоторые особенности развития и поведение детей с перинатальным поражением нервной системы. Э.Л. Фрухт, Р.В. Тонкова-Ямпольская. Российский педиатрический журнал – М., 2001. - № 1. – с.9-12

Матвеева В.В.

К ВОПРОСУ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММ ОЗДОРОВЛЕНИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

ФГБУ «ННИИТО» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Скорейшее возвращение лиц опасных профессий к своим профессиональным обязанностям требует поиска и разработки новых современных объективных скрининговых методов диагностики функционального состояния организма [1,2,3,4]. Лишь своевременно выявленная форма вегетативной дисфункции (ВД) позволяет осуществлять целенаправленную дифференцированную коррекцию, основанную на стимуляции собственных адаптационно-компенсаторных возможностей организма [2,5]. Общеизвестные традиционные методы диагностики вегетативных дисфункций достаточно субъективны и трудоемки, поскольку основаны на использовании многочисленных психологических тестов, опросников и таблиц [6]. До настоящего времени мировым стандартом объективной оценки состояния вегетативной нервной системы (ВНС) считается метод спектрального анализа волновой структуры ритма сердца, позволяющий регистрировать наличие ВД, хотя и без учета ее конкретной формы [7,8,9]. Дифференциальная диагностика различных форм ВД трудна, но необходима для выбора корригирующих методик комплексной медицинской реабилитации и профилактики.

В нашем исследовании для решения поставленной задачи мы провели математический анализ развития различных форм вегетативной дисфункции, в зависимости от индивидуальных особенностей психовегетативного статуса.

Материал и методика. Изучение взаимосвязи формы вегетативной дисфункции и отдельных показателей функционального состояния организма проводилось у 195 пациентов с различными клиническими вариантами вегетативных дисфункций. Среди них было 111 (74%) мужчин и 39 (26%) женщин, средний возраст которых составил $39,8 \pm 0,5$ лет. Средняя продолжительность ВД составляла $3,3 \pm 0,2$ года. Методом случайной выборки они были разделены на основную и контрольную группы по 75 человек и две группы сравнения: №1 «плацебо» (25 человек) и №2 (20 человек). Для уточнения конкретной формы ВД использовался вегетативный резонансный тест (ВРТ), который позволяет по динамике электрокожной проводимости, отражающей симпатoadреналовую активность ВНС, измеренной в репрезентативной точке, оценивать психических и психовегетативных нагрузок, а также состояние функциональных резервов организма (ФРО) [10]. Пациенты основной группы были разделены на 3 подгруппы (по 25 человек) в соответствии с клиническим вариантом ВД: астено-вегетативный (I), астено-цефалгический (II) и астенический (III).

Разработка алгоритма прогноза развития ВД проходила на основе данных, характеризующих вегетативный и психоэмоциональный элементы функциональных резервов организма. Для этого всем пациентам проводились: оценка общего вегетативного тонуса организма по расчетному вегетативному индексу (ВИ); определение вегетативного профиля пациента по вариабельности ритма сердца (ВРС) методом анализа коротких участков электрокардиограммы, записанных в течение 5-ти минут; оценка реакции ВНС по динамике показателя электрокожной проводимости, отражающего симпатические влияния, по методике ВРТ; исследование психоэмоционального состояния с помощью опросника

«Самочувствие – Активность – Настроение»); теста личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина и проективной методики М. Люшера.

Результаты и обсуждение. Данные, полученные по результатам ВРС, у пациентов всех групп позволили объективно выявить изменения, характерные для вегетативной дисфункции. Так, результаты измерения общей variability сердечного ритма, мощности спектра в диапазоне низких частот и индекса вагосимпатического взаимодействия подтвердили снижение контролирующих влияний вышележащих отделов ЦНС на вазомоторный центр ствола мозга и рост модулирующих воздействий симпатического отдела ВНС, что является объективным показателем наличия ВД.

Гемодинамические показатели у всех пациентов ОГ находились на верхней границе нормальных значений. Так, среднее артериальное давление у пациентов I подгруппы ОГ составило: САД – $133,0 \pm 2,7$ мм рт.ст., ДАД – $86,1 \pm 2,1$ мм рт.ст.; во II подгруппе $130,0 \pm 2,8$ мм рт.ст. – САД и $86,6 \pm 2,1$ мм рт.ст. – ДАД и в III подгруппе $127,6 \pm 3,6$ мм рт.ст. и $80,8 \pm 2,4$ мм рт.ст. соответственно. Расчет вегетативного индекса у большинства лиц, входивших в исследование, достоверно ($p > 0,05$) подтвердил наличие симпатикотонии. Так, в I подгруппе у 17 человек $ВИ = 1,1 \pm 0,2$ у.е., во II подгруппе у 20 человек $ВИ = 1,2 \pm 0,1$ у.е., в III подгруппе у 12 пациентов $ВИ = 1,1 \pm 0,2$ у.е. Аналогичные данные отмечались в остальных группах, что подтверждает сопоставимость групп.

По данным психологических тестов у пациентов всех групп было выявлено снижение исходных показателей субъективного состояния и работоспособности, а также повышение показателя тревожности и усталости ($p > 0,05$).

Для выявления характерных гемодинамических и психовегетативных особенностей пациентов ОГ с разными формами ВД весь массив полученных исходных показателей стандартных методов обследования ВД, включающий 61 признак, был подвергнут многомерному математическому анализу. Результаты проведенного корреляционного анализа на основе рангового коэффициента Спирмена (R) показали, что большинство анализируемых показателей гемодинамики, вариабельности ритма сердца и психологических тестов носили обратный (отрицательный) характер связи, что подтвердило наличие ВД, однако не позволяло с помощью данных признаков дифференцировать конкретную клиническую форму.

В этой связи дополнительно был проведен анализ результатов вегетативного резонансного теста. В исходном состоянии у пациентов исследуемых групп по данным вегетативного резонансного теста регистрировалась различная степень психических и психовегетативных нагрузок на фоне снижения функциональных резервов организма и повышения вегетативного отягощения разной степени выраженности.

При повторном корреляционном анализе (с учетом дополнительно включенных данных ВРТ) из общего массива показателей комплексного обследования (93) на основе рангового коэффициента Спирмена (R), статистическая достоверность которого учитывалась при $p < 0,05$, было отобрано 24 значимых переменных признака, потенциально пригодных для факторного анализа. Результаты позволили сформировать факторные модели различных форм ВД за счет укрупнения основных значимых признаков в пять групп и установить особенности психовегетативного статуса для каждой формы ВД. Так, для астено-вегетативной формы ВД было выявлено характерное доминирование психовегетативных нагрузок и

вегетативного отягощения на фоне среднего и хорошего уровня функциональных резервов организма. Отличительной особенностью астено-цефалгической формы ВД явилось одновременное преобладание психических нагрузок и вегетативного отягощения на фоне среднего и хорошего уровня функциональных резервов организма. При астенической форме ВД определялись повышенные психические нагрузки на фоне низкого уровня функциональных резервов организма.

Выявленные с помощью метода вегетативного резонансного теста особенности психовегетативного статуса у пациентов с разными формами ВД, проверенные с помощью многомерного математического анализа, достоверно подтвердили необходимость их учета при дифференциальной диагностике конкретной формы ВД. На основе полученных данных нами был разработан способ диагностики конкретной формы ВД в скрининговом режиме, включающий параллельное проведение вариабельность ритма сердца и вегетативного резонансного теста с целью уточнения клинического варианта и персонализации реабилитационного комплекса, включающего дифференцированные методики БОС-терапии (заявка на патент РФ № 2012118138 от 03.05.12г).

Заключение. Проведенный математический анализ подтверждает необходимость определения конкретной формы вегетативной дисфункции с помощью комплексного исследования функциональных резервов организма, включающего показатели вариабельности ритма сердца и вегетативного резонансного теста. Дифференциальная диагностика форм вегетативной дисфункции является непременным условием выбора индивидуального лечебного комплекса для проведения грамотной медицинской реабилитации и профилактики.

Литература:

1. Погодина Т.Г. Основы медико-психологической реабилитации лиц опасных профессий. /Т.Г. Погодина, А.А. Зуйкова, В.А. Балчугов. – Н.Новгород, 2007. – С.5-11, С.70-71.
2. Батышева Т.Т. Современные технологии диагностики и реабилитации в неврологии и ортопедии. / Т.Т. Батышева, Д.В. Скворцов, А.И. Труханов– М.: Медика, 2005. – 256 с.
3. Неборский А.Т. Электрокожная проводимость в оценке функционального состояния организма человека (экспериментально-теоретическое обоснование)./ А.Т. Неборский, С.А. Неборский /Под ред. Р.А. Вартбаронова. – М.: Медицина, 2007. – 224с.
4. Бобровницкий И.П. Методологические аспекты разработки и внедрения новых технологий оценки и повышения функциональных резервов в сфере восстановительной медицины. / Учебник по восстановительной медицине: под ред. А.Н. Разумова, И.П. Бобровницкого, А.М. Василенко. - М.: «Восстановительная медицина», 2009. – 648 с.
5. Дмитриева Т.Б. Неврозы: соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у лиц, работающих с психо-физическим напряжением: (Клинико-организационные аспекты лечения, реабилитации, профилактики). /Т.Б. Дмитриева, А.И. Вялков, Т.Г. Маховская. – М., 2009. – 536с.
6. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М.Вейна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003.– 752 с.
7. Баевский Р.М. Введение в донозологическую диагностику. / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – М.: Медицина, 2008. – 220 с.
8. Михайлов, В.М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода. – Иваново: Ивановская гос. мед. академия, 2002. – 288с.
9. Кузьмин, А.Г. Спектральные показатели вариабельности ритма сердца у больных с синдромом вегетативной дистонии./ А.Г. Кузьмин, С.Л. Мельникова.// Вестник новых медицинских технологий. – Т.Х. N 3. – 2003. – С. 40-42.
10. Василенко А.М. Электропунктурный вегетативный резонансный тест: Метод. рекомендации / А.М. Василенко. – Научно-практической традиционной медицины и гомеопатии, 2008. – 28с.

Мелоян А.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Ереванский государственный медицинский университет им. Мхитара Гераци,

МЦ “Эребуни”, г.Ереван, Армения

Интерес к ботулотоксину, как возможному лекарственному средству, появился в начале XX века. Во время Второй мировой войны было проведено всестороннее изучение токсина на предмет использования в качестве биологического оружия. Эти исследования дали основу для получения в 1946 г. доктором Edward J. Schantz

высокоочищенного кристаллического ботулотоксина типа А. Впервые, специально приготовленный препарат в медицинской практике использовал А.Scott в 1980 г. у больных с косоглазием для устранения мышечного спазма. Позже препарат активно стали применять и в неврологии. Появление многочисленных исследований, доказавших эффективность препарата, привело к тому, что в 1989 г. Американское управление по надзору за пищевыми и лекарственными препаратами (Food and Drug Administration - FDA) официально рекомендовало применять ботокса в офтальмологии и неврологии.

Многие офтальмотологи и невропатологи после проведения курса инъекций ботокса пациентам, также отмечали интересный побочный эффект: морщины вокруг глаз и в области лба разглаживались. Обнаружив такое действие ботокса, с начала 90-х годов препарат стали активно использовать и дерматокосметологи для коррекции морщин на лице и воздействия на подкожную мышцу шеи-платизму, а также при асимметрии бровей, ладонном и аксиллярном гипергидрозе (потливости).

Ботулотоксин представляет собой сильнодействующий нервный яд вырабатываемый бактерией *Clostridium botulinum*, блокирующий выброс нейротрансмиттера ацетилхолина в области нейромышечных синапсов. Он ослабляет тонус мышцы вплоть до вялого паралича. Ботулинический токсин в течение некоторого времени концентрируется в месте его внутримышечного введения, прежде чем попадает в системный кровоток. При введении в терапевтических дозах не проникает через гематоэнцефалический барьер и не вызывает системных эффектов. Быстро метаболизируется с образованием более простых молекулярных структур. Выводится почками.

Понимание механизма действия этого нейротоксина сделало возможным безопасное и эффективное использование его в медицине для лечения хронической мигрени, цервикальной дистонии, блефароспазма, страбизма, аксилярного гипергидроза, а так же в косметических целях, для разглаживания морщин в области глабеллы, лба, параорбитальных морщин или так называемых “ гусиных лап“, ботокс-лифтинга (безоперационной подтяжки лица).

Ботулотоксин подразделяется на семь серологических типов (А – G). На сегодняшний день наибольшее распространение получил серотип А. Его действие начинает проявляться в течение 24-48 часов после инъекции. Клинически релевантные парезы уже можно наблюдать с 3 по 10 день, а максимальное действие приблизительно через 2 недели. Через 10-12 недель начинается инактивация токсина. Таким образом, действие препарата длится 3 месяца и с повторными процедурами интервалы увеличиваются.

Основными препаратами используемыми в медицинской практике являются: Botox(США), Vistabel (США), Azzalure (Германия), Xeomin (Германия), Dysport (Великобритания).

Для грамотного использования данных препаратов нужно знание анатомо-топографических особенностей мышц, вариаций дозировок для каждой области введения, ожидаемых результатов, возможных осложнений и их коррекции.

Противопоказания. Наряду с гиперчувствительностью к действующему веществу, которая проявляется достаточно редко, при использовании терапевтических доз, выделяют:

1. Нервно-мышечные заболевания
2. Инфекция в зоне, требующей коррекции
3. Коагулопатии
4. Лечение антикоагулянтами

5. Лечение лекарственными препаратами из группы аминогликозидов

6. Лечение препаратами влияющими на нервно-мышечную возбудимость (миорелаксанты тубокурарина) могут усиливать действие ботулотоксина

7. В связи с отсутствием данных следует отказаться от применения ботулотоксина при беременности и кормления грудью.

Так же к противопоказаниям стоит отнести пациентов с нарушением восприятия образа тела (дисморфофобия)

Побочные действия. Применение ботулотоксина обычно не часто дает осложнения, однако исключить их тоже нельзя. Внутримышечные и подкожные инъекции могут причинять локальные боли, так же могут возникать отеки, покраснения, гематомы, которые обычно проходят в течение первых дней после инъекций. К фармакодинамически обусловленным побочным действиям относят чрезмерное ослабление мышц-мишеней, а также парез прилежащих мышц. Нежелательные эффекты ботулотоксина, так же как и желательные полностью обратимы.

Токсичность. Учитывая проведенные исследования, сравнительная смертельная доза для человека является 200 нг., то есть 5000 МЕ Botox - примерно 50 ампул.

Максимально допустимые дозы однократного введения препарата в основном используются для лечения спастических состояний, и это не превышает 400 МЕ Botox- примерно 4 ампулы.

Таким образом, ботулотоксин один из самых сильнодействующих ядов получивший широкое распространение в современной медицине для лечения состояний, которые ранее при использовании других препаратов не давали настолько успешных

результатов. И наряду с этим выявилось его влияние на фактор который с давних времен беспокоит человечество – старение.

Литература:

- 1.Заттлер Г.. Ботулотоксин в эстетической медицине. Атлас / Г. Заттлер; пер. под ред. Я.А. Юцковской. – М.: Практическая медицина, 2012.- 148 с.
- 2.Carruthers JDA, Carruthers JA, The adjunctive use of BOTOX, *DermatolSurg* (1998) 24: 1244–1247.
- 3.Lamanna C, the most poisonous poison, *Science* (1959) 130: 763-772.

Мелоян А.Э.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОХОД К ПРОБЛЕМЕ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ СУБЪЕКТА

Донбасский государственный педагогический университет. г. Славянск, Украина

Проблема объектных отношений является актуальной для ученых, независимо от направления их исследований. Особенно остро стоит данная проблема в глубинно-психологических подходах в связи с тем, что предметом исследования данного направления является целостная психика в ее сознательных и бессознательных проявлениях.

Теоретический анализ литературы показал, что проблемой объектных отношений занимались такие психоаналитики, как З.Фрейд, А.Фрейд, М.Кляйн, Д.Боулди, О.Кернберг, Х.Кохут, М.Маллер, Т.С.Яценко и др.

Традиционно в философии и психологии понятия “объект” используется в связи с субъектом его познания. Общепринятым является определение: “не существует субъекта без объекта и нет объекта без субъекта”, которое в сущности раскрывает специфику процесса познания, подчеркивая принципиальную невозможность даже относительного их разграничения, отрыва друг от друга” [4]. Таким образом, можно прийти к выводу, что объект существует в

контексте субъекта, который его воспринимает и взаимодействует в процессе познания.

В психоаналитическом словаре дается следующее определение: “...объектом является то, что имеет стойкие и постоянные признаки, которые в принципе могут быть восприняты всем сообществом субъектов независимо от их индивидуальных желаний и впечатлений” [3]. С точки зрения З.Фрейда “...объектом влечений является то, в чем или посредством чего влечение может достичь своей цели” [6]. Это может быть человек в целом или частичный объект, объект реальный или фантазматический. Этим З.Фрейд подчеркивал то, что речь идет не об удовлетворении влечений любым объектом, а что объект для каждого субъекта является индивидуальным, своеобразным.

Объект, в контексте глубинно-психологических исследований психики, дается субъекту в его чувствах, однако здесь он выступает еще и в скрытой, непроанализированной форме и определяется индивидуальной историей конкретного субъекта, историей реализации его либидных влечений, историей его детства. Нам важно указать на то, что объект имеет скрытое содержание, которое объективируется в процессе психоаналитического диалога с протагонистом.

Анализ научной литературы показал особый вклад М. Кляйн в разработку проблемы объектных отношений, а введенные ею понятия "хорошего" (позитивного) и "плохого" объекта находят выражение в феномене внутренней противоречивости личности и амбивалентности ее чувств к либидным объектам и перенесению этих чувств на значимых людей [2]. Учение об объектных отношениях позволяет понять особенности формирования "Я" как личности в целом, так и роли в этом процессе объектности внутренних образований,

порожденных эмоциональным аспектом социальной перцепции субъекта, которому неизменно присуще борьба либидо и мортидо.

В своих трудах М.Кляйн [2] утверждает, что части тела матери, независимо от их особенностей поддаются интроекции и проекции со стороны ребенка и тем самым приобретают характеристики объектности. С ее точки зрения материнская грудь является первым расщепленным объектом и в дальнейшем все частичные объекты поддаются аналогичному расщеплению на “хороший” (позитивный) и “плохой” (негативный).

Согласно психоаналитической теории, качества “хороший” или “плохой” приписываются объекту не только потому, что они приносят удовольствие или фрустрацию, но и потому, что на них проецируются либидные, или, напротив, разрушительно-мортидные влечения субъекта [3]. Именно этим можно объяснить феномен сочетания и разъединения влечений. З.Фрейд считал, что за этими феноменами стоят отношения между влечениями “к жизни” и “к смерти” в их конкретных проявлениях.

Важно отметить противоречивость самого понятия “объект”: с одной стороны, он вариативный, взаимозаменяемый (например, на оральной стадии развития либидо значимость любого объекта определяется лишь тем, можно ли его съесть); а с другой стороны, наблюдается его постоянство в детерминации психики, которое связано, на наш взгляд, с Эдиповой ситуацией. “Место первичного либидного объекта остается святым и неприкосновенным” [9, с.46]. Сам же З.Фрейд одновременно утверждал, что “объект является самым переменным моментом влечений” [6]. Вместе с тем он писал: “...найти объект, по сути дела - найти его заново”. Изменчивость объектов естественно обеспечивается механизмами компенсации, замещения, сублимации, а связь с первичным объектом либидо (то

есть постоянство объекта, объектных отношений) происходит благодаря действию механизмов идентификации, вытеснения, проекции и, в целом, Эдиповой зависимостью субъекта.

Фундаменты объектности, на наш взгляд, закладываются в глубинно-психологических ценностях. Последние формируются под воздействием первичных либидных объектов, чувственное единение с которыми носит инцестный характер, на которое существует в свою очередь “табу”. Психика же в результате последовательности либидных намерений (храня зависимость от них) ищет соответствующей реализации в замещениях, которые исключают осознанную связь с первичными объектами. Возможно именно поэтому З.Фрейд очерчивал первые либидные тяготения ребенка как к первичному объекту, а не как к первичному субъекту. Ведь либидная связь с таким “первичным лицом” осуществлялась не через понимание ее субъектности, а через ориентацию на отдельные, важные для данного ребенка черты, и прежде всего – через груди матери, к которым впоследствии формируется двойное (амбивалентное) обращение. Поэтому в контексте поставленной проблемы важно акцентировать внимание на противоречиях объектного отношения, которое можно очертить через понятие “хороший” объект или “плохой” объект.

Нашей основной целью и задачей является исследование особенностей (закономерностей) объектных отношений, которые осуществляются на материале воображения (фантазии), так как именно фантазия в большей мере способна воспроизвести психическую реальность субъекта, формирование которой началось в раннем детстве под воздействием объектных отношений.

Методика работы с объектными отношениями осуществлялась в 2000 году в контексте метода активного социально-

психологического обучения (АСПО), созданной академиком АПН Украины Т.С.Яценко [8]. Психокоррекционный процесс методом АСПО предусматривает выявление установившихся характеристик психики, которые организуются в определенную систему и связаны с глубинно-психологическими ценностями субъекта. За этими характеристиками всегда стоит определенная тенденция обуславливающая индивидуальные особенности активности субъекта. Данная тенденция определяется логикой бессознательного (“другой логикой”), которая вступает в противоречие с логикой сознательного. Исходя из гипотезы, что психика человека в ее активных проявлениях детерминируется целостно как сознательной, так и бессознательной сферами, мы пытались обозначить способы ее целостного изучения. В наши задачи входило найти отправную, объективную “точку отсчета” в познании психики индивида, учитывая присущий ей субъективизм, порождаемый прежде всего феноменом психологических защит, которые неизменно катализируют искривление реальности в интересах “идеализированного Я”. Именно это обусловило использование, рядом с другими методами психоаналитической практики, работу с предметной моделью, в качестве которой мы избрали скульптуру “Яйцо” (метод разработан академиком АПН Украины Т.С.Яценко) [5]. Предметная модель нагружена архетипной символикой: яйцо, в котором находится курица, возле которой находятся еще два яйца, разные по размеру. Мы прогнозировали, что данная композиция катализирует глубинное содержание психики, которое формировалось у субъекта с детства под воздействием матери (архетип: “курица с яйцом”). Большое яйцо похоже на дом, в то же время может катализировать ощущение пространственного ограничения (утробы) и способна актуализировать его объектные отношения.

В контексте заявленной проблемы, нам важно учесть наличие у субъекта позитивных и негативных объектных отношений, за которыми стоят процессы идентификации и диссоциации. За этими тенденциями кроются позитивные и негативные (агрессивные) объектные отношения. Учитывая, что прямое выражение бессознательного содержания психики субъекта отсутствует, мы пытаемся учитывать в процессе психоанализа повторяемость поведенческих реакций как единственный источник знаний о бессознательной сфере [1].

М.Кляйн утверждает, что любовь и желание, тревога переносятся от первого и единственного объекта, от матери на другие объекты. Однако этот первичный объект существует не только во внешней, но и в интернализированной форме. И это отклонение от прямого направления эмоций и чувств тесно связано с проекцией. Во всех этих процессах огромное значение имеет функция “формирования символов” [2].

Важно отметить эмоциональную нагруженность символов как либидными, так и агрессивными чувствами. Поэтому познавать их с целью глубинной психологической коррекции крайне важно. Познание объектных отношений является необходимой предпосылкой объективности научного знания как такого в данной сфере.

Как утверждает Т.С.Яценко « в плане познания и коррекции объектных отношений особую значимость приобретают диалогичные формы познания, открывающие возможность единения сознательного и бессознательного в диагностико-коррекционном процессе. При этом особое внимание сосредоточивается на исследовании глубинно-психологических, т.е. объектных детерминант, предопределяющих противоречивость отношений, которые отражают амбивалентность чувств к первичным либидным объектам» [5].

Учитывая вышесказанное, можно констатировать, что задача глубинно-психологической коррекции состоит в оказании помощи субъекту в осознании инфантильных истоков личностной проблемы и ее деструктивного влияния на общение и отношения с окружающими людьми.

Литература:

- 1.Глузман О.В., Мелоян А.Е., Туз Л.Г. Агресія та її глибинно-психологічні джерела: Навчальний посібник. – Київ: ТОВ «Освіта України», 2006. – 256 с.
- 2.Кляйн М. Развитие в психоанализе. – М.: Академический проект, 2001.– 510 с.
- 3.Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. –М.: Высшая школа, 1996. – 623 с.
- 4.Психология. Словарь / под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. –М.: Политиздат, 1990. –494 с.
- 5.Теория и практика глубинной психокоррекции. /Сост.: С.М.Аврамченко, М.П.Зажирко, И.В.Евтушенко, А.Э.Мелоян, С.Ш.Раджабова. Под ред. академика Т.С.Яценко.–Донецк: ДИПиП,2008. – 268с.
- 6.Фрейд З. Либи́до. М.: Гуманитарий, 1996. –476с.
- 7.Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. –СПб.: Питер, 2002. –384 с.
- 8.Яценко Т.С. Психологічні основи групової психокорекції. – К.: Либідь, 1996.- 264с.
- 9.Яценко Т.С., Кмит Я.М., Мошенская Л.В. Психоаналитическая интерпретация ко́мплекса тематических психорисунков (глубинно-психологический аспект). –М.: СИП РИА, 2000. –192с.

Мельниченко П.И., Фурсова Т.Н., Крюков А.В.

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ (БВ) – ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова

Условимся под термином «дееспособность» подразумевать не принятое в психиатрической или близких к этой дисциплине областях понятие, а речь идет о функционировании «практически здорового человека». То есть индивида, который в полной мере может выполнять все необходимые для себя и окружающих (общества в целом) биологические и социальные функции.

В современном «продвинутом» обществе есть немалая когорта людей, среди которой ее 40 – 50 – летние и старше члены начинают задумываться не только о будущем, но и о том, есть ли оно у них вообще! Не говоря уже о тех, кто достиг пенсионного рубежа, и вопрос о дальнейшей профессиональной занятости повис в воздухе. В результате у человека формируется не совсем то «комфортное психологическое состояние», на котором так настаивают эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в своем определении **здоровья** человека. Этому «психологическому дискомфорту», да и не только ему, способствуют ничем не оправданные дискриминационные установки при найме людей на работу. В России все работодатели в одночасье решили, что все люди, у кого возраст до 35 лет, лучше всего справятся с теми задачами, которые необходимо решать.

Возникает резонный вопрос - кто дал право работодателю в одночасье отместить (не хотелось бы употреблять термин «свалка», но иногда для конкретного человека так и бывает) целый пласт 50 – 60 – летних людей, профессионально подготовленных, физически здоровых и желающих без поддельного энтузиазма отдавать свой опыт, знания и умения на благо общества? По – видимому, никто. Но Россия (не по своей, конечно, вине) наплодила столько бестолковых и тупых юристов в стране, что глобальными и жизненно важными вопросами в стране им заниматься недосуг.

При сложившейся в стране демографической ситуации и дальнейшем ее отрицательном тренде такая беспринципная позиция государства – непозволительная роскошь. В этой связи мы полагаем, что в России ее Правительством должны бы быть сделаны следующие шаги.

1. На законодательном уровне исключить все дискриминационные ограничения, в первую очередь возрастные, при объявлениях рабочих вакансий.

2. В качестве критерия дееспособности человека (в том понимании, как

3. это было истолковано выше) использовать не паспортные данные, а биологический возраст человека. Именно он, с нашей точки зрения, дает наиболее полное представление о здоровье человека. Система его внедрения должна, безусловно, решаться на государственном уровне путем внедрения мониторинга. В этом случае уже не придется угадывать, сколько в стране населения работоспособного, а сколько нет. Базовыми учреждениями, в первом приближении, могли бы стать амбулаторно - поликлинические организации. В этом деликатном и важном с социальной точки зрения вопросе должны быть и независимые организации - экспертные центры оценки здоровья. Важно, чтобы указанные организации обладали всеми необходимыми полномочиями для их легитимности. Думается, что крупным работодателям можно этой проблемой заниматься и внутри отрасли, но при условии их полной легитимности.

4. Данные о БВ человека должны бы содержаться в «Паспорте здоровья», о котором в стране так долго говорится, но идея так и не воплощена в жизнь. Впрочем, ее внедрение даже на отдельном предприятии (производстве, отрасли) так же во многом решало бы поставленную проблему.

Мельниченко П.И.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Мы не будем останавливаться на дефинитивной проблеме феномена «здоровье человека», так как сегодня многие исследователи рассматривают данное определение (а точнее – неопределенность) сродни «счастью человека». К сожалению, как всем известно, ни тому, ни другому термину должного определения не найдено. Чтобы не заблудиться в более чем в 250 определениях, остановимся на том, что здоровье человека – это состояние, при котором он чувствует себя здоровым. Можно упрекать авторов в субъективизме, но еще никто не опроверг истины: «Субъективное - отражение объективности».

Продолжая мысль о сущности понятия о здоровье человека, заметим, что люди с давних пор пытались осуществить попытку выразить качественную характеристику некоего состояния в виде количественной величины. Авторы статьи тоже не удержались от подобного соблазна и решили внести свою «лепту» в данную проблему.

Как и следует в большинстве подходов, нам следует также оговорить определенные условности или допущения. Будем исходить из того, что, во – первых, «психологический комфорт», как того предлагают эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) при определении здоровья человека, не поддается количественной оценке.

Во – вторых, что касается других составляющих здоровья человека, предлагаем «уместить» их в следующих составляющих, которые в конечном итоге составляют суть человека как биологического и социального существа: *структура, функция и адаптация*. Количественными категориями каждой из составляющих могут быть: структуры – морфофункциональный статус (МФС),

функции – нервно – психический статус (НПС) и адаптации – иммунный статус (ИС).

Все предложенные количественные категории можно суммировать и получить итоговую величину, которую предлагаем называть потенциал здоровья человека (ПЗ).

В идеале он должен быть равен 1, 0. Но так практически никогда не бывает, поэтому было предложено оценить весомость каждой составляющей в общей их сумме. На основании экспертных оценок получили следующую формулу:

$$\text{ПЗ} = 0,3 \text{ МФС} + 0,3 \text{ НПС} + 0,4 \text{ ИС}$$

Как видно из приведенного уравнения, эксперты придали в целом одинаковую значимость составляющим ПЗ, но, поскольку адаптационные возможности важны не только для текущего момента, но и определяют некую перспективу существования не только отдельного человека, но и всего человеческого рода, мы сочли необходимым повысить этот показатель на 10%.

Что касается количественной оценки каждой из составляющих приведенного уравнения, здесь перед исследователем имеются самые широкие возможности в зависимости от того, в каких условиях проводится оценка ПЗ: (стационарные или «полевые»), арсенал имеющихся возможностей, квалификация персонала и т.д. Поясним на примере установления величины МФС. Предположим, этот показатель решили оценивать на основании определения массы тела (МТ), индексу массы тела (ИМТ), количеству жира (КЖ) и т.д. Каждый из выбранных показателей соотносится с нормативным (Н) и реальным (Р) его значением у данного человека:

$$\text{ИМТ (Р)/ИМТ (Н)}$$

Независимо от количества выбранных показателей они соотносятся с нормативными (стандартными, исходными и т.д.

данными) и с учетом весового коэффициента определяется конечная величина каждого из определяемых статусов.

Напомним, что генетически человеку «предписано» Природой жить от 120 до 140 лет, в среднем 120 – 130 лет. Это и есть величина ПЗ = 1,0. И некоторые земляне берут этот рубеж, во всяком случае его нижнюю отметку. К сожалению, этих примеров не так уж много, как хотелось бы. Но они есть, поэтому данные рассуждения не досужие вымыслы, а объективная реальность. Установив у конкретного человека его текущий ПЗ можно говорить о его некоем будущем. Это особенно важно врачу при разговоре с любителями вредных привычек (наркотики, алкоголь, табак и др.).

Молчанова Т., В Кохан С.Т.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ В КОНТЕКСТЕ ТЕОРИИ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Забайкальский государственный университет г. Чита, Россия

Многочисленные обстоятельства современной жизни приводят к чрезмерно сильному психо–эмоциональному напряжению человека, вызывающему отрицательные реакции и состояния, ведущие к неврозам – срывам нормальной психической деятельности.

Психологическая устойчивость - это комплексная характеристика личности, обеспечивающая её устойчивость к фрустрирующему и стрессогенному воздействию трудных ситуаций.

Психологическое благополучие (душевный комфорт) — слаженность психических процессов и функций, ощущение целостности, внутреннего равновесия. Психологическое благополучие более устойчиво при гармонии личности .

По мнению современных отечественных исследователей в перечень критериев психического здоровья, составленным Н.Д.

Лакосиной и Г.К. Ушаковым, входит множество признаков, начиная от адекватности восприятия и поведенческих реакций, критического подхода к обстоятельствам жизни, и заканчивая чувством ответственности за близких и самоутверждением в коллективе без ущерба для остальных его членов. Наиболее часто отмечаются такие черты, как интерес к окружающему миру, способность к установлению близких контактов с окружающими, альтруизм, направленность на общественно полезное дело, духовность, гармоничность, целостность личности, ориентация на саморазвитие.

За рубежом представители психологии здоровья трактуют это понятие как изучение психологического благополучия личности. Традиционно осуществляется в двух направлениях: гедонистическом и эвдемонистическом. Психологическое благополучие в гедонистическом подходе рассматривается как преобладание позитивных переживаний над негативными и на современном этапе сторонники этого направления сосредоточены на изучении эмоционального благополучия личности [М. Аргайл, Н. Брэдбурн, Э. Динер Д. Кайнемен, Н. Шварц].

Н. Брэдбурн вводит понятие «психологическое благополучие» и отождествляет его с субъективным ощущением счастья и общей удовлетворённостью жизнью. Н.Брэдбурн создал модель структуры психологического благополучия, которая представляет собой баланс, достигаемый постоянным взаимодействием двух видов аффекта - позитивного и негативного.

Э. Динер отмечает, что теория субъективного благополучия- как и почему люди оценивают свою жизнь. Распространённым методом исследования субъективного благополучия является самоотчёт, субъективное благополучие определяться только с точки зрения внутреннего опыта респондента.

Эвдемонистический подход основан на понимании психологического благополучия как результата саморазвития личности. Личность, преобразуя себя, достигает гармонии с собой и миром (А. Вотермен, Э. Дисси, Р. Райан).

Американская исследовательница К. Рифф продолжая традиции, заложенные Н. Брэдбурном, решает вопрос: «Что значит быть благополучным с психологической точки зрения?» - на основании интеграции различных теорий, связанных с благополучием, предлагая обобщенную модель психологического благополучия, включающую шесть составляющих компонентов психологического благополучия: самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни, личностный рост.

Профиль психологического благополучия меняется с возрастом. Два аспекта благополучия – позитивные отношения с другими и самопринятие – остаются постоянными в течение жизненного пути человека, другие же - изменяются.

Рассматривая здоровье как жизненный процесс, можно говорить о нем применительно к любому человеку и к любому отрезку его жизненной биографии, а также в применении к обществу в целом: «здоровье общества», «здоровье нации», «здоровье подрастающего поколения».

Общественное здоровье – Это характеристика одного из важных свойств, качеств, аспектов общества как социального организма. С таких позиций говорят об общественном здоровье как о богатстве общества, общественном богатстве, факторе, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей.

Потенциал общественного здоровья – это мера здоровья людей, накопленного обществом, и его резервов, создаваемых активным,

здоровым образом жизни.

Охрана здоровья населения является комплексной государственной задачей, включающей не только социальные меры по улучшению благосостояния народа, но и систему мероприятий по улучшению условий воспитания и образования подрастающего поколения, охраны труда, социального страхования, медико-санитарной помощи, курортного лечения, охраны материнства и детства, развитие условий для занятий физкультурой и спортом.

Зозуля Е.В., Муравицкая И.С.

СОВМЕСТИМОСТЬ СТУДЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОБЩЕЖИТИИ, КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ИХ ОПТИМАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Донбасский государственный педагогический университет, г. Славянск, Украина

Под *психологическим здоровьем* в психологии понимают оптимальное функционирование всех психических структур, необходимых для текущей жизнедеятельности. Психологическое здоровье – это не только душевное и личностное здоровье, это ещё и состояние готовности к личностному росту, открытости к новому опыту, защищённости от ударов жизни. Однако в обыденной жизни на каждого человека влияет масса факторов, способных привести его в состояние нарушения этого самого психологического здоровья, вызвать личностную дисгармонию, а то и невроз. В подобном состоянии личность с трудом воспринимает новый опыт, «замирает» её развитие и зрелость, такие люди неэффективны в общении и часто страдают эмоциональными нарушениями. За нарушением психологического здоровья может последовать нарушения психического либо соматического. Поэтому значимость проблемы

профилактики психологического здоровья всегда будет стоять достаточно остро.

Особенную остроту проблема приобретает в студенческую пору жизни человека. На личность в это время воздействует огромное количество факторов (возрастные кризисы, изменение социального статуса, вливание в новый учебный коллектив, взаимодействие с огромным количеством новых преподавателей, несколько иная система построения учебного процесса, проблемы адаптации и др.), способных нарушить психологическое здоровье. Наше же исследование построено на изучении, как нам кажется, наиболее критического фактора, способного повлиять на оптимальное состояние и психическое здоровье студентов, переехавших в другой город и вынужденных совместно проживать в условиях общежития – их *психологической совместимости*.

Под *совместимостью*, в широком смысле, принято понимать способность к смешиванию без негативных результатов; характеристику гармонического сосуществования [6].

Под *психологической совместимостью* принято понимать человеческую способность находить взаимопонимание, налаживать деловые и личностные контакты, сотрудничать [6].

Проявляется психологическая совместимость во взаимном принятии партнеров по общению и совместной деятельности, которая основана на оптимальном соединении ценностных ориентаций, социальных установок, интересов, мотивов, потребностей, характеров, темпераментов, темпе и ритме психофизиологических реакций и других значимых характеристик для межличностного взаимодействия.

Критерием совместимости выступает: высокая непосредственная удовлетворённость результатом, а в первую очередь, - процессом взаимодействия. Совместимость обычно

сопровождается взаимной симпатией, уважением, уверенностью в позитивном результате дальнейших контактов.

Проблемой психологической совместимости и эффективной совместной деятельности занимались – Г.М.Андреева, Т.Лири, Л.Н.Собчик, У.Шутц и др.

Экспериментальной базой нашего исследования стало общежитие Донбасского государственного педагогического университета, где студенты проживают в комнатах рассчитанных на 2 и 3 человека. Выборку исследования составили студенты ДДПУ 1-5 курсов общим количеством 60 человек, из них 24 – проживают в 2-х местных комнатах, 36 – в 3-х местных.

При исследовании были использованы методы: наблюдение; анкета; изучение мотивационной сферы по методике Тест юмористических фраз; изучение ценностных ориентаций по методике Рокича; изучение стиля поведения в конфликте по методике К. Томаса; изучение аффилиации по методике А. Мехрабиана; статистические методы; качественный анализ.

Исходя из полученных данных теоретического и экспериментального исследования проблемы совместимости студентов, проживающих в общежитии, как одного из факторов сохранения их психологического здоровья, можем представить следующие *выводы*:

■ ожидания большинства студентов относительно «образа идеального соседа» сводятся к описанию личности, так сказать совпадающей с образом и ролью «родственника», т.к. большинство респондентов неосознанно стремились выстраивать отношения с соседями по комнате в общежитии по семейному типу, ожидали от них эмоциональной поддержки, помощи и любви;

▪ студенты, проживающие в условиях студенческого общежития, достаточно самостоятельные внешне, - по большей части не демонстрируют высокой автономности, и склонны проецировать свои инфантильно-зависимые наклонности и на образ соседей по комнате, отводя им по сути роль родителей, особенно в вопросах организации быта и ответственности;

▪ к факторам, *негативно* влияющим на психологическую совместимость при компактном проживании в общежитии, относятся: неспособность понимать другого; недостаточно развитая «бытовая рефлексия»; стремление к самооправданию а не к решению реальных проблем; эгоизм и игнорирование состояний и чувств соседа; недостаточная развитость навыков конструктивного общения; преобладание гедонистической мотивации и психологический инфантилизм; низкая мотивация и интерес в сфере семейных отношений; чрезмерная сосредоточенность на социальных отношениях; недостаточная личностная зрелость;

▪ к факторам, *позитивно* влияющим на психологическую совместимость студентов при компактном проживании в условиях общежития, относятся: общая воспитанность; низкая агрессивность; склонность к компромиссам; коммуникативная компетентность и низкая конфликтность; ответственность и философское отношение к жизни;

▪ не смотря на полюс отношений соседей по комнате общежития, у студентов, обычно, формируются похожие ценностные установки, либо одни и те же установки находятся в состоянии актуальной проработки;

▪ у студентов из пар или микрогрупп с *низкой* психологической совместимостью в половине случаев встречается страх

эмоционального отвержения на фоне неудовлетворенности аффилиативных потребностей;

- студентам из пар или микрогрупп с *низкой* психологической совместимостью свойственна повышенная конфликтность и соперничающее поведение;

- студентам из пар или микрогрупп с *высокой* психологической совместимостью свойственно преобладание эмоционального принятия над страхом эмоционального отвержения, в отличие от студентов с *низкой* совместимостью, где наоборот – страх эмоционального отвержения значительно превышает эмоциональное принятие;

- у большинства студентов из пар или микрогрупп с *высокой* психологической совместимостью зафиксирован средний уровень конфликтности и стиль компромисса;

- «катализатором» конфликтов между студентами в общежитии чаще всего становится нарушение бытовых обязанностей;

- в условиях совместного компактного проживания студентов в общежитии, решающими факторами высокой психологической совместимости является позитивная личностная направленность студентов и схожесть приоритетов в мотивационной сфере;

- у студентов из пар или микрогрупп с *высокой* психологической совместимостью успешность в обучении выше, а уровень невротизации – ниже.

Таким образом, подтвердилось, что для сохранения психологического здоровья у студентов, компактно проживающих в условиях общежития, крайне важным является фактор высокой психологической совместимости.

Литература

1. Андреева Г.М. Принцип деятельности и исследования общения// Общение и деятельность. – Прага, 1981. – 182 с.

2. Бодалёв А.А. Личность и общение. Избранные психологические труды – 2-е изд., перераб. – М: Междунар. пед. академия. – 1995. -326 с.
3. Бойко В.В. , Ковалёв А.Г., Панферов В.Н. Социально-психологический климат коллектива и личность. – М.: Мысль, 1983. – 207 с.
4. Зозуля О.В. Напрямки здійснення психологічного супроводу студентів, які проживають у гуртожитку// Гуманітарний вісник державного вищого навчального закладу „Переяслав-хмельницький педагогічний університет ім. Григорія Сковороди”. Науково-теоретичний збірник. Випуск 10. М.Переяслав-Хмельницький -2006.
5. Немов Р.С. Социально-психологический анализ эффективной деятельности коллектива. – М., 1984. -284 с.
6. Ребер А. Большой толковый психологический словарь. – М.: Вече, 2000. – Т. 2. -529с.

Никитина Н.Б.

МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА

Центр медико-социальной реабилитации инвалидов «Росток», г. Чита, Россия

Мера становления профессионализма педагога-психолога определяется уровнем его квалификации, в основе которой лежит сложность и широта спектра решаемых профессиональных задач. Творческий коллектив под руководством В.А. Шадрикова, разработавший Методику оценки квалификации педагогических кадров [3, с.67] считает, что «профессиональная квалификация является интегральным образованием, включающим в себя профессиональный опыт, мотивацию, личностные качества и другие профессиональные характеристики. Она непосредственно влияет на качество и результативность деятельности специалиста, обеспечивает готовность и способность выполнения различных профессиональных задач.

Квалификационные категории (высшая, первая и вторая) предполагают дифференциацию уровня сложности и качества решения профессиональных (функциональных) задач. Первая и высшая квалификационные категории педагога–психолога предъявляют более высокие требования к качеству решения

профессиональных задач, связанных с диагностикой и коррекцией; экспертизой и консультированием, учебно-воспитательной, научно-исследовательской и культурно-просветительной деятельностью.

Следует признать, что аттестационные процедуры будут лишены смысла без применения ведущего критерия оценки качества становления профессионализма педагога-психолога – степени целостного развития эмоциональной сферы детей, разных профилей развития. Такой критерий позволяет по объективным показателям обоснованно дифференцировать педагогов-психологов по уровням эффективности становления профессионализма.

Разработанная нами модель оценки качества становления профессионализма педагога-психолога в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста отражает зависимость качества становления профессионализма педагога-психолога от степени его готовности к работе с эмоциональной сферой детей разного профиля развития. Содержание модели представляет собой инструмент поиска проблем в становлении профессионализма.

Однако, обнаружение проблем в становлении профессионализма еще не дает возможности их исправления, т.к. остаются «скрытыми» внутренние причины, обеспечивающие его развития. К ним нами отнесены интегративные субъективно выраженные личностно и деятельностно обусловленные компоненты профессионализма. Определение уровня их соорганизации позволяет выделить внутренние психологически обоснованные причины развития профессионализма.

Выделим основные грани проявлений качества профессионализма педагога-психолога в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста, которые позволят обосновать особенности его становления:

– многоаспектность проявлений «эффектов» профессионализма в качестве конечного результата – целостности и психосохранности эмоционального развития детей разного профиля развития;

– многовариативность образовательных подсистем, в рамках которых осуществляется становление профессионализма педагога-психолога (ДОУ, образовательные учреждения разных типов для детей дошкольного и младшего школьного возраста);

– многозначность личностно и деятельностно обусловленных компонентов профессионализма, по-разному соорганизующихся (в зависимости от индивидуальных резервов профессионализма конкретных педагогов-психологов) в функциональные комплексы, предопределяющие выбор способа профессионализации (репродуктивный, нормативный, творческий);

– многосубъектность в оценивании качества становления профессионализма (родители дошкольников и младших школьников, воспитатели дошкольных учреждений, педагоги начальной школы, администрация детского сада и школы, инспекторы разных уровней и ступеней).

– многокритериальность, призванная обеспечить объективность оценивания ведущих компонентов профессионализма;

– «полихронность» оценивания качества профессионализма, выражающаяся в вариативности сочетаний стратегических, тактических и текущих аспектов такого оценивания, т.к. и сами педагоги-психологи, и компетентные судьи неоднократно пересматривают параметры качества профессионализации в зависимости от доминирующих в обществе парадигм образования;

Наша модель оценки качества становления профессионализма педагога-психолога построена в виде концептуальной схемы, в которой выделены результативно-оценочные (структурные) и

процессуально-технологические (функциональные личностно и деятельностно обусловленные) компоненты. В качестве результативно-оценочных компонентов модели выделены:

– дети дошкольного и младшего школьного возраста, у которых фиксируется особое соотношение высоко-, средне- и маловыраженного уровней развития эмоциональной сферы. Характеристика качества такого соотношения позволяет выявить значимые тенденции (позитивно либо негативно направленного) развертывания профессионализма педагога-психолога. Качество развития эмоциональной сферы детей выступает ведущим критерием оценки качества становления профессионализма педагога-психолога (т.е. суждений о соотношении высоко-, средне- и маловыраженном уровнях). Дети выступают носителями индивидуально проявляющихся особенностей психической и личностной сферы, развитию которой содействует педагог-психолог с помощью психологических и педагогических средств;

– педагоги-психологи – носители: собственных смыслов жизнедеятельности и способов самореализации в профессиональной деятельности; психологического, предметно научного и технологического знания в области содействия детям в развитии гармоничной эмоциональной сферы. Качество становления профессионализма педагога-психолога регулируется:

- целями деятельности психологической службы, состоящими в обеспечении полноценного психического и личностного развития детей в соответствии с индивидуальными возможностями и особенностями;

- задачами, решаемыми педагогами-психологами: формирование развивающего образа жизни личности в учебно-воспитательном учреждении; обеспечение полноценного личностного,

интеллектуального развития ребенка; обеспечение индивидуального подхода к каждому ребенку; психолого-педагогическое изучение детей; профилактика и коррекция отклонения в интеллектуальном и личностном развитии; оказание помощи детям, педагогам и родителям в экстремальных и критических ситуациях; консультирование родителей и лиц, их заменяющих, по вопросам воспитания детей, создания благоприятного семейного микроклимата;

Представленная модель оценки качества становления профессионализма дает возможность исследовать механизмы эффективного становления профессионализма. Непрерывная система становления профессионализма учителя носит многоуровневый характер, в силу этого предметом анализа становится системное обеспечение качества созидательной профессионализации. Системное обеспечение качества предполагает согласование действий специалистов, обеспечивающих профессионализацию педагога-психолога, в подсистемах трудовой деятельности и постдипломного повышения квалификации.

Озерова Н.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ

ГБОУ СОШ «Школа здоровья» №48, г. Москва

При организации логопедических занятий в школе здоровья первостепенной становится задача использования здоровьесберегающих образовательных технологий .

При отсутствии учета этого факта у детей могут наблюдаться следующие дезадапционные состояния:

- быстрая умственная утомляемость, сниженная умственная работоспособность;
- трудности формирования произвольного внимания: отмечается неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, отсутствие распределения, проблемы с переключением;
- снижение объема оперативной памяти (трудности удержания, оперирования информацией);
- трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную;
- низкие возможности самоуправления и произвольной регуляции деятельности (двигательная расторможенность, хаотичность, полная дезорганизация деятельности).

Конкретным проявлением указанных особенностей является:

- наличие нехарактерных ошибок в письменных работах детей (причем в начале работы ошибок гораздо меньше, чем в конце);
- двигательная расторможенность на занятии (ребенок не может соблюдать дисциплинарные требования);
- отсутствие адекватного ответа на элементарный вопрос преподавателя (ребенок не способен понимать, осмысливать и перерабатывать поступающую информацию).

Специфика интеллектуальной деятельности детей, обучающихся в школе здоровья, состоит в цикличности. Время, в течение которого они могут продуктивно работать ограничено. По истечении этого времени школьники теряют контроль над умственной деятельностью. В это время мозг накапливает энергию для следующего рабочего цикла. Затем умственная активность восстанавливается. Поэтому при организации обучения необходимо так распределять интеллектуальную нагрузку, чтобы она приходилась на активные периоды.

Нами разработан комплекс упражнений, способствующих предотвращению переутомления, гиподинамии и других дезадапционных состояний.

Работа проводится по следующим направлениям:

- снятие напряжения с глаз;
- формирование умений ориентироваться в пространстве, в собственном теле;
- развитие правильного речевого и физиологического дыхания;
- развитие мелкой моторики пальцев рук.

1. Снятие напряжения с глаз.

- «Веселые восьмерки»

Инструкция: на доске нарисована лежащая восьмерка: делаем зрительную гимнастику: ведем глазами по часовой стрелке 4 раза, против часовой стрелки 4 раза.

- «Право, лево, верх и низ»

Инструкция: я буду читать стихотворение, а вы выполняйте движение глазами.

Ослик ходит, выбирает,

Что сначала съесть не знает.

Наверху созрела слива, (смотрят вверх)

А внизу растет крапива, (смотрят вниз).

Слева-свекла, справа-брюква, (смотрят вправо и влево),

Снизу- свежая трава, (смотрят вниз)

Сверху- сочная ботва (смотрят вверх).

Закружилась голова,

Кружится в глазах листва (круговые движения глазами).

Выбрать ничего не смог,

И без сил на землю слег (закрывает глаза).

- «Рябина»

Инструкция: я буду читать стихотворение, а вы плотнозакрывают и широко открывают глаза. Делаем подряд 10 раз.

- «Глазки отдыхают»

Очень долго мы писали,

Глазки у детей устали (поморгать глазами)

Посмотрите все в окно, (посмотреть влево-вправо)

Ах, как солнце высоко (посмотреть вверх).

Мы газа сейчас закроем, (зажмуриться)

В классе радугу построим,

Вверх по радуге пойдем, («подняться» глазами вверх по радуге)

Вправо, влево повернем (посмотреть вправо, влево).

А потом скатимся вниз, (посмотреть вниз)

Жмурься сильно, но держись (зажмурить глаза).

2. Ориентация в пространстве, в собственном теле – обостряет внимание, кинетическую память, активизирует нервные процессы.

- «Выполняй, не зевай»

Инструкция: я назову действие, а ты выполняй его.

«Правой рукой закрой левый глаз», «Левой рукой покажи левое ухо»

«Правой рукой покажи левую ногу»

- «Выполняй команду»

Инструкция: когда я произнесу слово «пожалуйста», вы должны выполнить эту команду.

«Правую руку вверх», «Левую руку вверх, пожалуйста», «Руку вниз, пожалуйста», «Повернитесь вправо», «Повернитесь влево, пожалуйста»

- «Делай наоборот»

Инструкция: я назову команду, а вы делаете противоположное действие.

«Руки вниз» (поднимают руки вверх), «Правую руку вниз» (поднимают левую руку вверх), «Посмотрите вверх»

- «Колокольчик»

Инструкция: закрой глаза, прозвонит колокольчик, а ты, используя слова вверху, внизу, слева, справа, определи, где он звенит.

3. Развитие правильного речевого и физиологического дыхания.

- «Дыши носом, дыши ртом»

Инструкция: выполняй мою команду: «Вдох носом-выдох ртом», «Вдох ртом, выдох ртом», «Вдох ртом-выдох носом»

- «Фокус»

Инструкция: держи шарик перед губами; сделай трубочку из губ, выдыхай плавно через губы, чтобы шарик отлетел.

Инструкция: держи шарик перед губами. Расслабь язык, положи на нижнюю губу. Выдыхай плавно на шарик с «лопаточки» так, чтобы шарик покатился.

- «Снег идет»

Инструкция: представьте, что сейчас зима. На улице падает снег. Подуйте на бумажные снежинки так, чтобы они зашевелились.

- «Веселый шарик»

Инструкция: дуйте на шарик так, чтобы он укатился на противоположную сторону стола.

4. Развитие мелкой моторики пальцев рук.

- «Пальчики здороваются»

Инструкция: Соединяй пальчики одной руки с пальчиками другой руки, называя их: большие, указательные, средние, безымянные, мизинцы.

- «Дружная семейка»

Инструкция: я буду читать стихотворение, а вы сжимайте и разжимайте пальцы.

Пальцы – дружная семья,
Друг без друга жить нельзя.

- «Наши пальчики»

Инструкция: я буду читать стихотворение, а ты положи ладошки на стол и поочередно поднимай пальцы обеих рук кверху.

Вот большой!

А это средний,
Безымянный и последний –

Наш мизинец, малышок!

У-у-у! Указательный забыли.

- «Колечки»

Инструкция: каждый палец руки присоединяй поочередно к большому.

Чтобы пальцы жили дружно

Будем их соединять

И движенья выполнять...

Литература:

Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М.:Просвещение, 1986. -129 стр.

Осика К.С.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОЇ ЗРІЛОСТІ У СПОРТСМЕНІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Донбаський державний педагогічний університет, м.Слов'янськ, Україна

Емоційна зрілість – це здатність до адекватного емоційного реагування з урахуванням певного вікового періоду життя особистості в конкретних соціальних умовах. У психологічній науці цією проблемою займалися такі вчені: Н.В.Казаріновський, С.А.Колот, А.Н.Лук, Е.Л.Носенко, І.Г.Павлова, О.Я.Чебикін, О.Л.Яковлева [3; 5].

Ними були зроблені успішні спроби розкрити поняття емоційної зрілості, основні ознаки, які характеризують цей феномен, закономірності та механізми її становлення у спортсмена, типи емоційної зрілості особистості, а також розробити цілісні, методичні засоби вимірювання особливостей розвитку емоційної сфери, які б дозволили зафіксувати емоційну зрілість або незрілість спортсмена підліткового віку.

Розглянемо особливості розвитку основних компонентів емоційної зрілості у спортсменів підліткового віку: емпатії, експресивності і саморегуляції.

Вміння справлятися із своїми емоціями соціально придатними способами, визначається, як емоційна регуляція або саморегуляція.

Формування почуття особистої і культурної ідентичності, що відбувається у процесі розвитку спортсмена, супроводжується різноманітними сильними емоціями і переживаннями у процесі тренувань та змагань, які він має навчитися інтегрувати в структуру власної особистості. Досить складне завдання: знайти вихід почуттям страху, тривоги, горя, любові, сексуальної допитливості, який був би прийнятним як для неї самої, так і для її батьків, соціального оточення. Спортсмени знаходять багато рішень цього складного завдання, але яким би воно не було, все одно підлітки переживають внутрішній конфлікт [1].

Шелдон Копп називає саморегуляцію особистості як здатність (у напрямі постійного зростання) керувати своєю поведінкою. Саморегуляція передбачає, що спортсмени приймають та аналізують зв'язну множину норм поведінки, таких, як дотримання вимог безпеки, повага чужої власності та інших подібних правил, що обмежують свободу дій. Важливим компонентом саморегуляції є згода, яка передбачає прийняття підлітком правил соціального

оточення. Адже певні соціальні вимоги можуть викликати протест і опір підлітка, що часом виявляється у деструктивних формах поведінки – агресії або відмові у спілкуванні. Одним з показників зросту саморегуляції поведінки, на думку Ш.Коппа, є здатність більш прийнятно і менш емоційно заявляти про свої потреби.

Регулювання емоцій – природна сторона підліткового психосоціального розвитку. У спортсменів, які не можуть справлятися із своїми переживаннями і контролювати свої емоції у тренувальному та змагальному процесах, виникають проблеми у соціальній адаптації, міжособистісній взаємодії – як незначні, так і достатньо серйозні. Наступним компонентом емоційної зрілості є експресивність. Поняття експресивності можна визначити як тілесну розкутість, що забезпечує виразність емоцій на обличчі, їх трансформацію в діях та здатність передавати свій настрій оточуючим різними засобами виразності.

Підлітковий вік – це той час, коли діти удосконалюють свої рухові здібності і стають більш незалежними. В цей період емоційний розвиток підлітка-спортсмена тісно пов'язаний із розширенням соціальних контактів та фізичним дозріванням.

Досконале володіння своїм тілом, що розвивається у підлітків протягом середини дитинства, наділяє їх почуттям “Я можу” і дозволяє достойно оцінити себе, що, безумовно, є важливим для психічного здоров'я. розвинена самоповага і позитивна Я-концепція підкріплюють впевненість у власних силах, забезпечує певну стабільність емоційного стану. Крім того, вміння добре володіти своїм тілом сприяє визнанню з боку однолітків та дає можливість постійно вдосконалювати свої рухові якості на досить важких тренуваннях. Незграбних підлітків, з поганою координацією та витривалістю, рідко приймають на групові заняття у різноманітні секції та клуби. Вони стають аутсайдерами і можуть продовжувати відчувати себе зайвими

ще довго після того, як їх фізична незграбність сама собою зникне. В таких ситуаціях важлива роль надається досвідченому тренерові, який повинен своєчасно виявити у підлітка здібності до того чи іншого виду спорту. Певні труднощі виникають також під час спілкування, коли підлітки не розуміють емоційний стан іншого в наслідок збідненої емоційної експресивної виразності. Такі спортсмени потребують розвитку експресивності на спеціальних заняттях. Це дозволяє їм набути позитивного досвіду тілесної розкутості, вільних рухів, мімічної виразності, розуміння емоційного стану інших і сприяє загальної гармонізації їх емоційного стану [2].

До емоційної зрілості належить і така індивідуально-психологічна властивість особистості як емпатія. Вона характеризує здатність людини до співпереживання і співчуття. Вона є важливим компонентом у спілкуванні, який сприяє збалансуванню міжособистісних стосунків, робить поведінку спортсмена соціально обумовленою.

По мірі того, як підлітки дорослішають, у них формуються все більш точні і повні уявлення про власні фізичні, інтелектуальні і особистісні якості та якості інших людей. Вони приписують собі все більше особливостей, що призводять до уточнення та ускладнення їх Я-образів та образів інших людей. Розширюючи свою Я-концепцію, спортсмени вчаться оцінювати власну соціальну поведінку і соціальну поведінку оточуючих. У підлітковому віці Я-концепція не завжди відрізняється точністю з точки зору позитивного або негативного сприйняття своїх реальних досягнень у навчанні та спорті. Здатність бачити себе людиною, відмінною від інших, якій притаманні певні властивості, складає Я-образ.

Самоповага означає бачити себе людиною, якій властиві позитивні якості, тобто людиною, здатною досягти успіху у тому, що є для неї важливим.

В підлітковому віці самоповага в більшій мірі пов'язана з впевненістю і академічними здібностями, але це не обов'язково. В залежності ставлення батьків та думки однокласників підлітки, які не досягли успіху в одній сфері, можуть знайти і ще щось, що дозволить їм виділитися серед інших. Дедалі більше думка групи однокласників, до якої входить підліток, стає для нього більш важливою, ніж думка широкого оточення.

Знання про світ людей підлітки набувають завдяки процесу соціального пізнання. Соціальне пізнання складається із думок, знань і припущень про соціальний світ, і пов'язане у цьому віці із розумінням дружби і розвитком моральних суджень. Підлітки починають придивлятися до світу людей і поступово осягати принципи і правила, за якими він існує. Вони намагаються осмислити свій досвід як організоване ціле та займають позицію із врахуванням того, що думають і відчують інші люди [2].

На протязі підліткового віку соціальне пізнання стає все більш важливою детермінантою поведінки особистості. Саме в цей період підлітки-спортсмени мають навчитися розв'язувати ускладнення в дружніх стосунках і розбиратися у питаннях справедливості, дотримуватися соціальних правил, поважати моральний закон.

У цей час діти здатні уявити собі зміст і хід думок іншої людини, припускаючи, що саме вона відчуває або наміряється зробити. Вони встановлюють взаємовідносини, які передбачають певні обов'язки, такі як чесність, вірність, повага до авторитету. Засвоюють поняття справедливості. Вчать розглядати ситуацію в різних аспектах і поступово вдосконалюють вміння робити соціальні

висновки. Це дає підлітку можливість будувати з ровесниками взаємовідносини, які міцні і приносять задоволення.

Здатність будувати припущення щодо думок, сподівань, почуттів і замірювань інших людей відіграє провідну роль у розумінні підлітками того, що означає бути другом. Спортсмени, які можуть бачити речі і явища з точки зору іншої людини, в більшій мірі здатні встановлювати і підтримувати міцні та близькі взаємовідносини з ровесниками у повсякденному житті та на тренуваннях [2].

В процесі дорослішання більшість дітей вчаться відрізнити добрі вчинки від поганих, розрізнити щирість і безсердечність. Зрілі моральні судження передбачають не просто механізм заучування соціальних правил – воно являє собою прийняття рішень про те, що є справедливим, а що ні, і виникає із взаємодії між мислиневими структурами, що розвиваються і соціальним досвідом, який поступово розширяється.

Моральні судження підлітків формуються під впливом багатьох чинників: від звичаїв і традицій, характерних для культури, в якій дитина вихована, до тих почуттів, які вона переживає в конкретний момент.

Здатність приймати моральні рішення на основі емпатії і турботи про інших розвивається по мірі дорослішання дітей. Дівчата дозрівають дещо скоріше, тому емпатія розвивається у них раніше, ніж у хлопців.

Соціальний висновок і емпатія утворюють фундамент, на якому базуються дружні або конструктивні взаємовідносини.

У свою чергу, дослідження психологічних аспектів емоційної зрілості особистості припускає вивчення питань співвідношення загальної адекватності емоційного реагування особистості у соціальній ситуації і тих рис, які даній особистості властиві. Аналіз

наукової літератури та емпіричних досліджень показав, що у проблемі емоційної зрілості ясно виявляється цілісний характер психіки людини, у якій зовсім різні психічні функції зв'язуються, за словами Л.С.Виготського, у єдиний «вузол». У формуванні таких функцій та їх зв'язків Л.С.Виготський бачив генеральний шлях розвитку психіки людини, у якому сприйняття, пам'ять, мислення, мотивація, емоції формують свідомість та самосвідомість зрілої особистості.

Знаходження взаємозв'язаних з емоційною зрілістю властивостей та якостей особистості дозволяє, з одного боку уточнити чинники, які обумовлюють формування емоційної зрілості, а з іншого боку – прояснити ступінь впливу емоційної зрілості на формування стійких особових якостей. Іншими словами: у якому ступені емоційна зрілість визначає формування зрілої особистості.

У роботах, присвячених емоційному розвитку особистості, простежується взаємозв'язок між особливостями емоційного реагування та певними рисами особистості, причому саме поняття «взаємозв'язок» може виражати декілька типів зв'язку між досліджуваними чинниками. Згідно першому способу інтерпретації між особливостями особистості та особливостями емоційного реагування, можна виділити психічні процеси та риси особистості, які обумовлюють формування адекватних способів емоційного реагування. Так, у працях Я.Рейковської рівень розвитку мислення, здібність до цілепокладання, сформованість довільних процесів, ступінь включеності у сферу соціальних контактів визначає рівень адекватності емоційного реагування.

Другий спосіб інтерпретації припускає виявлення тих особливостей особистості, які залежать від розвитку емоційно-вольової сфери. У подібному випадку говорять про взаємозв'язок між

емоційною зрілістю та такими рисами особистості спортсмена як самооцінка, впевненість у собі, стійкість до стресових ситуацій, особливо на важких тренуваннях та відповідальних змаганнях.

Третій спосіб інтерпретації дозволяє розглядати взаємозв'язок між досліджуваними чинниками як такими, що формуються паралельно та обумовлені впливом загального детермінуючого чинника.

Для оцінки емоційної зрілості особистості учнів І.Г.Павловою, О.Я.Чебикіним та іншими вченими було проведено дослідження. Потім результати дослідження були піддані кореляційному аналізу, який виявив значущий взаємозв'язок показника емоційної зрілості з такими особливостями особистості, як самооцінка, впевненість у собі, комунікабельність, врівноваженість, екстравертированість, оригінальність. Негативна кореляція виявлена з показником тривожності, агресивності, тривожності у сімейних ситуаціях. Серед пізнавальних процесів значущо корелюють з емоційною зрілістю такі властивості як короткочасна пам'ять, мислення, інтелект та різноманітні розумові операції [3; 5].

Таким чином, можна сказати, що емоційна зрілість як одна з властивостей емоційної сфери спортсмена дуже впливає на розвиток особистості та у деякому розумінні визначає його. Особливо це актуально у період кризи розвитку дитини – підлітковому віці. Також можна з впевненістю сказати, що успіхи та невдачі в учбово-пізнавальній та спортивній діяльності дитини опосередковано пов'язані з емоційною зрілістю, оскільки вона істотно корелює з різними параметрами пізнавальної сфери. У свою чергу, поняття емоційної зрілості є новим та вимагає подальшої розробки.

Емоційна сфера людини дуже широка та різноманітна. Вона включає в себе не тільки поняття емоцій та відчуттів, але й поняття

емоційного тону відчуттів та форм переживань емоцій. Емоції, а отже й емоційна сфера в цілому, пронизують усі аспекти життя та діяльності спортсмена, здійснюють істотний вплив на всі психічні процеси (особливо на розумову діяльність), виконують величезну кількість функцій та сприяють гармонійній взаємодії людини з навколишнім середовищем. Значення емоційної сфери для формування особистості людини важко переоцінити. Так, емоційна сфера безпосередньо та значно впливає на учбово-пізнавальну та спортивну діяльність дитини, її результати, визначаючи успішність або неуспішність діяльності. Також емоції беруть безпосередню участь у створенні мотиваційного компоненту учбової та спортивної діяльності та у процесі цілепокладання [4].

Перспектива дослідження – вивчення особливостей емоційної зрілості спортсменів, які займаються східними бойовими мистецтвами.

Література:

- 1.Аболин Л.М. Эмоциональная устойчивость и пути ее повышения / Л.М.Аболин // Вопросы психологии.-1989.-№4.-С.141-149.
- 2.Агишева Н.К. Эмоционально-волевая подготовка спортсменов / Н.К.Агишева, А.В.Алексеев, И.М.Виш / Под ред. А.Т.Филатова. – К.: Здоровье, 1982. – 296 с.
- 3.Павлова І.Г. Дослідження провідних ознак емоційної зрілості особистості, що розвивається / І.Г.Павлова // Наука і освіта. – Одеса, 2003. - № 2-3. – С.41 – 45
- 4.Писаренко В.М. Роль психики в обеспечении эмоциональной устойчивости человека / В.М.Писаренко // Психологический журнал.-1986.-Т.7.-№5.-С.62-72.
- 5.Чебыкин А.Я. Исследование эмоциональной устойчивости и психологические средства ее формирования у спортсменов / А.Я.Чебыкин, Л.М.Аболин // Психологический журнал.- 1984.- Т.5.- №4.- С.83-88.

Осика О.В.

ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ

«ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ» В ОРГАНІЗАЦІЯХ

Донбаський державний педагогічний університет, м.Слов'янськ, Україна

Резюме. Рассматривается структура синдрома «профессионального выгорания» в организациях, которая имеет такие составляющие: эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция профессиональных достижений. Выделены симптомы «профессионального выгорания», такие как: психофизиологические, социально-психологические и поведенческие. Факторы, которые влияют на «профессиональное выгорание»: индивидуальные и организационные. Представлена структура тренинговой программы по формированию навыков саморегуляции эмоций.

Ключевые слова: «профессиональное выгорание», деперсонализация, эмоциональное выгорание, редукция профессиональных достижений, персонал, организация.

Синдром «професійне вигорання» - один із провів стресу, з яким стикається людина у професійній діяльності. Він розглядається як стан фізичного, психічного і передусім емоційного виснаження.

В психологічній науці синдром «професійного вигорання» досліджували В.В.Бойко, С.Джексон, Р.Кепьюто, К.Маслач, Г.Робертс, О.О.Рукавішніков, Д.Спаньол. У даних дослідженнях акцент зроблений на вивчення структури, симптомів, рівнів та стадій, розроблені методики діагностики та засоби профілактики синдрому «професійного вигорання» в організаціях.

Синдром “професійного вигорання” включає в себе три основні складові: емоційну виснаженість, деперсоналізацію (цинізм), редукцію професійних досягнень.

Під емоційною виснаженістю розуміється відчуття спустошеності і втоми, викликане власною роботою.

Деперсоналізація передбачає цинічне відношення до роботи та до її об'єктів. Зокрема, в соціальній сфері при деперсоналізації

виникає байдуже, негуманне, цинічне відношення до людей, з якими працюють.

Редукція професійних досягнень — виникнення у працівників почуття некомпетентності в своїй професійній сфері, усвідомлення неспішності в ній.

Існує три стадії емоційного “вигорання”.

Перша стадія. Всі ознаки та симптоми проявляються в легкій формі через турботу про себе, наприклад, шляхом організації частіших перерв у роботі. Починається забування якихось робочих моментів (наприклад, невнесення потрібного запису в документацію). Зазвичай на ці першочергові симптоми мало хто звертає увагу. В залежності від характеру діяльності, сили нервово-психологічних навантажень і особистісних характеристик спеціаліста, перша стадія може тривати три-п'ять років.

Друга стадія. Спостерігається зниження інтересу до роботи, потреби в спілкуванні (в тому числі, і з близькими): «не хочеться бачити» тих, з ким спеціаліст працює, «в четвер відчуття, що вже п'ятниця», «тиждень триває нескінченно», прогресування апатії до кінця тижня, поява стійких соматичних симптомів (немає сил, енергії, особливо, в кінці тижня, головні болі по вечорах, «мертвий сон, без сновидінь», збільшення кількості простудних захворювань, підвищена дратівливість, людина «заводиться», з півоберта, хоча раніше подібного вона за собою не помічала. Симптоми проявляються регулярно, мають затяжний характер і важко піддаються корекції. Людина може почувати себе виснаженою після гарного сну і навіть після вихідних. Тривалість даної стадії, в середньому, від п'яти до п'ятнадцяти років.

Третя стадія. Ознаки і симптоми третьої стадії вигорання є хронічними. Можуть розвиватися фізичні і психологічні проблеми

типу язв і депресій. Людина може почати сумніватись в цінності своєї роботи, професії та самого життя. Характерна повна втрата інтересу до роботи і життя взагалі, емоційна байдужість, отупіння, відчуття постійної відсутності сил. Спостерігаються порушення пам'яті і уваги, порушення сну, особистісні зміни. Людина прагне до усамітнення. На цій стадії приємнішими є контакти з тваринами і природою, ніж з людьми. Заклучна стадія — повне згорання, яке часто переростає в повну відразу до всього на світі. Стадія може тривати від десяти до двадцяти років [1].

Симптоми, з яких складається синдром “професійного вигорання” умовно можна поділити на три основні групи: психофізичні, соціально-психологічні і поведінкові [5].

До психофізичних симптомів:

- почуття постійної втоми не тільки по вечорах, але і зранку, відразу ж після сну;
- відчуття емоційного і фізичного виснаження;
- зниження сприйнятливості і реактивності на зміни зовнішнього середовища;
- загальна астенизація (слабкість, зниження активності і енергії);
- часті безпричинні головні болі; різка втрата чи різке збільшення ваги;
- повне чи часткове безсоння;
- постійний загальмований, сонливий стан і бажання спати протягом усього дня;
- задишка або порушення дихання при фізичному чи емоційному навантаженні;
- помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості.

До соціально-психологічних симптомів:

- байдужність, нудьга, пасивність і депресії;
- підвищена дратівливість на незначні, дрібні події — часті нервові «зриви»;
- постійне переживання негативних емоцій;
- почуття неусвідомленого занепокоєння і підвищеної тривожності;
- почуття гіпервідповідальності і постійний страх, що щось «не вийде».
- загальна негативна установка на життєві і професійні перспективи.

До поведінкових симптомів:

- відчуття, що робота стає все важчою і важчою, а виконувати її — все складніше і складніше;
- співробітник помітно змінює свій робочий режим дня (рано приходить на роботу і пізно йде або, навпаки, пізно приходить на роботу і рано йде);
- незалежно від об'єктивної необхідності, працівник постійно бере роботу додому, але вдома її не робить;
- керівник відмовляється від прийняття рішень, формулюючи різні причини для пояснень собі й іншим;
- відчуття, що все марно, зневіра, зниження ентузіазму стосовно роботи, байдужість до результатів;
- невиконання важливих, пріоритетних завдань і «загострення» на дрібних деталях, витрата більшої частини робочого часу на погано усвідомлюване чи неусвідомлюване виконання автоматичних і елементарних дій;
- дистанціювання від співробітників і клієнтів, підвищення неадекватної критичності.

На даний момент немає однозначної відповіді на запитання про

те, що ж є головним у виникненні професійного “вигорання”, що є основною причиною — особистісні характеристики людини чи організаційні.

Індивідуальні фактори:

До «професійного вигорання» більш схильні працівники, які змушені в силу своєї роботи багато і інтенсивно спілкуватись з різними людьми, знайомими і незнайомими. Тому цілком закономірно, що швидше «вигорають» люди, які мають інтровертований характер, індивідуально-психологічні особливості яких не поєднуються з професійними вимогами комунікативних професій. Також існує взаємозв'язок між вигоранням і тривожністю, емоційною чутливістю, темпераментом [2].

Ще одна, найбільш вразлива категорія «вигораючих», – це люди, що з головою занурюються в роботу, зневажають і відсувають на другий план свої потреби.

Також до синдрому “професійного вигорання” більш схильні люди, що відчують постійний внутрішній особистий конфлікт, пов'язаний із роботою. Найбільш чутливими до “професійного вигорання”, є молоді люди (19 – 25 років), які при зіткненні з реальною дійсністю, що не відповідає їх очікуванню, отримують емоційний шок, та люди старшого віку (40-50 років) [3].

Досить часто можна спостерігати як у чоловіків, так і у жінок, професійне “вигорання” у віці 30 років. Можливою причиною є криза 30 років, яку психологи часто називають «проблемою сенсу життя».

Існують дослідження, що свідчать про взаємозв'язок сімейного стану і, вигорання. Більш висока схильність до “вигорання” є у неодружених осіб (особливо чоловічої статі). Причому, холостяки в більшій мірі схильні до “вигорання” навіть у порівнянні з

розведеними чоловіками. Доведено, що чоловіки більш схильні до деперсоналізації, а жінки — до емоційного виснаження.

Існують дані про позитивний зв'язок між рівнем освіти і вигоранням. Приводом до цього можуть бути завищені вимоги людей з більш високим рівнем освіти, неможливість реалізації (людина займає не ту посаду, на яку вона могла б претендувати, або не ту, на яку вчилася). Тісний зв'язок існує між вигоранням і задоволенням працею.

Організаційні фактори:

Мабуть, один з найважливіших факторів, розглянутих у контексті вигорання, — це соціально-психологічні взаємини в організації як по вертикалі, так і по горизонталі. Вирішальну роль відіграє підтримка з боку колег і людей, що стоять вище на професійному і соціальному рівні. Більше того, деякі дослідники підкреслюють, що так звані горизонтальні конфлікти в групі працівників психологічно менш небезпечні, ніж конфлікти з людьми, які займають більш високе професійне становище.

Умови праці. Практично всі дослідження свідчать про те, що підвищені навантаження в діяльності, понаднормова праця стимулюють розвиток вигорання.

Зміст праці. Дана група факторів містить у собі кількісні і якісні аспекти роботи з клієнтами: число клієнтів, частоту їхнього обслуговування, ступінь глибини контакту з ними. *Прийняття рішень.* Відчуття значимості, інформованості і прийняття відповідальних рішень значно пригнічує розвиток вигорання.

Стимулювання праці. Практично всі дослідники відзначають, що недостатня винагорода (грошова і моральна) чи її відсутність сприяють виникненню вигорання. Є дослідження, які показують, що додаткова винагорода за виконання визначеної роботи підвищує

почуття професійної ефективності. При цьому, як правило, важливою є не стільки абсолютна кількість винагороди, скільки її справедливість.

Стиль керівництва. Потрібно відзначити, що демократичний стиль керівництва в меншій мірі сприяє виникненню вигорання, а авторитарний і критикуючий стиль спілкування керівника — навпаки, сприяє вигоранню [2].

Для подолання синдрому «професійного вигорання» у персоналу організації ми пропонуємо структуру тренінгової програми з формування навичок саморегуляції емоцій. Основні завдання тренінгу:

1) набуття та закріплення навичок позитивної невербальної і вербальної комунікації;

2) розвиток навичок експресивної виразності;

3) розвиток вміння щиро ділитися своїми почуттями та розуміння почуттів іншого;

4) розвиток взаємної підтримки, довіри, емпатії;

5) підкріплення позитивного образу "Я";

6) оволодіння навичками саморегуляції власного емоційного стану;

7) розвиток вміння здійснювати самопред'явлення в групі співробітників;

8) вироблення механізму побудови конструктивних взаємовідносин.

Кожне заняття має певну структуру і складається з чотирьох розділів.

Перший розділ – групова взаємодія — містить комплекс вправ, спрямованих на оволодіння конструктивними навичками комунікації на основі емпатійного спілкування та застосування засвоєних

вербальних і невербальних засобів виразності. Завданнями цього розділу є: набуття та закріплення навичок позитивної невербальної і вербальної комунікації; розвиток вміння щиро ділитися своїми почуттями і розуміти почуття іншого; підкріплення позитивного образу "Я"; розвиток взаємної підтримки, довіри; вміння аргументовано відстоювати свою точку зору, чинити опір психологічному тиску, усвідомлювати характер власних взаємовідносин з іншими.

Другий розділ – релаксаційний практикум — містить комплекс вправ, спрямований на оволодіння навичками емоційної саморегуляції. Завданнями розділу є: навчити розслаблювати різні частини тіла, знімати емоційне напруження, поновлювати фізичні сили; балансувати відчуття шляхом застосування навичок саморегуляції.

Третій розділ – групова експресія — містить комплекс вправ, спрямованих на розвиток експресивного самовираження емоційного стану та експресивної взаємодії з іншими. Завданнями розділу є: досягнення тілесної розкутості з використанням танцювальних рухів, автентичних звуків; передача актуального емоційного стану за допомогою мімічних засобів виразності; розуміння емоційного стану іншого; набуття загальної гармонізації власного емоційного стану.

Четвертий розділ – динамічне моделювання — комплекс вправ, спрямований на відпрацювання вміння вільно застосовувати набуті навички конструктивної комунікації в змодельованих ситуаціях міжособистісної взаємодії. Завданнями розділу є: розвиток вміння здійснювати самопред'явлення в групі співробітників, будувати конструктивні взаємовідносини, усвідомлювати власні досягнення; сприяння самоствердженню працівника [4].

Перспектива дослідження – вивчення впливу емоційних станів на розвиток синдрому «професійного вигорання».

Література

1. Гринберг Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг. – СПб: Питер, 2002. – 496 с.
2. Малец Л. Внимание «выгорание» / Л. Малец // Персонал. – 2000. – № 2. – С. 99-102.
3. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С. 90-101.
4. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб: Питер, 2003. – С. 548-572.
5. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядипломної освіти / За наук. ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, Т.В. Зайчинкової. – К.: Міленіум, 2004. – 264 с.

Осочук С.С., Марцинкевич А.Ф.

ОТНОШЕНИЕ МИКРОВЯЗКОСТЕЙ АННУЛЯРНОГО И ОБЩЕГО ЛИПИДНОГО ФОНДА КАК КОНСТАНТНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТА

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Беларусь

Кислородтранспортная функция мембран эритроцитов играет чрезвычайно важную роль в ходе выполнения длительных физических нагрузок. Во время бега на длинные и сверхдлинные дистанции организм спортсмена активно расходует энергетические ресурсы, что требует постоянного и достаточного поступления кислорода к рабочим органам и тканям. Известно, что аэробный распад глюкозы значительно превосходит анаэробный по выходу АТФ, вместе с тем отсутствует накопление кислых продуктов метаболизма, способных изменять рН крови и ухудшать аффинитет гемоглобина к кислороду.

Известно, что трансмембранный перенос кислорода происходит при помощи специфических переносчиков – аквапоринов [Титовец Э.П., 2009]. Так как функциональная активность трансмембранных белков во многом контролируется их липидным микроокружением (аннулярный пул) [Болдырев А.А., 1990], можно предположить

наличие его влияния, в том числе, и на активность аквапоринов. Вместе с тем, аннулярный липидный слой состоит в динамическом равновесии с общим липидным пулом, что позволяет говорить о влиянии на транспорт кислорода всей мембраны в целом. Взаимодействие приобелкового липидного слоя и общего липидного пула расценивается как важный фактор, регулирующий активность мембранных белков [Дергунов А.Д., 1984]. Состав и физико-химические свойства общего и аннулярного липидных пулов подвержены изменениям при различных физиологических и патологических состояниях [Иванова С.В., 2008], однако отношение микровязкости общего и аннулярного липида не исследовалась ранее. Учитывая, что оба липидных пула находятся в динамическом равновесии, вышеуказанное отношение может играть важную роль в динамике физико-химического обмена липидами между общим и аннулярным липидными пулами и, таким образом, оказывать значительное влияние на обновление мембраны в ходе ее функционирования и ее реакцию на внешние воздействия.

Ранее нами было показано, что у спортсменов микровязкость общего и аннулярного липидного пулов ниже, чем у лиц, не занимающихся спортом [Марцинкевич А.Ф., Осочук С.С., 2012]. Интересно отметить, что у не занимающихся спортом курящих людей и у спортсменов физико-химические свойства мембран эритроцитов не имели отличий, что было расценено как универсальная реакция мембран на гипоксию вне зависимости от ее происхождения [Марцинкевич А.Ф., 2012]. Однако оценка изменений величины соотношения аннулярного и общего липидных пулов не проводилась. В связи с этим, целью нашего исследования было сравнение отношения микровязкости аннулярного липидного слоя к микровязкости общего липидного пула в мембранах эритроцитов

спортсменов и лиц, не занимающихся спортом.

В ходе эксперимента были сформированы опытная группа, состоящая из спортсменов разного уровня квалификации (от I-го взрослого разряда до мастера спорта, средний возраст $18,6 \pm 3,0$ года, 42 человека) и контрольная группа (молодые люди, не занимающиеся регулярными физическими упражнениями, средний возраст $19,2 \pm 1,7$ года, 38 человек).

Кровь у лиц опытной и контрольной группы забирали натощак из локтевой вены в одноразовые вакутайнеры с цитратом натрия в утренние часы (с 8 до 9 часов). Мембраны эритроцитов выделяли по методу Доджа [Dodge J., 1963] и для последующей работы стандартизовали по белку в концентрации 100 мкг/мл.

Определение микровязкости мембран эритроцитов производилось при помощи метода флуоресцентных зондов [Добрецов Г.Е., 1989]. Для этого стандартизованные мембраны инкубировались с пиреном в концентрациях 1, 2, 4, 6, 8 и 10 мкмоль/мл в течение 15 минут. После инкубации снимались спектры флуоресценции при длинах волн возбуждения $\lambda_{\text{в}} = 286$ (зона аннулярного липидного фонда) и 337 нм (зона общего липидного фонда) на спектрофлуориметре SOLAR CM2203. По соотношению высоты пиков флуоресценции при $\lambda_{\text{рег}} = 470-480$ нм и при $\lambda_{\text{рег}} = 374-376$ нм, судили о микровязкости мембран эритроцитов. Учитывая неравномерное распределение исследуемого признака и неравенство дисперсий, были использованы непараметрические методы статистического анализа данных.

При исследовании отношения микровязкости аннулярного липидного фонда (МВА) к микровязкости общего слоя липида (МВО), найдено, что данный показатель не имел статистически значимых различий у спортсменов и лиц не занимающихся спортом (таблица 1).

Таблица 1

Отношение микровязкости аннулярного и общего липидного пула у спортсменов и контрольной группы в зависимости от концентрации пирена

	МВА/МВО 1 мМ	МВА/МВО 2 мМ	МВА/МВО 4 мМ	МВА/МВО 6 мМ	МВА/МВО 8 мМ	МВА/МВО 10 мМ
Спортсмены	1.67	1.51	1.36	1.30	1.19	1.15
Контроль	1.70	1.55	1.40	1.32	1.25	1.12
p-значение теста Вилкоксона	0.25	0.14	0.15	0.40	0.24	0.39

Полученные результаты свидетельствуют о константности соотношения МВА/МВО у спортсменов и лиц, не занимающихся спортом вне зависимости от отличий микровязкости аннулярного и общего липида, что согласуется с концепцией вязкотропной регуляции активности мембранных ферментов [Knoll W. et al., 2000]. Динамическое равновесие между аннулярным и общим липидными пулами регулирует специфичность микроокружения трансмембранных белков в соответствии с предъявляемыми к ним функциональными требованиями и, в свою очередь, вероятнее всего, определяется составом и активностью липидтранспортной системы. Изменения микровязкости липидного бислоя, связаны в том числе, с температурой фазового перехода ($T_{кр}$) мембраны, зависящего от качественного состава липидов ее формирующих. Согласно [Куницын В.Г., 2002], $T_{кр}$ является важным регуляторным показателем, коррелирующим с кинетическими характеристиками Na/K-АТФазы и скорости поглощения эритроцитами глюкозы. Вероятно, отсутствие достоверных отличий между отношением МВА/МВО, указывает на важность равновесия между этими показателями, возможно в первую очередь, для обмена липидными компонентами между

липидтранспортной системой, общим и аннулярным липидными пулами. Если наше предположение верно, то отношение МВА/МВО может отражать состояние обмена липидными мономерами между липидными пулами и липидтранспортной системой с целью обновления липидного бислоя и его адаптивной реакции на изменения окружающей среды. Возможно, нарушения этого отношения могут привести к значительным сдвигам функциональной активности мембран эритроцитов. Для подтверждения наших предположений требуются дополнительные исследования, в том числе у лиц с достоверно измененными активностью мембран эритроцитов и состоянием липидтранспортной системы.

Выводы: регулярные занятия спортом не влияют на соотношение микровязкости аннулярного липида и микровязкости общего липида мембран эритроцитов.

Петренко Ю.А., Меньших О.Э.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ

Черкасский национальный университет имени Богдана Хмельницкого,

г. Черкассы, Украина

Постановка проблемы. Несмотря на большое количество существующих методик исследования физического развития человека, актуальным остается вопрос выбора наиболее доступных для практики физического воспитания [1]. Ведь объективные данные о состоянии морфофункционального развития могут быть информативными для уточнения программ педагогических воздействий в плане их индивидуализации или дифференциации. Это, как следствие, может привести к повышению эффективности всего процесса физического воспитания, работоспособности студентов, а значит гармонизации физического развития и уровня их здоровья.

Поэтому, нами было проведено исследование динамики физического развития студентов с целью определения информативности индексных методик для практики физического воспитания.

Методика и организация исследований. Оценку физического развития проводили двумя методами: используя антропометрические индексы (АИ) и коэффициент физического развития (КФР). КФР определяли по методике Г.В. Коробейникова (2001), в которой коэффициент является интегральным морфофункциональным показателем [2].

Измеряли длину (ДТ) и массу тела (МТ), регистрировали кардиореспираторные показатели – ЧСС в покое (ЧСС) и после 20 приседаний (ЧССнагр.), жизненную емкость легких (ЖЕЛ), задержку дыхания на вдохе (ЗДвд.) и выдохе (ЗДвыд.).

Коэффициент физического развития рассчитывали по формуле с учетом фактических и среднепопуляционных показателей.

Исследовали уровень физического развития по массо-ростовому и жизненным индексами. В качестве массо-ростового индекса использовали индекс Кетле (масса тела (г)/рост (см)), а также индекс Ливи (ЖЕЛ (мл)/масса тела (кг) в качестве жизненного индекса.

Исследование проводилось на базе Черкасского национального университета имени Богдана Хмельницкого. В лонгитудинальных исследованиях принимали участие 2 группы из 450 студентов в течение 4 лет. Начинали эксперимент когда студенты были на 1-ом курсе в возрасте 17 лет, а завершили на 4-ом курсе, когда им было по 20 лет. В начале каждого учебного года во второй половине сентября проводили замеры исследуемых морфофункциональных показателей, рассчитывали АИ и КФР. Полученный материал обрабатывали компьютерной программой Microsoft Excell.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов исследования позволил установить, что у студентов и студенток от 17 до 20 лет показатели КФР менялись незначительно. У юношей 17 лет КФР составил $1,08 \pm 0,03$ у.е. В 18 лет оставался почти на том же уровне – $1,083 \pm 0,04$ у.е., а с 19 к 20 годам наблюдалось незначительное его повышение, $1,09 \pm 0,02$ и $1,092 \pm 0,03$ у.е.

КФР у девушек был ниже, чем у юношей и составил в 17 лет $0,982 \pm 0,02$ у.е. В 18 лет он несколько увеличился и достиг уровня $1,01 \pm 0,03$ у.е., а в 19 – 20 лет КФР составил соответственно $1,00 \pm 0,04$ и $1,031 \pm 0,03$ у.е., то есть был практически стабильным. Между всеми возрастными группами как у юношей, так и девушек, отсутствовали достоверные различия в значениях КФР ($p > 0,05$). Отличия наблюдались между значениями КФР у юношей 17 и 19 лет ($p < 0,05$).

После распределения обследуемых каждой возрастной группы на подгруппы с высоким, средним и низким уровнем КФР определили количественный состав каждой из них.

Количество студентов в группах с высоким, средним и низким уровнем физического развития в 17, 18, 19 и 20 лет почти не менялось и оставалось примерно одинаковым. Преобладали студенты со средним уровнем развития. КФР юношей в возрастном диапазоне от 17 до 20 лет изменился на 1,1%, а у девушек – на 4,9%.

Жизненный индекс (ЖИ) в возрастном периоде 17-20 лет как у юношей, так и у девушек имел тенденцию к снижению: у юношей 17 лет – $58,10 \pm 0,998$ мл/кг, а в 20 лет – $56,86 \pm 1,065$ мл / кг; у девушек 17 лет – $49,47 \pm 0,547$ мл/кг, а в 20 лет – $48,24 \pm 0,508$ мл/кг. ЖИ у юношей в исследуемом диапазоне снизился на 2,13%, а у девушек – на 2,48%. При этом не было выявлено статистически достоверных различий в значениях ЖИ между всеми возрастными группами

($p > 0,05$). У юношей значения ЖИ были выше, чем у девочек. И между этими половым группам существовали достоверные различия в показателях ЖИ во всех возрастных группах ($p < 0,05$).

Массо-ростовой индекс (МРИ) в отличие от ЖИ имел тенденцию к увеличению как у юношей, так и у девушек. Не было установлено статистически достоверных различий в показателях МРИ между всеми возрастными группами у девушек ($p > 0,05$), а у юношей обнаружены отличия между значениями 17-летних и показателями в 19 и 20 лет ($p < 0,05$). Значения МРИ девушек во всех возрастных группах были достоверно меньше по сравнению с показателями юношей ($p < 0,05$). В исследуемом диапазоне МРИ у юношей изменился на 5,77%, а у девочек – на 1,09%.

При анализе физического развития студентов с помощью антропометрических индексов было установлено, что происходит снижение ЖИ и, соответственно, увеличение МРИ с возрастом. Это можно объяснить увеличением массы тела у обследуемых. Но, если проследить дальнейшую динамику возрастных изменений этих индексов, то можно предположить, что в следующем возрастном периоде (зрелый возраст) эта динамика приведет к снижению возможностей дыхательной системы и набора лишней массы тела.

Выводы

1. В возрастном периоде 17-20 лет у обследуемых студентов преобладает средний уровень физического развития.

2. Определение физического развития студентов с помощью антропометрических индексов показало не высокую их информативность для установления его динамики в возрастном аспекте в связи с завершением процесса биологического созревания обследуемых. Но выявлена высокая их эффективность для контроля и

прогноза варіативності маси тела, а значит и возможности её коррекции.

Литература:

1. Долженко Л.П. Фізична підготовленість і функціональні особливості студентів з різним рівнем фізичного здоров'я: Дис. канд. з фіз. вих. та спорту: 24.00.02. – К., 2007. – 196с.
2. Пат. № 43246 Україна, МКІ А61В5/00. Спосіб донозологічної діагностики у дітей препубертатного віку / Г. В. Коробейніков, Л. Г. Коробейнікова, Л. М. Козак (Україна). – Заявл. 26.04.2001; Опубл. 15.11.2001, Бюл. № 10. – 3 с.

Петрукович Н.П., Власова С.В., Врублевский Е.П.

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Полесский государственный университет, г. Пинск, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема здоровья детей в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях остается актуальной и сложной, так как определяет будущее любой страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества.

Согласно литературным данным, на протяжении последних десятилетий наметилась тревожная тенденция ухудшения состояния здоровья, в том числе физического развития детей и формирования правильной осанки. В разряд практически здоровых детей врачи сегодня зачисляют около 4% детского населения республики. Количество же детей с нарушениями осанки неуклонно растет и достигает уровня 17 % детей раннего возраста и 30% школьного возраста.

Нарушение осанки – это обратимые функциональные нарушения деятельности костно-мышечного аппарата в первую очередь позвоночника. Однако этот, как многим кажется, безобидный

дефект может стать базой для развития в последующем сколиоза и нарушения формирования и деятельности внутренних органов, психоэмоциональной сферы и социальной адаптации ребенка.

Ученые приходят к выводу, что причинами данной патологии являются как недостаточная двигательная активность, несвоевременные и нерегулярные лечебно-профилактические мероприятия, так и несовершенная организация физкультурно-оздоровительной работы с дошкольниками.

Формирование правильной осанки у детей, как, впрочем, и необходимых двигательных навыков, - проблема действительно актуальная. Решение ее находится не только и не столько в поле деятельности врачей, как в сфере родительского влияния и рамках педагогической деятельности. По мнению целого ряда ученых, дошкольные учреждения и семья могут и должны отнестись к данной проблеме с максимальным вниманием и ответственностью и стать местом профилактики нарушений осанки. Но к сожалению, до сих пор, должествование остается лишь на бумаге.

В связи с этим, целью нашей работы стало совершенствование подходов к профилактике нарушений осанки у детей дошкольного возраста.

Материал и методы исследования. Нами была проведена научно-исследовательская работа на базе дошкольных учреждений г.Пинска, в котором приняли участие дети четырех детсадовских групп в возрасте 3-6 лет с нарушениями осанки.

В рамках данного проекта осуществлялась информационно-разъяснительная работа с родителями, педагогами, медперсоналом ребят основной группы, в которой были предложены генетическое тестирование предрасположенности к развитию патологии соединительной ткани, комплекс специальной гимнастики,

сказкотерапия и арттерапия в структуре занятий в группе во время стационарного пребывания в дошкольном учреждении в течение дня, коррекция режима дня и стереотипа поведения в семье.

Разработан комплекс упражнений утренней гимнастики и упражнений после дневного сна, упражнений прикладного характера (ходьба, лазание, висы и упоры), в том числе для ритмической гимнастики и подвижных игр, с учётом группы здоровья и возрастных особенностей детей, применение которых способствовало развитию и укреплению основных мышечных групп спины, плечевого пояса, брюшного пресса.

Все упражнения были распределены на четыре основные группы и классифицированы в зависимости от педагогических задач:

1. Упражнения, направленные на создание представления о правильной осанке и её формирование.

2. Упражнения на укрепление мышц, формирование мышечного корсета и развитие спины.

3. Упражнения на закрепление и совершенствование навыка правильной ходьбы.

4. Коррекционные упражнения, направленные на исправление различных нарушений осанки.

В течение занятий активно использованы элементы арттерапии и сказкотерапии с сюжетной линией помощи сказочному персонажу (игрушке) сделать спинку ровной и красивой. Рисовались и обсуждались сказочные герои с нарушением осанки и герои, которым удалось побороться с вредной привычкой (что им мешает и помогает в решении этой нелегкой задачи и т.п.).

В группе сравнения подобные мероприятия не проводились.

Кроме того, проведено анкетирование родителей с целью оценки настороженности в отношении развития указанной патологии,

выявления объема и методов коррекции и поведения ребенка и родителей в семье, физической активности ребенка дома, обеспечения положительной мотивации для достижения правильной осанки, воспитания сознательного отношения детей к формированию и закреплению навыка длительного удержания тела в правильном положении. Налажена работа по тесному взаимодействию воспитателей, медработника дошкольного учреждения, врачей-специалистов, администрации детского сада с родителями по вопросам единой тактики поведения по профилактике сколиоза.

До начала и по окончании исследования анализировались медицинская документация, субъективная характеристика и объективные показатели состояния осанки детей основной и группы сравнения.

Исследование проводилось в течение одного года.

По результатам проведенного исследования отмечены достоверно значимые изменения субъективной оценки самочувствия детей, изменения индекса осанки в основной группе ($p < 0,05$). Достоверных различий по приросту силы мышц спины и брюшного пресса в основной и группе сравнения не наблюдалось.

Таким образом, учитывая двигательный стереотип дошкольников и полученные данные, предложенные подходы к профилактике нарушений осанки в структуре занятий в дошкольных учреждениях могут способствовать подготовке позвоночника к предстоящей статической нагрузке в школе, профилактике аномального развития внутренних органов и позволит дополнительно контролировать правильное положение тела в течение дня с применением элементов арттерапии и сказкотерапии.

Литература:

1. Бальсевич, В.К. Перспективы развития общей теории и технологии спортивной подготовки и физического воспитания (методологический аспект) /В.К. Бальсевич // Теор и практ. ФК. - 2008. - №4. - С.21-27.
2. Бахрах, И.И. Инновационная технология воспитания правильной осанки у школьников /И.И. Бахрах, В.А.Перепекин, С.В. Барков //Сборник научных трудов - Смоленск, 2006. - С.71-74.
3. Бернштейн, Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности /Н.А. Бернштейн. - М: Медицина, 2006.– 349 с.
4. Вайруб, М.Е. Гигиена обучения и воспитания детей с нарушениями осанки и больших сколиозом /М.Е. Вайруб, А.С. Волошук.– Киев, 2005. - 135с.
5. Велитченко, В.К. Физкультура для ослабленных детей/ В.К. Велитченко. - М.Физкультура и спорт.1989.-110с.
6. Дзахов, С.Д. Профилактика деформаций осанки и сколиоза у детей/ С.Д. Дзахов. - Оржоникидзе, 2008. - 73 с.
7. Егоркин, Г. В. Функциональная диагностика нарушений осанки у детей – Методические рекомендации /Г. В. Егоркин.- Ижевск, 2006. - 27 с.
8. Епифанова, В.А. Лечебная физическая культура/В.А. Епифанова.- М.: Медицина, 2005. - 528 с.
9. Жеребцова, Ю.С. Осанка дошкольника: как ее исправить, проверить, сохранить. Опыт работы./ Ю.С. Жеребцова, М.А. Леонтьева, М.М. Борисова. - М.: 2007.-150с.
10. Исправление осанки у детей /под ред. В.И. Рыженко. - М.: Санкт-Петербург, Оникс, Харвест, 2006.- 192 с.
11. Кожухова, Н.Н. Воспитатель по физической культуре в дошкольных учреждениях: Учебное пособие для студентов высших и средних пед. учеб. заведений / Н.Н.Кожухова - М.: Издательский центр «Академия», 2002 - 302 с.
12. Лебедева, Л.В. Формирование правильной осанки и профилактика плоскостопия у дошкольников. Опыт работы./ Л.В. Лебедева, М.А. Митрохина.- М.: 2011- 132с.
13. Чабовская, А.П. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста./ А.П. Чабовская - М.:Просвещение,1980г.-221с.
14. Шишкина, В.А. В детский сад – за здоровьем: пособие для педагогов, обеспечивающих получение дошкольного образования/ В.А.Шишкина. – Мн.: Зорны верасень, 2006. – 184с.

Погорелов М.Г., Бутирина М.В.

Гуляр О.О, Скорописова Л.І.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Донбаський державний педагогічний університет, м.Слов'янськ, Україна

В статье рассмотрены способы применения здоровьесберегающих технологий в высших учебных заведениях; пути создания здоровьесберегающей образовательной среды для

студентов высших учебных заведений; особенности организации ведущей деятельности студентов для сохранения их здоровья.

Ключевые слова: здоровьесберегающие технологии, здоровьесберегающие меры, рациональная организация учебного процесса, гиподинамия, нагрузка.

Знання, володіння і застосування здоров'язберігаючих технологій є важливою складовою професійної компетентності сучасного педагога. Викладачі у тісному взаємозв'язку зі студентами, батьками, медичними працівниками, практичними психологами, соціальними педагогами та соціальними працівниками спроможні створити здоров'язберігаюче освітнє середовище.

Здоров'язберігаючі технології – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці навчальному закладі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям студента [6].

Здоров'язберігаючі технології виховання і навчання дозволяють зберігати наявний стан студентів, формувати більш високий рівень їхнього здоров'я, навичок здорового способу життя, здійснювати моніторинг показників індивідуального розвитку, прогнозувати можливі зміни здоров'я і проводити відповідні психолого-педагогічні, корегувальні, реабілітаційні заходи з метою забезпечення успішності навчальної діяльності та її мінімальної фізіологічної «вартості», поліпшення якості життя суб'єктів освітнього середовища.

Впровадження здоров'язберігаючих технологій потребує від викладача не допускати перевантаження студентів, визначаючи оптимальний обсяг навчальної інформації й способи її надання, враховувати інтелектуальні та фізіологічні особливості студентів,

індивідуальні мовні особливості кожного студента. Намагатися планувати такі види роботи, які сприяють зниженню втоми.

Здоров'язберігаючі технології передбачають [3]:

- зміну видів діяльності, чергування інтелектуальної, емоційної, рухової видів діяльності;

- групової й парної форм роботи, які сприяють підвищенню рухової активності, вчать вмінню поважати думки інших, висловлювати власні думки, правилам спілкування;

- проведення ігор та ігрових ситуацій, нестандартних занять, інтегрованих занять.

Велике значення для попередження втоми має чітка організація навчальної праці. На заняттях, де більша частина навчальної діяльності пов'язана з наочністю, дуже важливо, щоб до початку заняття було зроблено необхідні записи на дошці.

Під час вивчення нового матеріалу добре, коли весь матеріал заняття записаний на дошці, на слайді презентації або на плакаті й при підведенні підсумків заняття є можливість охопити ще раз поглядом виведені формули, співвідношення, графіки тощо.

Дослідник В.Д. Сонькін під здоров'язберігаючими технологіями пропонує розуміти наступне [2]:

- сприятливі умови навчання студента (відсутність стресу, адекватність вимог, адекватність методик вчення і виховання);

- оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей і гігієнічних вимог);

- необхідний, достатній і раціонально організований руховий режим;

Всебічна програма здоров'я в колективі, на його думку, повинна включати наступні компоненти:

- освіту в галузі здоров'я;

- фізичне виховання;
- медичну службу;
- службу харчування;
- психологічну службу;
- соціальні служби;
- участь батьків і громадськості.

М.М. Безруких доповнює здоров'язберігаючі технології поняттям «Здоров'язберігаючі заходи» і відносить до їх числа [1]:

- диспансеризацію студентів;
- профілактичні щеплення;
- Дні здоров'я, турпоходи, спортивні свята;
- бесіди про здоров'я зі студентами та батьками;
- випуск санбюллетеней, листків здоров'я у вигляді стінгазет і ін.

На стан здоров'я молоді істотно впливають як генетична обумовленість, несприятливі соціальні і екологічні умови розвитку, так і чинники ризику, обумовлені особливостями організації навчального процесу (інтенсифікація і нераціональна організація навчального процесу, невідповідність методик навчання віковим можливостям студентів). З останніми фахівці зв'язують від 20 до 40 % негативних впливів.

Показники раціональної організації навчального процесу [5]:

1. Відповідний віку об'єм навчального навантаження: кількість занять, їх тривалість, час виконання домашніх завдань; заняття активно-рухового характеру, їх частота, тривалість, види і форми занять (динамічні паузи, уроки фізичної культури, спортивні заняття і т.п); характер додаткових занять (факультативи, індивідуальні заняття, заняття за вибором і тому подібне), їх частота, тривалість, види і форми роботи.

2. Раціональний розклад занять: фізіолого-гігієнічні вимоги до складання розкладу занять визначаються зміною фізіологічних функцій і працездатності студентів впродовж навчального дня і тижня. Раціонально складений розклад повинен враховувати складність предметів і переважання динамічного або статичного компонента під час занять.

3. Оптимальна організація заняття – суворе дотримання часових проміжків організаційних частин заняття та зміна діяльності студентів.

4. Раціональна організації загального режиму дня студентів – проблема перевантаження тісно пов'язана з порушеннями в організації загального режиму дня студентів. Збільшення часу на заняття у навчальному закладі і самостійні завдання неминуче спричиняє за собою скорочення часу нічного сну, активного відпочинку на повітрі і вільного часу.

5. Рухова активність студентів складається з щоденної (уранішня гімнастика, піша ходьба, рухливі зміни і паузи в режимі навчального дня) і періодичної (участь у спортивних заходах, відвідування гуртків, які пов'язані з руховою активністю і т.п.) – у загальній кількості для виключення гіподинамії не менше 1,5 години за день.

Основними компонентами здоров'язберігаючої технології виступають [4]:

– аксіологічний, що виявляється в усвідомленні студентами вищої цінності свого здоров'я, переконаності в необхідності вести здоровий спосіб життя, який дозволяє якнайповніше здійснити намічені цілі, використовувати свої розумові і фізичні можливості;

– гносеологічний, пов'язаний з набуттям знань і умінь, необхідних для процесу здоров'язбереження, пізнання себе, своїх

потенційних здібностей і можливостей, інтересу до питань власного здоров'я, до вивчення літератури з даного питання, різних методик з оздоровлення і зміцнення організму;

– здоров'язберігаючий, що включає систему цінностей і установок, які формують систему гігієнічних навиків і умінь, необхідних для нормального функціонування організму, а також систему вправ, спрямованих на вдосконалення навиків і умінь з догляду за самим собою, одягом, місцем проживання, довкіллям;

– емоційно-вольовий, який включає прояв психологічних механізмів — емоційних і вольових. Необхідною умовою збереження здоров'я є позитивні емоції; переживання, завдяки яким у людини закріплюється бажання вести здоровий спосіб життя;

– екологічний, що враховує те, що людина як біологічний вигляд існує в природному середовищі, яке забезпечує людську особу певними біологічними, економічними і виробничими ресурсами;

– фізкультурно-оздоровчий компонент передбачає володіння способами діяльності, спрямованими на підвищення рухової активності, запобігання гіподинамії.

Отже, здоров'язберігаюча технологія – це:

– умови навчання студента (відсутність стресу, адекватність вимог, адекватність методик навчання і виховання);

– раціональна організація навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей і гігієнічних вимог);

– відповідність навчального і фізичного навантаження віковим можливостям;

– необхідний, достатній і раціонально організований руховий режим.

Література

1.Вашлаева Л.П., Панина Т.С. Теория и практика формирования здоровьесберегающей стратегии педагога в условиях повышения квалификации// Валеология.-2004.-№4.-С.93-98.

2.Лукьянова В.С., Остапенко А.А., Гузенко В.В. Сохранение и восстановление здоровья учащихся в условиях педагогического лица//Школьные технологии.-2004.-№1.-С.76-84.

3.Синягина Н.Ю. Как сохранить и укрепить здоровье детей: психол. установки и упражнения /Н.Ю. Синягина, И.В. Кузнецова. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 150 с.

4.Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе/Н.К.Смирнов. - М.АРКТИ,2003.-270с.

5.Топалова О.А. Впровадження здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховний процес. / О.А. Топалова – [Електронний ресурс]: <http://dnz308.klasna.com/uk/article>

6.Здоровье и образование – [Електронний ресурс]: www.valeo.edu.ru

Піддубна Н.Г., Лічман С.В.

ПРИЧИНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ

«ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» У ВИХОВАТЕЛІВ

ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Донбаський державний педагогічний університет, Слов'янськ, Україна

Резюме. В работе рассматривается сущность и определение синдрома «эмоционального выгорания», его основная симптоматика, проводится анализ результатов эксперимента, выделяются причины и особенности проявления данного синдрома у воспитателей дошкольных учебных заведений.

Ключевые слова: синдром «эмоционального выгорания», воспитатель дошкольного учебного заведения, симптомы, динамика выраженности симптомов, причины, особенности проявления.

«Пока Земля еще вертится,
Пока еще ярок свет,
Господи, дай же ты каждому,
Чего у него нет»

Булат Окуджава

А чого не вистачає вихователям для того, щоб відчувати себе

щасливими? Адже діти – квіти нашого життя і робота з ними має приносити лише задоволення. Та протягом дня вихователь засмучується, втрачає душевну чистоту та енергію, добрий настрій, а дитяче серце відчуває, що горить, а що потухло...

Відомо, що ідеальний образ педагога вимагає від вихователя наявності певних особистісних якостей, що обумовлюють успіх його професійної діяльності. Важко собі уявити вихователя без емпатії, гуманізму, захопленості, ідеалізованості, самовіддачі, чуттєвості, гіпервідповідальності, схильності до постійного контролю та самоконтролю. Але на жаль, ці ж якості ведуть до професійного та емоційного виснаження.

Разом з тим, всебічне та глибоке реформування системи освіти, нові віяння, правила, постійні зміни, вимоги, ускладнення освітньо-виховного процесу у сукупності створюють умови дезадаптації вихователів, змушують їх постійно перебувати у напрузі, під пильним контролем багатьох інстанцій (адміністрація, міський чи районний методист, батьки дітей і т.д.). При високій мірі відповідальності та самовіддачі вихователів, за наявності економічних та особистісних проблем знижується професійна мотивація, з'являються психосоматичні розлади та хронічні хвороби, і як наслідок, – виникає синдром «емоційного вигорання».

Виокремленні нами глибокі протиріччя та їх непроста діалектика зумовили гостру необхідність спеціального виявлення причин та особливостей прояву синдрому «емоційного вигорання» у вихователів дошкільних закладів (ДНЗ).

Об'єктом нашого дослідження є емоційні стани вихователів ДНЗ.

Предмет дослідження: особливості прояву синдрому «емоційного вигорання» у вихователів ДНЗ.

Мета: визначити специфіку психологічної діагностики особливостей прояву та причини синдрому «емоційного вигорання» у вихователів ДНЗ.

Експериментальне дослідження проблеми «емоційного вигорання» у вихователів ДНЗ проводилось протягом 2011 – 2012 років на базі ДНЗ м. Слов'янськ, Донецької області.

Вивченням синдрому «емоційного вигорання» в цілому і зокрема у педагогів, було здійснено зарубіжними (К.Армстронг, С.Браун, С.Варнат, С.Гінзбург, Д.Гілбертсон, Р.Кан, К.Маслач, Дж.Шелтон, А.Хартман, В.Холдер, Х.Фрейденберг) та вітчизняними дослідниками (В.Бойко, Н.Водоп'янова, Т.Зайчикова, Г.Звездіна, О.Грицук, Л.Карамушка, В.Ковальчук, С.Максименко, В.Спіридонов, Е.Старченкова, Т.Ронгінська, О.Рукавишніков, Д.Трунов, Т.Форманюк Т.Яценко та інші).

Сам термін «емоційне вигорання» ввів у 1974 р. американський психолог Х.Дж.Фрейденбергер.

У сучасній психолого-педагогічній літературі існує декілька визначень нашого базового поняття. Синдром «емоційного вигорання» розглядається як складний багатовимірний конструкт, що виникає в результаті негативних психічних переживань, виснаження від тривалого впливу напруги у представників професій, діяльність яких пов'язана з міжособистісним спілкуванням та супроводжується емоційною насиченістю і когнітивною складністю (Є. Ільїн).

Синдром «емоційного вигорання», відзначає В.Бойко, – це вироблений організмом механізм психологічного захисту, що проявляється у формі часткового або повного відключення емоцій у відповідь на впливи травмуючого характеру.

Г.Сельє вважає, що це третя стадія стресового процесу, для якої характерний стійкий неконтрольований рівень збудження.

Синдром «емоційного вигорання» Н.Водоп'янова характеризує як явище, що виникає в наслідок професійної дезадаптації і є результатом неадекватного вирішення стресу на робочому місці і професійної кризи.

С.Максименко описує синдром «емоційного вигорання» як процес поступової втрати емоційної, когнітивної і фізичної енергії, що виявляється в симптомах емоційного та розумового виснаження, фізичного стомлення, особистісної відчуженості і пониження задоволення від виконання роботи.

У загальному вигляді синдром «емоційного вигорання» розглядається як явище, що спостерігається у спеціалістів професійна діяльність яких пов'язана з постійною взаємодією з людьми і зобов'язує відповідати певним професійним вимогам (лікарі, психологи, вчителі, вихователі, рятувальники, священники та ін.).

Синдром «емоційного вигорання» розвивається поступово, за наростанням симптомів, постійно прогресуючи. Охоплюючи все більшу частину людей, на сьогодні він отримав діагностичний статус за «Міжнародною класифікацією хвороб-10»: 273 – стан, що відносяться до стресових, хворобливих станів і пов'язаний з труднощами підтримування нормального способу життя.

Аналіз існуючих у психологічній літературі [1, 2, 3] моделей синдрому «емоційного вигорання» дозволив краще зрозуміти сутність його симптоматики. Ці моделі умовно можна розділити на 5 груп:

- фізичні симптоми (фізичне стомлення, виснаження; зміна ваги, порушення сну, поганий загальний стан здоров'я);

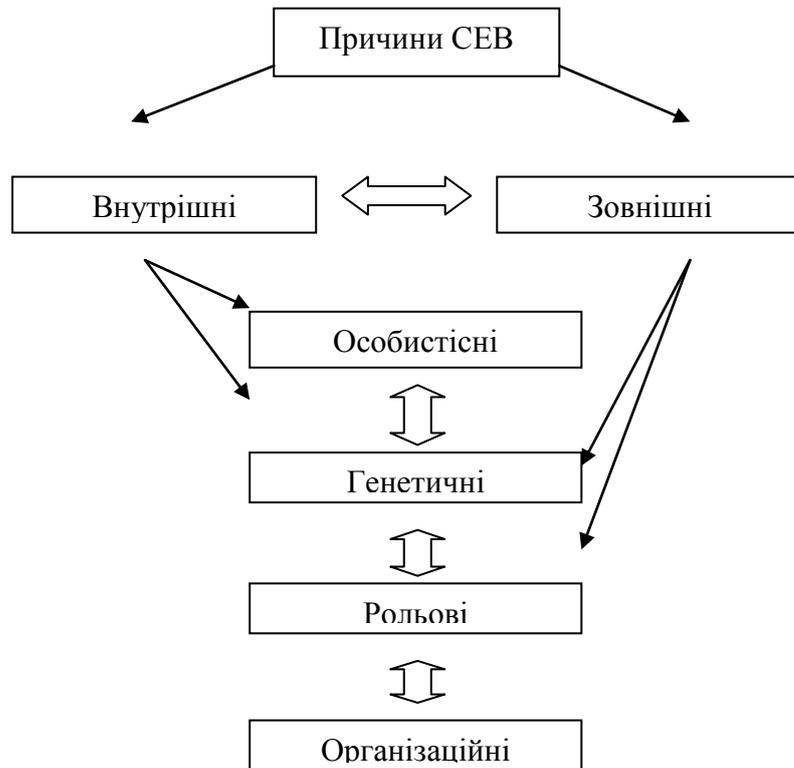
- емоційні симптоми (нестача емоцій, песимізм, цинізм, байдужість, відчуття безпорадності та безнадійності, агресивність, дратівливість, тривожність, нездатність зосередитися, самотність, депресія, відчуття провини);

- поведінкові симптоми (під час роботи з'являється бажання відпочити, байдужість до їжі, уникнення фізичного навантаження, виправдання вживання тютюну, алкоголю, ліків, нещасні випадки, імпульсивна емоційна поведінка);

- інтелектуальний стан (зниження інтересу до нових ідей в роботі, до альтернативних підходів в рішенні проблем, нудьга, туга, апатія, втрата смаку і інтересу до життя, стандартне мислення, байдужість до нововведень, формальність в роботі);

- соціальні симптоми (низька соціальна активність, падіння інтересу до розваг, захоплень, обмеженість соціальних контактів, відчуття ізоляції, відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, друзів, колег).

У сучасній психології існують різні підходи щодо класифікації причин виникнення синдрому «емоційного вигорання» [3, 2]. Нами змодельована схема, що відображає класифікацію причин, їх взаємозалежність та взаємозв'язок.



Узагальнюючи результати психологічних досліджень відмітимо, що найважливішими причинами прояву синдрому «емоційного вигорання» у вихователів дошкільних навчальних закладів є:

- високе емоційне включення в діяльність;
- відсутність чіткого зв'язку між процесом виховання і результатом;
- чіткі часові рамки (режим);
- відповідальність перед собою, адміністрацією, батьками, суспільством в цілому;
- відсутність навичок комунікації і вмінь виходити з важких ситуацій, конкуренція, конфліктність в педагогічному колективі, недостатність підтримки з боку колег;
- відсутність умов для самовираження особистості на роботі;
- незадоволеність собою, власною професією, наявність особистих проблем та конфліктів, їх невирішеність.

Для реалізації мети дослідження «емоційного вигорання» у вихователів нами були використані методики, які умовно можна поділити на дві групи:

- методики діагностики вираженості симптомів емоційного вигорання («Методика діагностики рівня емоційного вигорання» (В.Бойко) та методика «Визначення психічного вигорання» (О.Рукавишніков);
- методики діагностики якостей особистості, що сприяють появі та розвитку синдрому «емоційного вигорання» («Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В.Бойко) та «Експрес-діагностика схильності до дезорганізуючих емоційних реакцій» (В.Бойко).

При аналізі результатів обстеження використовувались кількісні та якісні методи обробки даних, що були отримані не лише за

результатами діагностичних методик, але й в процесі збору анамнезу та спостереження за діяльністю вихователів дошкільних закладів.

Аналіз кількісних показників за методикою В.Бойко показав, що у 60% досліджуваних фаза «Напруження» не сформувалася, у 40% – знаходиться в стадії формування.

У 33,3% досліджуваних фаза «Резистенція» не сформувалась, у 26,7% – знаходиться в стадії формування і у 40% – дана фаза сформувалась.

Симптоми за фазою «Виснаження» не сформувались у 40% досліджуваних, у 60% – знаходиться в стадії формування.

Обробка та аналіз результатів, отриманих за методикою О.Рукавишнікова, дали можливість розподілити обстежуваних за 5 рівнів вираженості синдрому «емоційного вигорання»: дуже низький, низький, середній, високий та дуже високий.

Ці рівні стосуються кожної із трьох шкал:

- психоемоційне виснаження: вичерпаність емоційних, особистісних ресурсів, хронічна емоційна та фізична втома, байдужість, ознаки депресії та дратівливості – середній рівень виявлений у 46,7%, високий і дуже високий 26,6% вихователів;

- особистісне відчуження: соціальна дезадаптація, зменшення контактів, негативізм, дратівливість, нетерплячість під час спілкування – середній рівень у 33,3%, високий і дуже високий відповідно у 13,3% та у 6,7% учасників експерименту;

- професійна мотивація: рівень робочої мотивації по відношенню до роботи альтруїстичного змісту (оцінюється як продуктивність професійної діяльності, оптимізм, зацікавленість в роботі, самооцінка професійної компетентності, успішність в роботі з людьми): середній рівень у 20,0%, високий також у 20,0%, а дуже високий у 33,3% вихователів.

Отже, у вихователів дошкільних навчальних закладів виявлені чіткі прояви неблагополуччя у емоційній сфері та вираження синдрому «емоційного вигорання». Особливо в значній мірі це виявляється за шкалою професійної мотивації, за якою сумарно 53,3% вихователів проявили високий та дуже високий рівень вираженості синдрому «емоційного вигорання».

Використання експрес-методик В.Бойко дозволило з'ясувати, що наявність схильності до немотивованої тривожності та дезорганізуючих емоційних реакцій корелює з рівнем збереження емоційної сфери і відповідно рівнем розвитку «емоційного вигорання».

Підсумковий аналіз отриманих нами діагностичних даних виявляє наявність конгруентності ступенів вираженості синдрому «емоційного вигорання» з віком, стажем роботи, кількістю дітей у групі, психологічним кліматом у колективі, темпераментом, екстра- та інтровертованістю вихователя, його професійною компетентністю, самооцінкою, особистісними якостями, комунікативними здібностями та сімейним статусом.

Крім того, проведене дослідження виявило, що вихователі недостатньо володіють інформацією про сутність самого явища синдрому «емоційного вигорання». Мало знають про його причини, ознаки та прояви, негативний вплив на власну працездатність, емоційний стан, стосунки з оточуючими, фізичне і психічне здоров'я і т.д. Разом з тим, емоції володар нашого життя, і як говорила Софія Русова: «Сум і горе породжують зло, тільки веселий розум хилиться до добра!». У зв'язку з цим, дана проблема потребує подальшого детального вивчення, з метою розробки бази для ранньої комплексної діагностики, профілактики і корекції.

Література

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
3. <http://health.mpei.ac.ru/sindrom.htm> - синдром эмоционального выгорания. / Конспект врача.
4. <http://psyfactor.org/personal/personal17-11.htm> - Управление персоналом / Словарь / Эмоциональное выгорание. Стадии.

Поддубная Н.Г., Большунова О.В.

СТРАХИ И ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ДЕСТРУКТИВНЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ЖИЗНИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ

Донбасский государственный педагогический университет, Славянск, Украина

Поступление ребенка в школу и обучение в ней первые годы связано с возникновением важнейшего личностного новообразования – внутренней позицией ученика. В тех случаях, когда не удовлетворяются потребности учащегося, отражающие его внутреннюю позицию, он может переживать устойчивое эмоциональное неблагополучие, выражающееся в тревоге, тревожности, страхе. Если о многих детских проблемах можно сказать, что ребенок их перерастет, то со страхами на это надеяться безнадежно: ребенок растет, и достаточно часто страхи растут вместе с ним.

В последние годы отмечается существенный рост детских страхов, и это тревожит специалистов. У психологических исследованиях Е.Брель выявлено, что тревожность детей возрастает в том случае, если родители не удовлетворены своей работой, жилищными условиями, материальным положением. Может быть поэтому, предполагают Е.Лютова и Г.Монина, в наше время число тревожных детей неуклонно растет [4, с. 73].

Значение страха и тревожности в психологической науке

одновременно оценивается и чрезвычайно высоко, и достаточно узко. Отмечается, что они есть центральной проблемой современной цивилизации (Е.Ерикссон), важнейшей характеристикой нашего времени: «XXI века – век тревоги». Им придается значение основного «жизненного ощущения современности» (Ф.Готвальд, В.Ховланд).

Слово «тревога» известно в русском языке с первой половины XVIII века, а понятие «тревожный» появилось в словарях с 1771 года [4]. Однако мнения и точки зрения психологов на определение, соотношение и различия понятий «тревога», «тревожность» и «страх», их суть, причины и формы до сих пор не совпадают и значительно расходятся.

Существенные проблемы связаны с соотношением и определением самих понятий «тревога», «тревожность» и «страх». Разграничение явлений тревоги и страха, закрепленное в соответствующих понятиях (angst – нем., anxiety – англ., angiosse – фр. – несознательный страх-тоска в отличие от furcht – нем., fear – англ. – конкретный, эмпирический страх-боязнь), состоялось лишь в начале XIX века и связано с именем С.Кьеркегора, последовательно разведившего конкретный страх (furcht) и неопределенный, несознательный страх-тоску (angst). До этого времени все, что сегодня мы относим к явлениям тревожности и страха, описывалось и обсуждалось под общим понятием «страх» [5, с. 12].

В «Большом толковом психологическом словаре» страх определяется как эмоциональное состояние, которое возникает в присутствии или в предвидении угрожающего или вредного стимула. Страх обычно характеризуется внутренним субъективным переживанием очень сильного возбуждения [1, с.322]. Тревога отличается от страха тем, что состояние тревоги часто (одни говорят «обычно», другие настаивают «всегда») беспредметно, в то время как

страх предусматривает наличие определенного объекта, человека или события, которых боятся [там же, с. 376-377].

В «Психологическом словаре» (ред. В.Зинченко и Б.Мещеряков) тревожность определяется как индивидуальная психологическая особенность, заключающаяся в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях, в том числе и в таких, которые к этому не предрасполагают [6].

А.Прихожан отмечает, что страх рассматривается как реакция на конкретную, определенную, реальную опасность, а тревожность – как переживание неопределенной, смутной, безобъектной угрозы преимущественно мнимого характера. Согласно другой позиции, страх человек чувствует при угрозе витальной, когда что-то угрожает целостности или существованию человека как живого существа, человеческому организму, а тревожность – при угрозе социальной, личностной. Опасность в этом случае угрожает ценностям человека, потребностям его «Я», его представлению о себе, отношениям с другими людьми, положению в обществе.

К.Изард объясняет отличие понятий «страх» и «тревога» таким образом: тревога – это комбинация некоторых эмоций, а страх – лишь одна из них [3]. Страх рассматривается как фундаментальная эмоция, а тревожность – как более сложное эмоциональное образование, формирующееся на его основе, часто в комбинации с другими базовыми эмоциями (К.Изард, Н.Левитов).

Физиологическими признаками тревоги являются учащенное сердцебиение, поверхностное дыхание, сухость во рту, ком в горле, слабость в ногах (Б.Кочубей, Б.Новикова).

И.Мусина указывает на тенденцию понимания тревоги как полипредметного переживания, когда угрожающим является множество объектов. При закреплении тревоги на каком-либо объекте

остальные от нее освобождаются – так возникает страх.

Ф.Перлз отмечал, что «...формула тревоги очень проста: тревога – это брешь между *сейчас* и *тогда*» [5, с.9]. Тревожность возникает вместе с непроизвольным сжатием груди. Само английское слово *anxiety* (беспокойство, тревога) происходит от латинского *angustus* – узость, сужение [5, с. 13].

Классической работой З.Фрейда по проблеме тревожности считается книга «Торможение. Симптом. Тревожность» (ее перевод был издан в России под названием «Страх»).

Автор определял тревожность как неприятное эмоциональное переживание, являющееся сигналом опасности и характеризующееся тремя основными признаками: 1) специфическое чувство неприятного; 2) соответствующими соматическими реакциями, прежде всего усилением сердцебиения; 3) осознанием этого переживания.

В целом же в современной психологической литературе, не посвященной специально проблеме тревожности и страха, в основном принято пользоваться понятием «страх», когда речь идет о переживании, которое имеет конкретный объект (реального или мнимого, адекватного или неадекватного характера), и понятием «тревога», «тревожность», когда такой объект не выделяется.

Итак, страх – эмоционально заостренное отображение в сознании человека конкретной угрозы для его жизни и благополучия; тревожность является устойчивым состоянием, а тревога – эпизодическим проявлением волнения, эмоционально заостренным ощущением будущей угрозы. Объединяющим началом для страха и тревоги является чувство беспокойства.

А.Прихожан подчеркивает сложность применения указанных определений к анализу страха и тревоги у детей связанную с двумя

обстоятельствами. Во-первых, с тем, что разграничение внешней и внутренней, определенной и неопределенной угрозы возникает в онтогенезе достаточно поздно. Во-вторых, разграничение «витальной» и «социальной» угрозы часто достаточно искусственно, во всяком случае для детей. Определенные затруднения обусловлены еще и тем, что соответствующие термины, принятые в зарубежной психологической литературе (например, англ. – anxiety), переводятся и как «тревожность», и как «страх», и нужно специально обращаться к первоисточнику, чтобы понять, как данный термин использовал автор [5, с. 14].

Исходя из сказанного не удивительно, что этой проблеме посвящено достаточно большое количество исследований, причем, не только в психологии и психиатрии, но и в биохимии, физиологии, философии, социологии. Некоторым данные указывают на то, что, количество публикаций по данной проблеме с каждым годом неустанно растет.

К числу философов, которые оказали влияние на современное представление о тревожности и страхе, относится Б.Спиноза, который отмечал, что нет страха без надежды, нет надежды без страха. Страх для Спинозы есть естественное состояние души, а важным субъективным условием его возникновения является наличие чувства неуверенности и неопределенности.

Известно, что Б.Спиноза, как и много мыслителей до и после него (Демокрит, Лукреций, Юм, Гольбах, Фейербах и др.), именно с ощущением страха связывал происхождение религии.

Интерес к проблеме тревожности нашел отражение в работах многих отечественных и зарубежных психологов. Важную группу исследований составляет изучение функции тревоги и тревожности. Так, состояние эмоционального предвидения неуспеха принимает

участие в механизме саморегуляции, оно способствует мобилизации резервов психики и стимулирует поисковую активность (А.Ольшанникова, И.Пацявичус). В то же время установлено, что за пределами оптимальных значений тревога негативно влияет на поведение и деятельность человека (Б.Вяткин, Е.Калинин, Ч.Спилбергер). Хроническое переживание тревоги как проявления неуравновешенного состояния и постоянная готовность к его актуализации формирует тревожность (Л.Макшанцева, А.Прихожан, А.Прохоров). Доказано, что тревога способствует успешности деятельности в относительно простых для индивида ситуациях, но препятствует и даже ведет к полной дезорганизации деятельности – в сложных (А.Голушко, Г.Габдреева, Н.Имедадзе, Ю.Л.Ханин, Х.Хекхаузен).

По мнению польского исследователя, Г.Банайского, человеческое достоинство развивается в процессе преодоления трех видов страха, вызванных: а) господством природы над человеком – естественный страх; б) господством социума над человеком – социальный страх; в) угрозой человеку со стороны результатов его материально-технической деятельности – технический страх.

Анализ психологических источников позволяет сделать вывод, что, невзирая на значительное количество публикаций по отдельным аспектам страхов, существующие подходы к проблеме не составляют целостной системы. В последнее время появился ряд научных публикаций, посвященных отдельным аспектам феномену страха у людей нового поколения и раскрывающих основные тенденции и специфику отдельных видов страха. Среди них наибольшего внимания заслуживают исследования К.Шендеровского (страх насилия); О.Дорониной, Р.Гайнсена, Н.Гласса (страх перед компьютером); Ю.Щербатых (сознание и страх); Дж.Биик

(социальные страхи); О.Осадько (страхи отделения) и другие.

Большое внимание в литературе уделяется конкретным видам тревожности и причинам их возникновения у детей, в частности:

– школьной тревожности (О.Дусавицкий, Т.Нежнова, О.Филиппова, О.Новикова);

– тревожности ожиданий в социальном общении (В.Кисловская, Н.Гордецова);

– причинам детских страхов (Е.Брель, А.Захаров, В.Кисловская, Б.Кочубей, О.Новикова, А.Прихожан, Е.Соколова, И.Чеснокова и др.).

Ряд исследований посвящен роли тревожности в возникновении неврозов и психосоматических расстройств, в том числе и у детей (Ю.Александровский, В.Ананьев, Н.Билкина, А.Захаров, Ж.Мампория, Л.Панин, В.Соколов, В.Тополянский, М.Струковская).

Специалисты отмечают наличие стойких проявлений страхов и тревожности в больных детей и подростков. Так, С.М. Ениколопов, заведующий отделом клинической психологии Научного центра психического здоровья РАМН (г.Москва), отмечает, что одной из наиболее характерных особенностей больных гипертонией является высокий уровень тревоги. К основным типам тревожных расстройств исследователь относит:

– генерализованные тревожные расстройства: больной страдает от постоянных неоправданных страхов по любому поводу;

– фобии: простые, социофобии, агорафобии (наиболее полный перечень фобий представлен в «Большом толковом психологическом словаре») [1, с 554-559].

На высокий уровень тревожности в больных с ишемической болезнью сердца указывают Ю.Губачов, В.Симоненков, В.Ананьев и др.

Тревожным детям характерны и соматические проблемы: боли в животе, головокружение, головные боли, спазмы в горле, затрудненное поверхностное дыхание и др. Кроме того, тревожность может быть сопряжена с неврозом, или другими психическими расстройствами, при которых возникает необходимость в медицинской помощи [3, 4].

Обобщая, отметим, что дети младшего школьного возраста достаточно часто переживают те деструктивные эмоциональные состояния, которые называются тревога, страх и тревожность. Они могут быть разного вида, формы и проявления, разной интенсивности и длительности – но они есть, и детям страшно и тревожно. Наличие тревожности как устойчивого образования – свидетельство нарушений в личностном развитии.

Поскольку организм ребенка и психика – составляющие единого целого, то хорошее или плохое состояние одного влияет на состояние другого. Следовательно, переживание эмоционального дискомфорта, связанное с беспокойством, волнением, ожиданием неблагоприятия и предчувствием грозящей опасности, будет отрицательно отражаться на соматическом и психическом здоровье ребенка, на процессе и результатах учебной деятельности, общении и взаимоотношениях с окружающими.

Литература:

1. Большой толковый психологический словарь /А.Ребер. Том 2: Пер. с англ. – М.: Вече, АСТ, 2000. – С. 322; 376-377; 427-428; 554-559.
2. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2000. – 448 с.
3. Изард К.Є. Психология эмоций. Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.
4. Лютова Е.К. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е.К.Лютова, Г.Б.Монина. – СПб.: Изд-во «Речь»; «ТЦ Сфера», 2002. – 136 с.
5. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М.Прихожан. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с.

6. Психологический словарь / Под ред. В.П.Зинченко, Б.Г.Мещерякова. – М., 1997.

Позднякова О.Б.

СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Донбасский государственный педагогический университет, Славянск, Украина

Понятие "смысложизненные ориентации" начало активно употребляться в 90-годах XX ст. в связи с теоретическими и практическими исследованиями проблем смысла жизни. Однако раскрытие его психологического содержания имеет длительную историю в контексте философско-психологических исследований понятия. В целом проблема смысла жизни имеет две основные ипостаси: философско-теоретическую, связанную с решением коренных философских проблем, которые, преломляясь через феномен смысла жизни, приобретают экзистенциальное содержание, и жизненно-практическую, которая предстает мировоззренческой проблемой субъекта и решается им в ходе жизненного пути.

Философская смысложизненная рефлексия неоднократно возникала в процессе культурно-исторического развития человечества, однако наиболее полно, остро и всесторонне проблема поиска личностью смысложизненных ориентиров предстает в экзистенциальной философии, где рассматривается во взаимосвязи с феноменами свободы выбора и ответственности, одиночества, экзистенциальной тревоги и вины, которые связываются в целостный узел бытия.

Возрастание темпов жизни требует от человека более осмысленного отношения к времени собственной жизни, так как умение предвидеть, прогнозировать и строить жизненные планы

вливают на жизненный выбор, организацию и осуществление деятельности.

Феномен смысла жизни рассматривается как особое психическое образование, что способствует относительной эмансипации личности от непосредственного влияния внешних и внутренних факторов. Проблемы смысложизненных ориентаций, особенностей их воздействия на мотивационную сферу личности представлены в трудах психологов экзистенциально-гуманистического направления (Р. Мэй, В.П. Москалец, П. Тиллих, В. Франкл, И. Ялом, Р. Мэй, А. Адлер, А. Маслоу и др.); общепсихологические и социально-психологические идеи о структуре и развитии ценностно-смысловой и мотивационной сферы личности изучали А.А. Бодалев, Б.С. Братусь, О.С. Карпенко, Д.О. Леонтьев, А.Н. Леонтьев, В.Е. Чудновский и др.

Цель статьи: выявление особенностей сформированности смысложизненных и ценностных ориентаций детей интернатного типа воспитания.

Подростковый возраст был и остается начальным и, во многом определяющим для формирования жизненной перспективы как целостного образования с одной стороны, и наиболее уязвимым психологически - с другой. В связи с этим подростки особенно нуждаются в повышенном внимании по вопросу построения у них адекватной жизненной перспективы. Осознание подростками необходимости планирования жизненного пути предполагает помощь им в составлении жизненных планов, что включает выдвижение этапных целей, разработку путей их достижения и рефлекссию смысла поставленных целей.

Респондентами исследования выступали 52 подростка, которые воспитываются в Свердловской школе-интернате и Луганском

областном детском доме-интернате «Поверь в себя». Средний возраст испытуемых составляет 12,9 лет.

Для достижения поставленной цели использовались следующие методы и методики:

1. Метод наблюдения для подтверждения или отрицания результатов, полученных с помощью диагностических методик.

2. Метод количественной и качественной обработки данных для анализа полученных с помощью диагностических методик результатов.

3. Методика смысловых ориентаций (СЖО) в адаптации Д.А. Леонтьева.

4. Методика «Ценностные ориентации» М.Рокича.

5. Определение жизненных целей - ценностей личности (Must - test) П.Н. Иванова, Е.Ф. Колобова.

6. Методика диагностики личности на мотивацию успеха Т. Элерса.

Исследование смысловых ориентаций детей интернатного типа воспитания по тесту СЖО в адаптации Д.А. Леонтьева позволило выявить переживания осмысленности жизни.

Анализируя полученные показатели по уровню общего переживания осмысленности жизни испытуемых, получено следующее распределение: высокий уровень наблюдается лишь у 3 респондентов - 5,8%, средний уровень имеют 36 респондентов - 69,2%, низкий - у 13 подростков - 25%. Это дает основание сделать вывод о том, что у детей, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа не существует подчинения какой-то разумной цели, которая субъективно принимается ими как жизненный ориентир.

Для более глубокого изучения СЖО проанализированы

субшкалы теста по типам и уровням сформированности смысложизненных ориентаций.

Сформированность целей находится на среднем уровне почти у большинства испытуемых - у 31 респондента (59,6%). Это свидетельствует о том, что у большинства подростков цели в жизни еще не совсем сформированы; но соотношение настоящего с будущим, которое придает жизни осмысленности, направленности и временной перспективы имеет место в сознании респондентов. Обращает на себя внимание отсутствие высокого уровня сформированности целей у подростков. Низкий уровень наблюдается у 7 человек (13,4%).

Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни у 15,7% выборки находится на низком уровне. Это - признак неудовлетворенности своей жизнью, действительностью. По мнению Е.В. Некрасовой (1989), изучавшей особенности временного аспекта самосознания в раннем юношеском возрасте, такая картина восприятия будущего похожа на «бегство» от настоящего и может свидетельствовать об иллюзии неограниченности будущего, о насыщении этого будущего малореальными событиями.

По шкале «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» средний уровень имеют 79,1 % выборки, что отражает недостаточно высокую степень оценки испытуемыми пройденного отрезка жизни. Специфика подросткового возраста заключается в невозможности глубоко анализировать пройденное в жизни и предъявлять событиям прошлого большого содержания. Высокий уровень удовлетворенности самореализацией имеют 15,7% детей, низкий – 5,2 %.

По шкале «Локус контроля - Я» большинство респондентов, почти все - 96,2 % имеют средний балл. Это говорит о наличии

невысокой степени веры подростков в контролируемость событий своей жизни. Особенностью подросткового возраста является зависимость в принятии решений и несамостоятельность в решении проблем.

Управление жизнью - «Локус контроля - жизнь» почти у большинства подростков (у 27 респондентов) находится на среднем уровне и соответствует 51,9 %. Этот результат является показателем разочарования того, что в жизни все зависит от самих испытуемых, но подростки могут управлять своей жизнью, строить планы и реализовывать их с помощью авторитетной поддержки.

Делая общий вывод по методике смысложизненных ориентаций, можно заметить, что у респондентов преобладает средний уровень сформированности целей, процессов, результатов, локуса контроля и управления своей жизнью. Практически отсутствует высокий уровень сформированности данных показателей. Это может быть объяснено особенностями предшествующего опыта респондентов, их социальным окружением, а также возрастом.

Для изучения жизненных целей - ценностей подростков школы - интерната использована проективная методика "Определение жизненных ценностей личности (Must - test) П.Н. Иванова, Е.Ф. Колобова ". Анализируя полученные показатели, можно сделать выводы, что респондентам свойственно беспокойство о том, что в самостоятельной жизни их действия, поступки, мысли могут быть отнесены к асоциальным отклонениям, и тем самым общество будет считать их правонарушителями. По мнению многих детей интернатного типа воспитания, важная ценность - стать человеком, которого примет общество. Это может быть объяснено особенностями развития, воспитанием детей. Также респондентов беспокоят возможности личностного роста, здоровья, а также

привязанность и любовь.

Они считают, что современный молодой человек должен развивать свои способности, получить профессию, не останавливаться на достигнутом, всегда идти в "ногу со временем"; обязательно следить за своим состоянием здоровья, вести здоровый способ жизни, заниматься спортом. Для них важно также иметь круг друзей и волноваться за отношения между ними и референтными людьми, волнение за то, что они могут остаться в жизни одинокими.

Совсем не развиты не менее важные ценности, которые отвечают за духовный, религиозный компонент жизни. Подросткам не свойственны религиозные принципы и законы существования, они не стремятся достичь духовного совершенствования и познакомиться с достижениями культуры и искусства. Обращает на себя внимание то, что дети интернатного типа воспитания не выделяют такие ценности, как чувство удовлетворенности и автономности.

Система ценностных ориентаций во многом определяет особенности выбора жизненных ориентаций. Используя методику «Ценностные ориентации» М.Рокича, проведено ранжирование (от 1 до 18) терминальных и инструментальных ценностей для каждого респондента.

Среди терминальных ценностей приоритетными для детей интернатного типа воспитания более конкретные ценности, такие как здоровье, признание в обществе, любви; в то время как отвергнутыми являются ценности - творчество, счастье других и красота природы и искусства.

Наиболее важными среди инструментальных ценностей для испытуемых оказались следующие: аккуратность, дисциплинированность, жизнерадостность, ответственность. Отвергнутыми являются высокие запросы, эффективность в делах и

непримиримость к недостаткам в себе и в других.

При диагностике уровня мотивации было выявлено, что у респондентов доминирует невысокий уровень выраженности мотива успеха.

Проведенный анализ экспериментального исследования позволяет сделать ряд выводов:

1. Субъективные представления о жизненных перспективах воспитанников сиротских учреждений подросткового возраста – сложная, многоуровневая система, в которой выделяются ценностно-смысловая, эмоциональная, когнитивная и поведенческая составляющие, взаимосвязанные друг с другом.

2. Исследование показало, что неблагоприятные условия семейного воспитания и ситуация помещения ребенка в детский дом или интернат приводит к определенной деформации различных компонентов представлений о будущем в подростковом возрасте.

3. Установлено, что деформация ценностных ориентаций у подростков, воспитывающихся в интернатных учреждениях заключается в доминировании конкретных жизненных ценностей («счастливая семейная жизнь», «верные и преданные друзья», «любовь», «здоровье»), над абстрактными («творчество», «познание»), а также в выраженности внутриличностного конфликта, связанного с их представлениями о невозможности достижения счастливой семейной жизни в будущем.

4. Для подростков на первом месте в иерархии ценностей стоят собственное рождение, досуг и материально обеспеченная жизнь, что можно рассматривать как гиперкомпенсацию недостающей любви и недостающих положительных эмоций нормального человеческого общения.

5. Межфункциональные изменения ценностно-смысловой,

эмоциональной и когнитивной составляющих представлений о жизненных перспективах подростков проявляются в частности в том, что ценности, которые презентуют профессиональную самореализацию, здоровье, эстетические переживания, обучение в школе, а также события раннего детства связаны с негативным восприятием будущего. Положительное эмоциональное отношение к будущему ассоциируется у них со стремлением к независимости и самостоятельной жизни.

Проблема раннего сиротства и социального неблагополучия особо обострена в современном мире, увеличивается количество детей-сирот и детей, лишенных родительского попечения, которые воспитываются в интернатных учреждениях. Поэтому актуально изучение проблем формирования смысложизненных ориентаций, высокой мотивации у воспитанников школ-интернатов для их дальнейшей адаптации в обществе, построения самостоятельной жизни, жизненных перспектив.

Література

1. Аверин В.А. Общая направленность личности и успешность воспитательной работы // Психологические аспекты изучения направленности личности учащейся молодежи: Межвузовский сборник научных трудов. – Новосибирск.: Изд-во НГПИ, 1988. – С.60-68.
2. Бессонов Б.Н. Смысл жизни личности // Смысл жизни: опыт философских исследований / отв. ред. проф. Делокаров К.Х. – М.: Издательство Российской академии управления, 1992 – С.8-59.
3. Леонтьев Д.А. Методика изучения ценностных ориентаций. – М.: „Смысл”, 1992. – 17 с.
4. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: в межах і за межами буденності. – К.: Либідь, 2003. – 376 с.

Попова Н.Н.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КРЕАТИВНОСТИ И ОДАРЕННОСТИ

Забайкальский государственный университет, Чита, Россия

Воспитание и развитие одаренных и талантливых детей является важнейшим условием формирования творческого потенциала общества, развития науки и культуры, всех областей производства и социальной жизни. Данные процессы становятся все более актуальными еще и в связи с явлением глобализации, происходящим в нашей стране и в мире в целом. В связи с этим подготовка растущего поколения способного выстоять в меняющихся условиях выступает приоритетной задачей современного образования.

Анализ современной психолого-педагогической и методической литературы, показал, что проблема поиска оптимальных путей развития и воспитания одаренных детей, а также подбор эффективных педагогических приемов и методов взаимодействия с ними остается актуальной на сегодняшний день. Это связано с тем, что одаренные дети – явление уникальное и мало изученное. В связи с этим его невозможно адекватно как измерить стандартными методами, так и развить уже знакомыми способами, приема и средствами. Следовательно, решать эту проблему надо комплексно, как изучая уже существующий опыт зарубежных и отечественных ученых, так и изобретая новые пути и парадигмы развития.

В силу упомянутой выше проблемы нас заинтересовал вопрос, а как в нашем Забайкальском крае организована работа с одаренными и талантливыми детьми. Нами было выяснено, что в Чите функционируют две школы, специализирующиеся на одаренных детях, одна - для интеллектуально одаренных, а другая для творчески одаренных, которая функционирует с 29 октября 2011 года.

В связи с исследовательскими интересами нами были изучены индивидуально-психологические особенности творчески одаренных детей. В рамках данной статьи мы бы хотели рассмотреть

особенности креативности творчески одаренных детей, т.к. считаем, что данный феномен очень тесно между собой взаимодействуют. Основанием для такого предположения послужил анализ статей, монографий и исследований целого ряда зарубежных (Дж.Гилфорд, Ф.Гальтон, К.Тейлор) и отечественных (Б.М. Теплов, Д. Лернер, А.М. Матюшкин) ученых, который показал, что зарубежные авторы под одаренностью понимают уровень развития каких-либо способностей человека, связанный с их развитием, а большинство отечественных психологов под одаренностью понимают сочетание ряда способностей, обеспечивающее успешность (уровень и своеобразие) выполнения определенной деятельности. [Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий.- СПб.: Питер, 2004.- 701с.]

Наиболее удачным, по нашему мнению, следует считать определение одаренности, предложенное К.К. Платоновым. Он утверждал, что одаренность – это генетически обусловленный компонент способностей, развивающийся в соответствующей деятельности или деградирующий при её отсутствии.

Вместе с одаренностью мы решили рассмотреть и креативность. Что она означает и как связана с одаренностью. В рамках данной статьи мы будем придерживаться определения креативности данным А. Маслоу. Потому что, по его мнению, креативность это творческая направленность, врожденно свойственная всем, но теряемая большинством под воздействием сложившейся системы воспитания, образования и социальной практики.

В связи со значимостью проблемы, актуальностью развития креативности у творчески одаренных детей, были сформулированы цель, объект, предмет и гипотезы исследования.

Цель исследования – выявить индивидуально-психологические особенности креативности творчески одаренных детей.

Объект исследования – личностные свойства учащихся младших классов.

Предмет исследования – креативность творчески одаренных младших школьников.

Гипотезы исследования:

1) в связи с тем, что дети обучаются в Школе для творчески одаренных детей, их уровень показателей креативности будет значительно выше среднестатистического;

2) мы предполагаем о значимой прямой степени взаимосвязи оригинальности, беглости, гибкости и разработанности;

3) оценка родителями креативных способностей ребенка оказывает значительное влияние на креативность детей.

Базой исследования была выбрана школа для творчески одаренных детей при МБОУ СОШ № 27 города Читы. Общая выборка составила 35 человек.

Методики исследования:

1. Предложения [Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психо-логии. – СПб.: Речь, 2002. – 694 с.].

2. Классификация [Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психо-логии. – СПб.: Речь, 2002. – 694 с.].

3. Две линии [Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психоло-гии. – СПб.: Речь, 2002. – 694 с.].

4. Рисунки Ф. Вильямса (Туник Е. Е. Модифицированные креативные тесты Вильямса. — СПб: Речь, 2003.- 96 с.).

5. Диагностика детской креативности (по шкале Ф. Вильямса) (Туник Е. Е. Мо-дифицированные креативные тесты Вильямса. — СПб: Речь, 2003.- 96 с.).

6. Джонсон (Туник Е.Е. Психодиагностика творческого мышления. Креативные тесты. — СПб.: Дидактика Плюс, 2002.).

Анализ результатов диагностики креативности осуществлялся в три этапа. Для начала мы проанализировали средние значения полученных данных. Количественный анализ средних значений позволил выяснить, что наибольшие значения имеют место по следующим показателям: оригинальность, разработанность, название и мнение родителей, что частично подтверждает нашу гипотезу № 1 о том, что дети, которые обучаются в Школе для творчески одаренных детей, имеют уровень показателей креативности значительно выше среднестатистического и гипотезу № 3 о том, что оценка родителями креативных способностей ребенка оказывает значительное влияние на креативность детей.

Далее, для проверки второй гипотезы, мы использовали коэффициент корреляции Р. Пирсона, применяемый для выявления степени согласованности трех или большего числа признаков. Мы выяснили, что «оригинальность» высоко коррелирует с «беглость» (0,895). Это означает что, чем выше оригинальность, тем выше «беглость» (беглость по Ф. Вильямсу - это когда ребенок работает быстро, с большой продуктивностью). Показатель креативности «разработанность», в средней степени коррелирует с «оригинальностью» (0,615), то есть когда ребенка не сдерживают замкнутые контуры (нормы, законы, правила), он формируется как свободномыслящий человек, способный разработать как свою новую (уникальную) идею, так и доработать чужую. Таким образом, нашим исследованием подтверждается теория Дж. Гилфорда о дивергентном мышлении, в которой постулируется о том, что развивая один из показателей креативности, мы тем самым, развиваем другие показатели.

Показатель креативности, «название», по методике Ф.Вильямса, в средней степени коррелирует с показателем креативности – «беглость» (0,680). Название это когда ребенок искусно и остроумно пользуется языковыми средствами и словарным запасом. То есть, чем больше будет создано нестандартных, неструктурированных условий для ребенка, тем больше ребенок будет способен переключаться с одного вида, группы, класса на другой. Показатель креативности «разработанность», по методике Ф.Вильямса, слабо коррелирует с показателем креативности – «беглость» (0,432) и в свою очередь «название» слабо коррелирует с «гибкостью» (0,412). То есть ребенок способен работать быстро, давать различные названия, но для гибкости ему следует давать различные нестандартные задания, следовательно, он будет способен переключаться на другие виды класса.

И так, корреляционный анализ позволил выявить прямую степень взаимосвязи между следующими показателями креативности: «оригинальность», «беглость», «разработанность» и «название», что полностью подтверждает нашу гипотезу №2.

Для определения структуры взаимосвязей между изучаемыми переменными, нами использовался факторный анализ. Для этого матрицу первичных значений по всем проведенным методикам мы обработали в статистической системе SPSS версия 16.0, процедура Factor.

Значение каждой переменной были интерпретированы в соответствии со значением коэффициента корреляции Ч.Э. Спирмена. Факторные нагрузки этих переменных демонстрируют сильную и среднюю степень связи данных показателей в структуре индивидуально-психологических особенностей креативности творчески одаренных детей. Если у младших школьников будет

показатель «беглости», выше, тем лучше будет развита «оригинальность», «разработанность» и «гибкость», тем оригинальнее будет «название».

Фактор 2 (F2), представлен переменными являющимися показателями профессиональной сферы испытуемых, поэтому ему присвоено название «знания». Существенный вес имеют переменные: две линии (0,715), предложения (0,586), классификация (0,507). Факторные нагрузки этих переменных отражают среднюю степень взаимосвязи с профессиональной сферой личности. Фактор 3 (F3), представлен переменными являющимися показателями оценки родителями креативных способностей ребенка, поэтому ему присвоено название «родители». Существенный вес имеют следующие переменные: родители (0,726) и классификация (-0,506). Т.е., чем больше родители заинтересованы в развитии креативных способностей ребенка, тем хуже дети классифицируют различные типы заданий и, наоборот. Следовательно, чем больше детям давать ответственности за выполнение различного рода заданий, тем успешнее они их будут выполнять, и тем меньше они будут зависеть от родителей, что будет способствовать заинтересованности в их личностном творческом росте.

И так, наша гипотеза №1 подтверждается частично, а две остальные - полностью. Таким образом, исследование индивидуально-психологических особенностей креативности творчески одаренных детей показало, что уровень их креативности - средний, несмотря на то, что они обучаются в Школе для творчески одаренных детей; высока степень взаимосвязи детско-родительских отношений с креативностью и одаренностью. Следовательно, позиция А. Маслоу о том, что творческая направленность развивается под воздействием

сложившейся системы воспитания, образования и социальной практики, в нашем случае остается актуальной.

Данные нашего исследования подтверждают и теорию Дж. Гилфорда о том, что при развитии творческого, креативного мышления, развивая один из его показателей, остальные тоже будут значимо развиваться. Указанная закономерность не прослеживается на показателях «название» и «оригинальность». Мы выяснили, что чем больше спектр интересов ребенка, тем меньше он до конца разбирается в каждой из интересующих его тем.

В связи с выше изложенным, мы планируем использовать приемы арт-терапии для развития креативности таких детей и дифференциации степени и направлений воздействия родителей на развитие способностей творчески одаренных детей.

Резникова Е.А.

АДАПТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В СИСТЕМЕ ПСИХИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ ЯВЛЕНИЙ

Донбасский государственный педагогический университет, г.Славянск, Украина

Возрастающий динамизм общественно-политической жизни, коренные социально-экономические преобразования предъявляют повышенные требования к внутренним ресурсам личности, прежде всего, к адаптивности как способности человека приспосабливаться к неопределенным условиям среды и осуществлять эффективное функционирование в новых обстоятельствах. Именно это определяет актуальность исследования адаптивности как психологического феномена, который проявляется при взаимодействии личности с социальной средой, и ее факторов.

В психологической науке явление адаптивности рассматривается в связи с исследованием проблем адаптации

личности в контексте общей психологии (Ю.А.Александровский, Ф.Б.Березин, А.А.Налчаджян, В.И.Розов, О.П.Санникова, Р.Лазарус, Р.Плучик, и др.); психологии личности (К.Роджерс, Б.Ф.Скиннер, В.Франкл, З. Фрейд, Э.Фромм, Х.Хартманн и др.); психологии развития (Г.А.Балл, Л.С.Выготский; Ж.Пиаже, Э.Эриксон и др.); социальной психологии (Г.М.Андреева, М.И.Бобнева, А.Фернхем, Л.Филипс и др.); психологии труда (А.Г.Маклаков, А.В.Махнач, Н.В.Ядов и др.); педагогической психологии (А.Г.Мороз, О.С.Солодухова, О.Я.Чебыкин, А.В.Фурман, и др.).

Перспективность исследования адаптивности личности связана с возможностями решения задач, определяемых необходимостью развития устойчивости личности к психотравмирующим воздействиям среды, предупреждения и коррекции дезадаптации личности.

Цель статьи: теоретический анализ основных направлений и принципов исследования адаптивности как свойства личности, в частности, ее природы, структуры и особенностей проявления.

Анализ психологической литературы показал, что термин «адаптивность личности» широко употребляется в качестве описательной характеристики, свидетельствующей об оптимальности функционирования личности, ее адекватности по отношению к заданным параметрам внешней среды (А.Адлер, Г.А.Балл, К.Роджерс, В.Франкл, З.Фрейд, Х.Хартманн и др.)

Вместе с тем значение термина “адаптивность личности” несет и другую смысловую загрузку. Понятие адаптивность (неадаптивность, дезадаптивность) человека как субъекта собственной жизнедеятельности характеризует структуру и динамику адаптивной активности, протекание адаптивных процессов. Такое представление отражено в концепции неадаптивной активности А.В.Петровского,

имеет место в современных психологических исследованиях (И.О. Сабанадзе, А.В.Фурман)

Еще одно значение понятия «адаптивность личности» в психологии связано с представлением об адаптивности как о свойстве личности, особой ее способности. В этом случае, адаптивность определяют как способность личности, обеспечивающую эффективное взаимодействие с окружением (Л.В.Скрипко); как способность личности к адаптации в фрустрирующих ситуациях (А.А.Налчаджян); как способность к поддержанию информационного обмена среды и сознания (В.В.Очеретянный. В рамках данного направления В.И.Розов определяет адаптивность как полисистемное функционально-структурное свойство интегральной индивидуальности, определяющееся совокупностью ее разноуровневых индивидуальных характеристик (индивидных, личностных и субъектных свойств человека), проявляющихся в показателях продуктивности и гомеостатичности [1].

Раскрытие сущности феномена адаптивности как явления наиболее органично в рамках сложной природы адаптации, частью которой оно является.

Понятие «адаптация» (от лат. *adaptare* – приспособлять) является одним из наиболее распространенных в науке. Анализ литературы показал, что адаптация рассматривается: во-первых, как системный процесс; во-вторых, как состояние системы; в-третьих, как свойство системы (Ф.Б.Березин, А.Б.Георгиевский, В.П.Казначеев, А.Г.Маклаков, А.А.Налчаджян и др.) Последний из выделенных аспектов определяется понятием «адаптивность», под которым понимается фундаментальное свойство живой материи, саморегулирующихся систем, состоящее в способности этих систем приспособляться к изменяющимся условиям среды (П.К.Анохин,

А.Б.Георгиевский, В.С.Ротенберг, В.В.Аршавский, А.Н.Северцев, Г.Селье и др.).

Представления об адаптивности как фундаментальном свойстве живых организмов, как склонность к изменчивости, вызываемой переменами в жизненных условиях оформились в общебиологических эволюционных теориях (Ч.Р.Дарвин, Ж.Б.Ламарк). Дальнейшая эволюция понятия адаптивность связана с представлением об устремленности изменений на восстановление динамического равновесия в системе взаимоотношений «объект-среда», основанном на положении о том, что каждая система стремится к сохранению своей стабильности (Р.Акофф, Ф.Эмери, Ж.Пиаже, И.Р.Пригожин).

На современном этапе адаптивность является общенаучным понятием, сущность которого связана со способностью любой саморегулирующейся системы осуществлять изменения и модификации в направлении поддержания равновесных отношений данной системы со средой, что может выражаться как в тенденции сохранения устойчивости предыдущих приспособлений, так и в тенденции образования новых в зависимости от оценки системой состояния среды.

Специфика адаптивности личности, ее отличие от адаптивности как свойства природных саморегулирующихся систем, обусловлена образованием внутренней среды, по отношению к которой формируется особая форма адаптивности – внутриличностная, а также активной природой личности, ее адаптивно-адаптирующей сущностью и возможностями сознательного регулирования психической жизни. При этом исследователи отмечают, что внутриличностная адаптивность является важнейшим условием, обеспечивающим способность личности к адаптации в социальной среде (К.Роджерс, А.Фрейд, Х.Хартманн, Э.Эриксон).

В психологической науке исследование адаптивности личности с позиций структурного подхода привело к оформлению двух моделей адаптивности личности: функционально-структурной и компонентно-структурной.

В соответствии с первой из них (функционально-структурной) адаптивность личности не имеет фиксированной структуры. В данном случае, адаптивность как интегральная способность является суммарным эффектом функционирования всех уровней личности, слитых в единое целое для обеспечения адекватного ответа на воздействие среды, т.е. для достижения «полезного приспособительного эффекта». Таким общим эффектом является целостная организация и саморегуляция (Б.Г.Ананьев). Эта точка зрения отражена в работах ряда авторов (В.И.Розов, Н.Г. Колызаева, Х.Хартманн).

Компонентно-структурная модель решает вопрос «архитектоники» адаптивности личности как функциональной системы, вопрос компонентов данной системы, которые в совокупности реализуют заданную функцию – достижение адаптации личности в социальной среде. Феномен адаптивности личности с этих позиций также выступает в своем функциональном аспекте, поскольку рассматривается как общий эффект функционирования, но, в отличие от первой модели, детерминированный уже отдельными характеристиками личности. В качестве таковых выступают психологические особенности, относящиеся к различным уровням и подструктурам личности (М.И. Бобнева, В.И.Розов, И.О. Сабанадзе, А.Н. Жмыриков, О.И.Зотова, И.К.Кряжева, О.Г.Солодухова).

В исследовании адаптивности личности существует еще одно направление, в основе которого лежит представление об адаптивности как устойчивом самостоятельном свойстве личности,

характеризующимся относительно постоянной частью отношений между своими компонентами, т.е. фиксированной компонентно-уровневой структурой. Именно такая специфическая организация данного свойства определяет надситуативный характер его проявления в любой сфере жизнедеятельности личности (А.А.Налчаджян).

В научной литературе представлено описание организованной компонентной структуры адаптивности, обозначенные как адаптационно-важные качества (В.Я.Тернопол), личностный адаптационный потенциал (Маклаков А.Г.). В диссертационном исследовании Кузнецовой О.В. под руководством О.П.Санниковой разработана и обоснована континуально-иерархическая структура адаптивности, включающая следующие уровни: формально-динамический, содержательно-личностный и социально-императивный. Формально-динамические и качественные характеристики адаптивности, рассматриваются как базисные и представлены когнитивным, эмоционально-мотивационным и поведенческим компонентами [2].

Индивидуальная специфика адаптивности личности проявляет себя в приспособительном поведении через систему выбранных, освоенных и закреплённых в опыте адаптивных механизмов (защитных и незащитных), через сформированный комплекс преимущественных адаптационных реакций, что находит свое выражение в индивидуальной адаптационной стратегии и стиле адаптации.

Адаптивные личностные механизмы рассматриваются в психологии как система психических действий, направленных на обеспечение адаптированности личности в социальной ситуации или среде. Различают защитные и незащитные адаптивные механизмы

(А.А.Налчаджян). К защитным адаптивным механизмам относятся механизмы психологической защиты. Общими чертами всех механизмов психологической защиты является бессознательный автоматический характер функционирования. Включение механизмов защиты связано с наличием фрустрационной ситуации, возникновением болезненных, травматических переживаний, эмоционального дискомфорта личности. Специфическим следствием действия механизмов защиты оказывается искажение, подмена в большей или меньшей степени объективной реальности (Р.М.Грановская, И.М. Никольская, Б.Д.Карвасарский А.А.Налчаджян и др.)

Незащитные адаптивные механизмы функционируют в нефрустрационных проблемных ситуациях, требующих принятия рациональных решений (А.А.Налчаджян). Адаптированность в данном случае достигается за счет когнитивных механизмов, приводящих к построению и изменению концептуальных моделей действительности (Ю.А.Александровский, В.И.Медведев, Ж.Пиаже); эмоционально-мотивационных механизмов, определяющих как перестройку мотивов поведения, формирование установок, так и эмоциональную регуляцию, обеспечивающую функции отражения, оценки эффективности адаптационных преобразований (М.И.Дьяченко, В.А.Пономаренко); а также механизмов модификации поведения, включающих механизмы ориентирующие и регулирующие действия (Ф.Б.Березин, Р.Д.Блажис, Н.Г.Колызаева, А.А.Налчаджян).

Универсальность свойственных человеку адаптивных механизмов не исключает их индивидуальной специфики в смысле предпочтения, устойчивого выбора субъектом некоторых из них в процессе социально-психологической адаптации (Б.Д.Карвасарский, Н.Г.Колызаева, Н.Мак-Вильямс, А.А.Налчаджян, О.П.Санникова,

А.Фрейд, Х.Хартманн). Такая избирательность в использовании адаптивных механизмов связана с особенностями адаптационного реагирования. В отношении к социальным ситуациям адаптационная реакция может быть адаптивной, либо наоборот, дезадаптивной, т.е. препятствующей адаптации.

Особенности адаптивности личности детерминируют как специфику адаптационных реакций, определяя степень их целесообразности, адекватности по отношению к характеристикам социальной ситуации и нормам реагирования, так и тип реагирования, т.е. индивидуально предпочитаемые способы адаптации.

Устойчивый выбор субъектом адаптивных механизмов, склонность к определенным адаптационным реакциям лежит в основе индивидуального стиля, стратегии адаптации (Р.М.Баевский, В.П.Казначеев, А.В.Либин). Понятие «стиль адаптационного реагирования» применяется для обозначения параметра индивидуального поведения, характеризующего способы взаимодействия человека с различными сложными ситуациями, проявляющиеся либо в форме психологической защиты от неприятных переживаний (defence), либо в виде конструктивной активности личности (А.В.Либин).

А.А.Налчаджян в качестве устойчивых адаптивных стратегий рассматривает следующие: 1) адаптация личности путем преобразования или полного преодоления проблемной ситуации, в том числе, различных видов конфликтов (активная, преимущественно незащитная адаптация); 2) адаптация путем ухода из проблемной ситуации (пассивная "адаптация", бегство, поиск новых, более благоприятных для обеспечения безопасности и удовлетворения потребностей; 3) адаптация с сохранением проблемной ситуации и приспособление к ней [3].

Среди стратегий социально-психологической адаптации, как правило, выделяют так называемый активно-преобразовательный стиль адаптации личности в обществе (ассимиляция) и пассивно-приспосабливающийся, конформный стиль адаптации (аккомодация) (Г.А.Балл, В.И.Розов). Критерием различия стилей здесь выступает степень социальной активности личности.

Результативные характеристики процесса адаптации отражают степень эффективности данного процесса, представленную как уровень адаптированности (А.Н.Жмыриков, А.А.Налчаджян, I.O.Сабанадзе, А.В.Фурман). Необходимо отметить данные ряда исследований, в соответствии с которыми уровень адаптированности зависит от степени развития адаптивных способностей личности, т.е. степень эффективности функционирования адаптивности отражается в уровне адаптированности (И.Б.Дерманова, А.А.Налчаджян и др.). Это дает возможность предположить, что существует определенное трехстороннее соответствие: качественных особенностей адаптивности – адаптивных механизмов – определенных показателей адаптированности. При этом адаптивность личности как фактор адаптации не просто влияет на значение результативных показателей, а посредством своей связи с адаптивными механизмами обеспечивает его достижение [2].

Анализ теоретических и эмпирических исследований, приведенный в этой статье, позволяет сделать следующие выводы:

Адаптивность личности может быть определена как особое ее свойство, характеризующее способность к внутренним и внешним трансформациям, направленным на сохранение равновесных взаимоотношений личности с социальной средой при изменениях в характеристиках этой среды. Специфика адаптивности личности обусловлена активной природой личности, ее адаптивно-

адаптирующей сущностью и возможностями сознательного регулирования психической жизни.

В исследовании структуры адаптивности личности оформились два взаимодополняющих подхода: функциональный и компонентно-структурный. С позиций функционального подхода адаптивность личности является суммарным эффектом функционирования всех уровней личности, которая в каждый момент адаптации может задействовать различные свои свойства для обеспечения адекватного ответа на воздействие среды. С позиций компонентно-структурного подхода адаптивность личности представляет собой сложное системное образование, характеризующееся постоянством отношений между составляющими компонентами.

Адаптивность личности как объект, включенный в систему психических адаптационных явлений, находится во взаимосвязи с динамическими и статическими характеристиками социально-психологической адаптации, в частности, с личностными адаптивными механизмами, адаптационными реакциями, внутренней социально-психологической адаптированностью.

Проведенное исследование не исчерпывает всех аспектов обозначенной проблемы. Дальнейшего научного поиска требует изучение показателей адаптивности личности, относящихся к различным ее уровням, изучение адаптивности личности в онтогенетическом аспекте, исследование особенностей ее функционирования в процессе социально-психологической адаптации и др.

Литература:

1. Розов В.И. Психологический анализ адаптивности в экстремальных условиях: Дисс. ... канд. психол. наук. – К., 1993. – 146 с.
2. Кузнецова О.В. Индивидуально-типологические факторы адаптивности личности: Дисс. ... канд. психол. наук. – Одесса, 2005. – 175 с.

3. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности: (Формы, механизмы и стратегии). – Ереван.: Изд-во АН АрмССР 1988, - 262 с.

Русаева Н.С., Обыденко В.И., Патеюк А.В.,
Нимбуева С.Г., Евгалдаев С.Д.

ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ РАСТВОРЕНИЯ КОЛЛАГЕНА НА РЕГЕНЕРАЦИЮ КОЖИ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Читинская государственная медицинская академия

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

Развитие медицины характеризуется постоянным поиском новых материалов для лечения открытых ран, т.к. проблема их заживления остается одной из важнейших в хирургии мирного и, особенно, военного времени. Особое внимание в последнее время привлекает новый класс лечебных лекарственных форм - пластические материалы направленного действия на основе природного биополимера коллагена. Известно, что коллаген и продукты его распада (пептиды) усиливают синтез собственного коллагена, стимулируют остеогенез, останавливают кровотечение [Р.Г. Мурадян, 1995; И.А.Чекмарева, 2000]. Коллагеновые препараты стимулируют репаративные процессы, в основном воздействуя на макрофагальное звено воспалительно-репаративной реакции. При этом усиливается хемотаксис в рану макрофагов, активизируется функциональная активность этих клеток, вырабатываемые в макрофагах биологически активные вещества (в том числе фибро- и ангиогенные) воздействуют на клетки микроокружения, способствуя восстановлению нарушенного межклеточного взаимодействия, образованию и созреванию грануляционной ткани, её эпителизации [Берченко Г.Н. 1997]. В настоящее время для заживления ран успешно применяются различные коллагенсодержащие раневые покрытия [Колсанов А.В. соавт., 2011]. На кафедре «Технология кожи, меха,

водные ресурсы и товароведения» ФГБОУ ВПО ВСГУТУ были получены продукты растворения коллагена (ПРК) путем разрушения кислотолабильных связей в структуре коллагена различными кисломолочными комплексами и уксусной кислотой. В результате были получены ПРК с различной молекулярной массой и вязкостью. Данное исследование было предпринято с целью определить обладают ли ПРК стимулирующим влиянием на регенерацию кожи крыс в эксперименте, и зависит ли заживляющий эффект от молекулярной массы и вязкости ПРК. Для достижения этой цели в работе были поставлены следующие задачи:

1. Изучить на экспериментальном материале динамику заживления условно асептических полнослойных плоскостных ран кожи крыс без лечения и при стимуляции репаративных процессов ПРК на основе КМК 1 (молекулярная масса 46000-48000 угл. ед.,)

2. Изучить на экспериментальном материале динамику заживления ран кожи крыс при стимуляции репаративных процессов ПРК на основе уксусной кислоты (молекулярная масса 247000-265000 угл. ед.)

Материалы и методы. Эксперимент проводился на 45 белых беспородных крысах – самцах, в возрасте 1,5 лет, массой тела 250-300 гр. Крыс содержали в стандартных условиях вивария со свободным доступом к воде и пище. Для создания травматической модели на коже спины в межлопаточной области после депиляции под эфирным наркозом удалялся полнослойный кожный лоскут размерами 1,0x1,0 см. На всем протяжении эксперимента рана оставалась открытой. Для исключения зализывания раны крысы содержались в индивидуальных клетках. Крысы были разделены на три группы, по 15 крыс в каждой: контрольная группа – заживление проходило самостоятельно, под струпом; первая экспериментальная группа – для заживления ран

использовались аппликации ПРК на основе КМК1; вторая экспериментальная – для заживления ран в этой группе использовались аппликации ПРК на основе уксусной кислоты. Забор материала осуществлялся на 3, 7, 14, 21 сутки и по заживлению ран. Морфологический материал подвергался стандартной проводке и заливке в парафин, полученные препараты окрашивали по методу Ван-Гизона, гематоксилин-эзином. Морфометрию проводили с применением программного обеспечения МЕКОС. Статистическая обработка полученных результатов выполнена непараметрическим методом (критерий Манна-Уитни) с определением достоверности различий при достигнутом уровне значимости $p \leq 0,05$.

В результате исследования были установлены достоверные различия в эффективности и скорости ранозаживления. В ходе эксперимента выяснилось, что применение ПРК приводит к стимуляции заживления ран. Это проявлялось в усилении пролиферации и дифференцировки фибробластов, процессов фибриллогенеза, более раннем формировании и созревании грануляционной ткани. В экспериментальных группах было выявлено значительное ускорение динамики сокращения размеров ран, сроков отпадения первичного струпа и окончательного заживления раневых дефектов, более раннее формирование волосяных фолликулов и сальных желез. Отмечалось, что заживление ран в контрольной группе проходило медленнее, характеризовалось низкой пролиферативной активностью эпителия и соединительной ткани, малым количеством сосудов в грануляционной ткани, более поздними сроками ее созревания по сравнению с экспериментальной группой. Так отпадение первичного струпа в контрольной группе происходило на $19,8 \pm 1,2$ сутки, окончательное заживление ран с восстановлением волосяных фолликулов и сальных желез приходилось на $26,4 \pm 1,7$

сутки. При применении ПРК на основе КМК 1 отпадение струпа наблюдалось на $11,8 \pm 0,9$ сутки, окончательное заживление ран – на $17,4 \pm 0,6$ сутки ($p \geq 0,01$). Использование ПРК на основе уксусной кислоты также ускоряло сроки отпадения первичного струпа ($14,6 \pm 1,3$ сутки $p \geq 0,01$) и окончательного заживления ран ($20,6 \pm 1,2$ сутки $p \geq 0,01$). Толщина эпидермиса на 14 сутки в первой экспериментальной группе составила $56,08 \pm 3,45$ мкм, во второй – $53,62 \pm 7,43$ в контрольной группе в этот период эпителизации не наблюдалось. Количество волосяных фолликулов в поле зрения на 28 сутки в контрольной группе составляло $2,6 \pm 0,5$, в первой экспериментальной группе – $9,7 \pm 1,2$ ($p \geq 0,01$), во второй – $8,4 \pm 1,2$ ($p \geq 0,01$). Причем в экспериментальных группах при заборе материала отмечалось, что кожа была мягкой эластичной не спаянной с подлежащими тканями, в то время как в контрольной группе часто формировались плотные рубцы.

Выводы. Таким образом, применение продуктов растворения коллагена на основе уксусной кислоты (молекулярная масса 247000-265000 угл. ед.) и кисломолочного комплекса 1 (молекулярная масса 46000-48000 угл. ед.) стимулирует заживление ран кожи крыс в эксперименте. Причем, наилучшим репаративным эффектом, в нашем эксперименте, обладали ПРК на основе КМК1. Видимо, имея меньшую молекулярную массу, и более жидкую консистенцию, ПРК на основе КМК1 лучше проникали под струп к раневой поверхности.

Рутовский Я.А.

**ПРЕИМУЩЕСТВА СНИЖЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ
УГЛЕВОДОВ И ФРУКТОЗЫ В ПИТАНИИ ПРИ
ГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ**

Институт Сестринского дела и Здоровоохранения, Университет Жешува,

г. Жешув, Польша

Резюме. Питание каждого человека должно включать в себя диету, состоящей из большого разнообразия продуктов. Для поддержания оптимального здоровья, организм получает эту энергию из белков, жиров и углеводов. Потребности в калориях зависят от многих факторов, включая возраст, уровень активности и пола. Рекомендуется потребление калорий распределять равномерно в течение дня. Хорошее питание жизненно важно для хорошего здоровья и совершенно необходимо для здорового роста и развития детей и подростков. Основные причины заболеваемости и смертности в мире связаны с плохим питанием и малоподвижным образом жизни. Продукты с высоким содержанием мяса и жира по всей видимости, дают более высокий риск диабета.

Ключевые слова: Питание, здоровье, углеводы, фруктоза, гликемический индекс (ГИ), сахарный диабет.

Rutowski, J.A.

**BENEFITS OF LOW GLYCEMIC NUTRITION FOR HEALTH
CONDITION WITH ROLES OF CARBOHYDRATES AND
FRUCTOSE IN FOOD FOR HEALTH**

Rzeszow, Poland

The Glycemic Index (GI) of food plays an important role, which indicates the rate at which carbohydrates pass into the blood and raise blood glucose. Due to the fact that insulin has a direct effect on carbohydrate metabolism, to determine the quantity and quality of carbohydrates is important in maintaining normal glucose levels. GI depends on the chemical structure of carbohydrates and methods of preparation, which affects the absorption of carbohydrates. GI is a physiological assessment of a food's carbohydrate content through its effect

on postprandial blood glucose concentrations. It measures glycemia raising potential of a single food by expressing the rise in glycemia in response to a 50 g available carbohydrate portion of that food as a percentage of the rise in glycemia in response to a 50 g available carbohydrate portion of a reference food (white bread or glucose). Low GI is a value ≤ 55 , the average 56 to 69, and high ≥ 70 . The aim of the glycemic index classification of foods was therefore to assist in the physiological classification of carbohydrate foods which, it was hoped, would be of relevance in the prevention and treatment of chronic diseases such as diabetes. In people with type I diabetes recommended diet with low glycemic diet can favorably affect the long-term glycemic control. When used with a low GI diet causes a smaller increase in blood glucose after a meal. The value of the glycemic index is dependent on the hydrolysis of carbohydrates occurring in the small intestine. Carbohydrates, which easily decompose, are rapidly absorbed and cause a rapid rise in blood sugar levels. The carbohydrates that are more difficult process of hydrolysis, are absorbed relatively slowly and slowly increase the level of blood sugar levels. An example of such "resistant" foods are legumes and pasta from semolina cooked al dente. While the cooking process causes gelatinization of starch, making it more susceptible to pancreatic amylase activity and increases the value of the glycemic index. Therefore, boiled potatoes and rice have high glycemic index. Occurring in patients with type 2 diabetes, there are many metabolic disorders that can cause that the use of carbohydrates with a low glycemic index, however, may not lead to normoglycemia. These problems can include damage to insulin secretion, impaired inhibition of glucagon secretion, decreased glucose uptake by peripheral tissues, impaired inhibition of lipolysis and damage to the process of endogenous synthesis of glucose in the liver. Moreover, in patients with type 2 diabetes damage arises glucose uptake in peripheral

tissues. The beneficial effect of diets with low glycemic index may become apparent only in patients with well controlled diabetes, in whom treatment with pharmacological correction obtained metabolism of glucose and insulin.

Fructose does not stimulate insulin secretion, and without it penetrates into the muscle cells and adipose tissue. Under physiological conditions, it does not matter, but at the time of the absence of insulin cells can utilize fructose as an intermediate in metabolic processes. Although fructose is low GI, is, paradoxically, a diet that covers 20% of the energy that sugar contributes to a reduction in insulin sensitivity of people diagnosed with hyperinsulinemia. Fructose can contribute to insulin resistance due to an imbalance between the processes of oxidation and esterification of polyunsaturated fatty acids. Profound compensatory hyperinsulinemia, exacerbated by overweight, occurs during critical periods of physiological insulin resistance such as pregnancy and puberty. The dramatic rise in gestational diabetes and type 2 diabetes in the young may therefore be traced to food patterns that exaggerate postprandial glycemia and insulinemia. The dietary strategy with the strongest evidence of being able to prevent type 2 diabetes is not the accepted low-fat, high-carbohydrate diet, but alternative dietary approaches that reduce postprandial glycemia and insulinaemia without adversely affecting other risk factors. A particular concern is the increased consumption of fructose, which is now added as a sweetener to many soft drinks, desserts, confectionery or sweets. Metabolic effect of fructose is significantly different from the effect of glucose. Fructose compared with glucose produces a much lower glycemic response and does not stimulate production and secretion of insulin. In the liver, fructose increases hepatic synthesis of triglycerides to a much higher degree than glucose, which may favor the development of hypertriglyceridaemia. Low glycemic response

and the lack of induction of insulin secretion are considered important factors to facilitate glucose control in patients with type 2 diabetes. At the same time no significant effect on insulin secretion and also leptin, may adversely affect the mechanisms that regulate energy intake and the development of obesity and insulin resistance. Research shows a direct link between high consumption of fructose and the development of insulin resistance, hyperinsulinemia, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, hypertension and elevated risk of ischemic heart disease. Currently recorded a significant increase in consumption of added fructose as a sugar, can have adverse metabolic consequences, promote the development of obesity, metabolic syndrome, resulting in type 2 diabetes and atherosclerosis as well as may play a role in pancreatic cancer etiology. Diabetes in pregnancy is the most common and important metabolic dysfunction in pregnancy Dietary advice throughout pregnancy include frequent small meals which contain carbohydrates that are not highly processed, rich with slowly absorbed starches and nonsoluble polysaccharides and with a low glycemic index. The recommended daily caloric intake is individually suited to every woman. The main goals of nutritional management are to maintain balanced glucose levels and to provide enough energy and nutrients for all pregnant women, while avoiding ketosis, an minimizing the risk of hypoglycemia (in women treated with insulin). Health care providers should use the window of opportunity of pregnancy to change dietary patterns and to replace them with a healthy lifestyle for both the mother and her family. Overweight and increased energy intake before conception are powerful risk factors in the development of gestational diabetes mellitus (GDM) and may also represent important determinants of the so-called fetal (mal-)programming, which may have long-term consequences for the health of the newborn. Thus, an adequate intake of energy and nutrients is of fundamental

significance in the treatment of GDM, along with regular selfmonitoring of blood glucose. This concept suffices in most cases to achieve the strict therapeutic goal of normoglycemia. However, because of a lack of data from interventional studies, there is uncertainty about the optimal macronutrient composition of the diet (carbohydrates, fat, protein) and meal distribution, as well as of the mode of calorie restriction in overweight and obese women with GDM. Varying the carbohydrate intake between 40 and 55% of total energy intake appears to be acceptable and may be distributed across main meals and snacks.

Свиденская Г.Н.

ЧУВСТВО ПРИВЯЗАНОСТИ КАК ОСНОВА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ

Донбаський державний педагогічний університет, м.Слов'янськ, Україна

Социальная поддержка детей-сирот и детей, оставшихся без родительской опеки в современных условиях приобретает особую значимость. Важным условием успеха на пути реформирования системы опеки, охраны детства является государственная социальная поддержка в отношении семьи и детей.

Внедрения в Украине института устройства детей-сирот и детей, лишенных родительских прав в приемные семьи обусловило необходимость разработки соответствующих технологий социальной работы. На сегодня, функционирования этого института закреплено законодательно, а практика устройства этих детей в формах ПС в стране ежегодно распространяется.

Государство как главный социальный институт должен защищать права и интересы детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки. Основными нормативными актами, которые обеспечивают вопросы

социальной защиты этой категории детей является прежде всего «Конституция Украины», Семейный кодекс Украины, Законы Украины «О охране детства», «О образовании», «О государственной помощи семьям с детьми» и другие. В последние десять лет в нашем государстве вдвое увеличилось количество детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки. Подавляющее большинство этих детей устроены в интернатные учреждения. Воспитанники интернатных учреждений отличаются от детей, которые воспитываются в семьях, состоянием здоровья, развитием интеллекта и личности в целом, что подтверждено специальными психологическими исследованиями (И.М.Дубровина, М.И.Лисина, А.М.Прихожан) [1].

Ребенок в государственных учреждениях получает комплекс образовательных, медицинских, социальных услуг, но наблюдаются значительные отклонения в процессе его социализации, которые проявляются в отсутствии навыков самостоятельной жизни, неумении самостоятельно строить отношения в семье и открытом коллективе.

Изучение проблем устройства детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, доказало, что семейное воспитание, бесспорно, выступает приоритетной формой в Украине.

Роль семьи для ребенка чрезвычайно важна. Родители дают детям жизнь, отвечают за уход и воспитание, берут на себя финансовую ответственность, имеют юридические полномочия, в том числе на право принятия важных решений от имени детей. Родители помогают почувствовать взаимное тепло и любовь, передают детям опыт поколений, жизненные ценности и духовность, воспитывают детей, удовлетворяют ежедневные потребности, предоставляют образцы для подражания, постепенно прививают социальные и бытовые навыки, необходимые в самостоятельной жизни. Все эти

потребности жизненно важны для каждого ребенка, какого бы возраста он ни был.

Дети должны расти в семьях родных родителей, но если это невозможно, альтернативой биологической семье может служить другая семья.

Вопросы социальной защиты детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, волнует как отечественных, так и зарубежных ученых. В этом направлении работают известные ученые Г.М.Бевз, А.Й.Капська, С.Мещерякова, И.В.Пеша, И.М.Трубавина, Н.М.Комарова и другие.

Объектом нашего обсуждения является детско-родительские взаимоотношения в приемных семьях, а предметом – особенности проявления чувства привязанности у детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки в условиях приемной семьи.

Социальное сопровождение – обязательное условие создания приемной семьи особенно на начальном этапе. Она является гарантией того, что права детей будут защищены. Согласно правительственному постановлению, нежелание приемных родителей иметь социальное сопровождение может стать причиной отказа в создании такой семьи. Технология социального сопровождения определена программой «Социальное сопровождение детских домов семейного типа и приемных семей» (приказ Госкомсемьямолодежи от 1 октября 2002 г.).

Основными задачами социального сопровождения являются: эффективное использование имеющихся ресурсов для оптимальной и быстрой адаптации семьи и ребенка-воспитанника; оказание помощи родителям-опекунам; обеспечение связи между семьей и ведомственными органами для комплексного обеспечения прав ребенка-воспитанника.

В приемную семью может быть устроено от одного ребенка до четырех приемных детей. Между родителями и приемными детьми семейных правоотношений не возникает. За воспитанниками сохраняется статус ребенка-сироты или ребенка, лишенного родительской опеки, предусматривающий сохранение ранее назначенных алиментов, пенсий, других выплат государственной помощи. Суммы средств, принадлежащих приемным детям, переходят в распоряжение приемных родителей и расходуются ими на содержание приемных детей.

Кроме предварительной подготовки потенциальных кандидатов на создание приемных семей, предусмотрено проведение периодического обучения родителей, которые уже воспитывают приемных детей, с целью повышения их воспитательного потенциала. Программы обучения приемных родителей утверждаются приказом Министерства Украины по делам семьи, детей и молодежи.

Обучение проводится в форме лекций, тренинговых занятий, семинаров. Наиболее эффективной формой подготовки потенциальных кандидатов, учитывая международный опыт, является проведение обучения в форме тренинговых занятий. Условием эффективной подготовки кандидатов является прохождение курса тренингов обоими родителями, а также участие социального работника, который в дальнейшем осуществлять социальное сопровождение семьи. [2]

Проблема социального сиротства является явлением многоаспектным и как негативное социальное явление современности изучается с разных позиций: философской, социологической, социально-педагогической, культурологической, медико-социальной, юридической, психологической.

В 80-е годы прошлого века в США и Канаде среди лиц, занимающихся проблемами устройства детей, осиротевших, в семье, весьма популярным стал термин «расстройство» чувства привязанности (нарушение привязанности). Этим явлением ученые объясняли много трудностей, возникающих в семьях, которые взяли на воспитание детей старше трех лет. Наиболее радикальные психоаналитики и психологи считают, что если у ребенка в раннем возрасте не сформировалось чувство привязанности, то от него невозможно добиться ни ответной любви, ни нормального уровня развития.

Привязанность – это взаимный процесс образования эмоциональной связи между людьми, которая сохраняется неопределенное время, даже если эти люди разделены. Взрослым нравится испытывать чувство привязанности, но они могут прожить и без него. Детям же испытывать чувство привязанности необходимо. Они не могут полноценно развиваться без чувства привязанности к взрослому, так как от этого зависят их чувство безопасности, восприятие мира, развитие. Здоровая привязанность способствует развитию у ребенка совести, логического мышления, способности контролировать эмоциональные вспышки, чувствовать самоуважение, умение понимать собственные чувства и чувства других людей, а также помогает находить общий язык с другими людьми. Позитивная привязанность также помогает снизить риск задержки в развитии. Чувство привязанности является важной частью жизни заместительной семьи.

Наше исследование проводилось в двух приемных семьях, где воспитываются дети-сироты и дети, лишенные родительской опеки. Это дети в возрасте от четырех до шести лет, до устройства в приемную семью находились в детских учреждениях интернатного

типа. Двое из детей некоторый период проживали в семье, а двое – никогда не жили в семье. Исследование психологического состояния детей проводилось в первые дни их пребывания в семьях. Исследование проводилось на основе наблюдения за поведением детей, консультаций с родителями-воспитателями, проведение индивидуальных бесед, анализе продуктов детской деятельности, ознакомление с историями развития детей. На момент устройства в приемную семью все имеют трудности с формированием привязанности.

Работа с приемными семьями осуществлялась на двух уровнях:

1) Контактный, когда социальный работник непосредственно взаимодействовал с приемной семьей.

2) Организационный или косвенный, когда взаимодействие происходило по системе: социальный работник – другие социальные институты – семья.

Для всех детей, взятых в приемные семьи, сложно установить доверительные отношения со взрослыми. И очень важно помочь ребенку в установлении таких отношений. Основные моменты в поведении, которые помогают формированию положительных отношений между взрослым и ребенком:

– Всегда говорить с ребенком спокойно, с нежными интонациями;

– Всегда смотреть ребенку в глаза, а если он отворачивается, попробовать придержать так, чтобы взгляд был направлен на взрослого

– Всегда удовлетворять потребности ребенка, а если это невозможно, спокойно объяснить, почему;

– Всегда подходить к ребенку, когда он плачет, выяснять причину. Приверженность развивается с помощью прикосновений,

взгляда глаза в глаза совместных движений, разговоры, взаимодействия, совместных игр.

Приемные родители охотно выполняли предложенные психологом рекомендации в воспитании детей. Они использовали полученные навыки во взаимодействии с детьми на практике, причем все родители заметили появление уверенности в своих силах, снижение уровня психического напряжения в семьях, связанной с воспитанием детей, укрепления эмоционального контакта с детьми. Семьи вели «Книгу жизни ребенка» совместно с детьми.

Через полгода пребывания детей в семьях, их эмоциональное состояние улучшилось. Дети привыкли к новому месту жительства. У всех детей есть признаки привязанности к родителям. Все дети испытывают тревогу, свойственную их возраста при расставании с родителями, охотно принимают взрослых в свои игры, прислушиваются к советам родителей, принимают их помощь.

Подводя итоги через девять месяцев пребывания детей в семьях, вырисовались следующие выводы: всех детей в большей или меньшей степени наблюдались признаки агрессии, депрессии, сформировавшейся привязанности. Приемным родителям были даны консультации и предложены способы взаимодействия с детьми для формирования чувства привязанности и успешной адаптации детей в семьях.

После окончания девяти месяцев, можно с уверенностью сказать, что у всех детей появились признаки привязанности к родителям.

Об успешном социально-психологическое сопровождение приемных семей свидетельствуют следующие факты:

– Фундаментальные жизненные потребности детей (безопасность, жилье, качественная еда) удовлетворялись в полной

мере, также обеспечивались надлежащие бытовые условия (одежда, отдельное рабочее место, место для сна и отдыха и т.п.);

– Все дети имели достижения в личностном развитии – улучшение показателей обучения, привлечения к кружковой работы, спортивных секций, наличие успехов в формировании социальных навыков;

– Был обеспечен надлежащий уход за сохранением здоровья детей.

Все дети овладели навыками самообслуживания наличие практических навыков самостоятельно есть, одеваться, убирать комнату, мыть посуду, пользоваться бытовой техникой; самостоятельно приготовить несложную еду, сформированность навыков личной гигиены соответственно возрасту и т.п.;

– Все дети чувствуют себя уверенно, комфортно, чувствуют привязанность к членам семьи, тепло отзываются о них, имеют дружеские отношения со всеми или с отдельными членами семьи;

– В приемных семьях царит позитивный морально-психологический климат, отношения доверия, взаимоуважения между детьми, другими членами семьи, родственниками, привлечение обоих родителей в процесс воспитания, отсутствие разочарование, неоправданных ожиданий.

Эффективность деятельности детских домов семейного типа и приемных семей зависит от социального сопровождения, который осуществляется соответствующими уполномоченными органами.

Внедрение инновационных моделей социальной работы с детьми – актуальное и ответственное дело. Оно требует нового видения смысла профессиональной деятельности, разработки новых технологий работы, новых методик оценки достигнутого результата.

Литература:

1. Ананьев В.А. Психология здоровья: синтез знаний о личностном росте // Вестник психосоциальной и реабилитационной работы. –1995. №3. – С. 54-67.
2. Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики .– М.: Наука, Смысл, 1999.– 350с.
3. Бевз Г., Вакуленко О. В., Шперенко Л. П. Поради психолога. – К.: Державний ін-т сім'ї та молоді , 2002. – Кн.2. – 21 с.(сер. «Соціальний супровід неповнолітніх» у 3-х кн.).
4. Бевз Г. М. Сім'ї заміщувальної опіки: соціально – психологічні аспекти. Наукові студії із соціальної та політичної психології: 3 б. статей / АПН України, Ін – т соціальної та політичної психології; Редкол. : С.Д. Максименко, М.М. Слюсаревський та ін. – К. : Міленіум , 2005 . – вип. 9 (12). – С. 104 – 115.
5. Кондратьева Н.И. Практические аспекты психолого-педагогического сопровождения приемной, опекунской и патронатной семьи // Материалы научно-практической конференции «Социально-психологическое сопровождение участников образовательного процесса: опыт, проблемы, перспективы». – Чита: ЧИПКРО, 2007. – С. 96-99

Сержантова Л.Ю., Скоринова О.В.

**МОДЕЛЬ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ С ЛЮДЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ГКУСО «ЦЕНТРА МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ «РОСТОК»
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

Центр медико-социальной реабилитации инвалидов «Росток», г. Чита, Россия

Важной задачей, решаемой ГКУСО «ЦМСРИ «Росток» при работе с инвалидами, является обеспечение возможности их максимальной и полноценной социальной интеграции, с оказанием психологической помощи и сопровождением. Данные услуги оказывают отделение лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию и отделение социально-психологической помощи. Содержание работы социально-психологической службы Центра носит комплексный характер и включает в себя следующие задачи: расширение кругозора клиента в области психологических знаний, формирование высокого уровня мотивации для работы над собой и имеющимися психологическими проблемами, формирование ответственности за

своё здоровье и результаты реабилитации, обучение клиентов элементарным навыкам саморегуляции с дальнейшим их использованием в реальной жизни, обучение клиентов социально-адаптивным стратегиям поведения в трудных жизненных ситуациях. С этой целью психологами Центра используются различные направления, формы работы и технологии, основанные на Национальных стандартах Российской Федерации об оказании социально-психологических услуг людям с ограниченными возможностями. Одной из проблем клиентов, посещающих Центр, является отсутствие или недостаток знаний о причинах возникновения психосоматических заболеваний и рациональных методах их лечения, включая и психологические. Для решения данной проблемы после психодиагностического обследования и беседы с психологами отделения организуются группы психологического просвещения, где клиентов знакомят с понятиями здоровья и болезни, резервах человеческой психики и организма в целом, современных методах реабилитации. Разрабатывается план психологической реабилитации для каждого клиента с учетом его индивидуальных особенностей и той жизненной ситуации, в которой он находится.

Обязательным условием психологической реабилитации и достижения ее результативности является обучение клиентов элементарным навыкам саморегуляции, повышающим уверенность в себе, стрессоустойчивость, а следовательно, и уровень социально-психологической адаптации, позволяющим человеку впоследствии оказать помощь самому себе в любой момент времени и в любой ситуации. Для этого проводится курс групповых занятий. Для больных бронхиальной астмой, людей с повышенной эмоциональной чувствительностью, гипертонией проводится обучение приемам саморегуляции с использованием компьютерной программы

«Комфорт», основанной на биологической обратной связи.

В комплексную реабилитацию включаются технологии с использованием темной и светлой сенсорных комнат. Специальное интерактивное оборудование в зависимости от целей и задач, поставленных специалистами – психологами, может оказывать как стимулирующее влияние на психику, так и релаксационное воздействие.

Занятия в темной сенсорной комнате способствуют: снятию психоэмоционального напряжения, гармонизации внутреннего состояния человека, восстановлению после перенесенных заболеваний, стимулированию сенсорной чувствительности и двигательной активности у детей с сенсомоторным недоразвитием при таких заболеваниях, как детский церебральный паралич и синдром Дауна. С этой целью специалистами используются различные программы – «Растишка» для детей от 1 года до 3х лет, «Волшебный мир» - для детей дошкольного возраста. Программы для подростков - «Найди свою звезду», «Планета эмоций», направленные на осознание образа «Я», и развитие навыков саморегуляции. Для детей с особыми образовательными потребностями (дети с умственной отсталостью, глубокой задержкой психического развития) занятия в сенсорной комнате направлены на формирование познавательной активности и ориентировочной реакции. Схемы занятий с такими детьми строятся по индивидуальной модели с учетом индивидуально-типологических, психологических и клинических особенностей.

Работа в светлой сенсорной комнате осуществляется на основе концепции сопровождения, которая сегодня является одной из эффективных психолого-педагогических технологий для коррекции различных патологий и направлена на обогащение опыта ребенка

посредством тактильной, визуальной и звуковой стимуляции. Оборудование светлой сенсорной комнаты позволяет максимально использовать возможности ребенка-инвалида, развивает познавательные интересы, повышает двигательную активность. На коррекционно-развивающих занятиях всегда присутствуют родители и наблюдают за работой специалиста, чтобы в домашних условиях уже самостоятельно помогать своему ребенку. Безопасное и яркое оборудование стимулирует сенсомоторное развитие, способствует формированию положительной мотивации на психологическую работу.

За 2012 год темную и светлую сенсорную комнату посетило 280 семей с детьми. Проведено 18 презентаций для детей и родителей, проходящих по программам «Школа ДЦП» и «Особый ребенок».

По запросу клиентов, параллельно с групповыми занятиями, проводятся и индивидуальные консультации.

На базе Центра работает «Психологическая гостиная», где люди имеют возможность общаться по интересующим их проблемам. Создан «Клуб общения» для молодых инвалидов. Клиенты Центра посещают экскурсии на природу, в Ботанический сад, в парки города, художественные выставки.

Для решения доставки инвалидов-колясочников предоставляются транспортные услуги. Клиентам, которые не могут выехать в Центр по состоянию здоровья, оказываются психологические услуги на дому.

На заключительном этапе реабилитации повторно проводится психологическая диагностика, и подводятся итоги работы совместно с клиентом, оцениваются результаты всей проведенной психологической работы. Как правило, по окончании курса реабилитации у большинства клиентов наблюдается улучшение

эмоционального фона настроения, повышается самооценка, уверенность в собственных силах, появляется позитивное отношение к окружающему миру, осознание резервов собственного организма. Улучшаются супружеские отношения, становятся гармоничными детско-родительские. Появляется надежда на исцеление и возможность жить полноценной жизнью, даже имея физические ограничения.

Существует статистика, когда молодые инвалиды и инвалиды зрелого и пожилого возраста начинают работать, посещать различные секции, клубы, студии, устраивают личную жизнь. Например, за 2012 год приняли участие в клубах, творческих студиях, музыкальных, спортивных мероприятиях 64 человека, улучшились детско-родительские и супружеские отношения у 50-ти клиентов, пошли учиться и устроились на работу 33 человека. В целом наблюдается повышение социальной активности более чем у 2/3 всех клиентов, прошедших курс реабилитации.

Таким образом, комплексный подход, а именно, использование психологических, медицинских и социальных технологий в реабилитации людей с ограниченными возможностями позволяет эффективно решать проблемы клиентов, в том числе и психологические. Повышает их социальную активность, служит социальной интеграции людей с ограниченными возможностями в общество.

Сивопляс В.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ПОДРУЖНІХ КОНФЛІКТІВ У МОЛОДИХ СІМ'ЯХ

Донбаський державний педагогічний університет, Слов'янськ, Україна

Резюме. В статье рассматриваются результаты психологического исследования причин семейных конфликтов молодых семей. Проведен анализ полученных данных, выявлены аспекты конфликтности внутрисемейных отношений в молодых семьях.

Ключевые слова: адаптация, идеализация, интеграция, эмоциональное напряжение, конфликт, семья.

Сім'я є найменшим осередком суспільства, що постійно відчуває на собі безпосередньо чи опосередковано ті зміни, які відбуваються у країні та відповідно сама накладає відбиток на розвиток суспільства. Процес формування, становлення та розвитку сучасної української сім'ї проходить у складних і суперечливих умовах, на фоні яких відбувається погіршення фізичного і психічного стану здоров'я людей, зростання міжособистісної ізоляції, агресивності, нездатності розв'язувати проблеми і конфлікти, що виникають на їх життєвому шляху.

У психології під *конфліктом* розуміється зіткнення протилежно спрямованих інтересів, цілей, позицій, думок, поглядів суб'єктів взаємодії чи опонентів [3]. Сутністю *подружнього конфлікту* є зіткнення суперечливих позицій членів сім'ї. Неблагополучні сімейні пари характеризуються тим, що між партнерами існують постійні сфери, де їх інтереси, потреби, наміри стикаються, породжуючи тривалі і сильні негативні емоційні переживання [4].

У перші роки шлюбу негативну роль можуть відігравати наслідки такого специфічного для дошлюбних взаємин викривлення сприймання, як *ідеалізація* партнера. М.А. Абалакіна вважає, що існує три точки зору на проблему ідеалізації партнера:

1. Ідеалізація необґрунтовано завищує очікування, які висуваються до партнера і до взаємодії з ним. Усвідомлення того, що

реальна людина не відповідає ідеальному образу, приводить до глибокої незадоволеності партнером, собою, стосунками загалом.

2. Другу точку зору можна назвати конструктивною. Вона полягає у тому, що ідеалізація партнера слугує стимулом для розвитку його особистості.

3. Третя точка зору найбільш чітко виражена в роботах А. Маслоу. На його думку, ідеалізація взагалі не властива самоактуалізованим особистостям.

Багатьма вітчизняними психологами зазначається, що початковий період шлюбу характеризується сімейною адаптацією та інтеграцією. За визначенням І.В. Гребеннікова, *адаптація* – це пристосування партнерів одне до одного і до тих обставин, у яких знаходиться сім'я. Психологічна суть адаптації полягає у взаємоуподібненні партнерів і у взаємному узгодженні думок, почуттів і поведінки. При цьому виділяють такі види адаптації:

1. *Матеріально-побутова адаптація* полягає в узгодженні прав і обов'язків партнерів у виконанні сімейних справ і у формуванні моделі планування і розподілу сімейного бюджету, який би задовольнив усіх.

2. *Морально-психологічна адаптація* базується на поєднанні світоглядів, ідеалів, інтересів, ціннісних орієнтацій, а також особистісних особливостей чоловіка і дружини.

3. *Інтимно-особистісна адаптація* полягає у досягненні партнерами сексуальної відповідності.

Процес подружньої адаптації тісно пов'язаний з процесом сімейної інтеграції. *Інтеграція* – це добровільне об'єднання, узгодження позицій, уявлень і думок подружжя стосовно різних аспектів сімейного життя. До них, насамперед, належать: стиль взаємних стосунків, матеріально-побутові проблеми, сімейний

бюджет, духовне життя і проведення вільного часу, а також інтимне життя, очікування і народження дитини, взаємини з батьками, ставлення до професійної і суспільної діяльності партнерів [1, с. 85–88].

Суттєвий вплив на характер взаємин між майбутніми подружніми партнерами здійснюють їх установки та очікування з приводу сімейного життя. Розбіжність установок може викликати серйозні конфлікти, особливо на початковому етапі сімейного життя [2].

З огляду на наш дослідницький інтерес, стали в нагоді дослідження В.П. Левковича і О.Е. Зуськової. Психологи виділили три основні групи сімей залежно від рівня їх конфліктності:

- а) *стабільні*, які долають сімейні конфлікти;
- б) *проблемні*, які частково долають сімейні конфлікти;
- в) *нестабільні*, які не можуть подолати конфлікти.

Наше експериментальне дослідження передбачало проведення опитування молодих подружніх пар за допомогою Вісбаденського опитувальника до методу позитивної психотерапії і сімейної психотерапії, розробленого Н. Пезешкіаном при співробітництві Х. Дайденабаха. Під молодим подружжям ми розуміємо подружню пару, стаж сімейного життя якої не перевищує 5 років. Дослідження проводилося на молодих сім'ях, з яких один чи обидва члени є студентами Донбаського державного педагогічного університету, і було спрямоване на виявлення причин виникнення подружніх конфліктів. Вибірка становила 29 молодих подружніх пар. Вісбаденський опитувальник дає можливість діагностувати зони постійного емоційного напруження у цих сім'ях. Він розроблений у двох варіантах, для чоловіків та для жінок, що дає можливість порівняти відповіді партнерів.

Однією з найважливіших для нашого дослідження є теза про те, що неузгодженість норм та способів поведінки партнерів є однією з причин виникнення конфліктів у молодій сім'ї. Зокрема, неузгодженість може виникати через значну різницю у вираженості у партнерів наступних поведінкових норм і правил, виділених Н. Пезешкіаном: акуратності, охайності, пунктуальності, ввічливості, чесності, працелюбності, надійності, ощадливості, покірності, справедливості, вірності, терпіння, розподілу часу, частоти контактів, довіри, надії, ніжності, сексуальності, любові, віри, фантазії, ставлення до власного тіла, до батьків як прикладу, зразка для наслідування.

Резюмуючи отримані в ході експериментального дослідження результати, варто зазначити, що найбільше конфліктів у досліджуваних молодих сім'ях виникає з приводу:

1. *Розподілу часу.* Один партнер може ефективно розподіляти свій робочий і вільний час, здатний приділяти достатньо уваги собі та оточуючим, знаходить час для розваг, інтересів, а інший постійно зайнятий, відчуває стрес через відсутність часу, перебуває у стані напруги і фрустрації.

2. *Справедливості.* Один з подружжя у своєму житті чітко дотримується принципу справедливості, є дуже вразливим, часто ображається на найменші прояви несправедливості стосовно себе. У той же час інший надає перевагу в оцінці життєвих ситуацій і людей власним особистим переконанням, відкидаючи принцип рівності.

3. *Охайності.* Один партнер регулярно слідкує за собою, турбується за чистоту у квартирі, а інший постійно розкидає речі, не прибирає, йому властива неохайність.

4. *Ставлення обох партнерів до батька і матері* як зразка для наслідування. У багатьох молодих сім'ях у ставленні кожного з

партнерів до батьків існують значні відмінності. У одного з подружжя домінували позитивні, теплі взаємини у сім'ї, батьки постійно приділяли увагу дитині, були для неї прикладом. В іншого переважали холодні, індиферентні взаємини у батьківській сім'ї, батьки не проявляли терпіння, любові.

Необхідно також зауважити, що згідно з результатами нашого дослідження, неузгодженість між партнерами наступних поведінкових норм стоїть на другій позиції в якості причини виникнення подружніх конфліктів у молодій сім'ї:

1. *Пунктуальності*. Один партнер є пунктуальним, не звик спізнюватися, дратується, коли хтось приходить невчасно, а інший – постійно змушує чекати на себе.

2. *Терплячості*. Один з подружжя відрізняється значною витримкою, його важко вивести з рівноваги. Навіть у найскладніших ситуаціях він здатний зберігати спокій. Іншому властива нетерплячість, агресивність, критичне ставлення до оточуючих, небажання чекати, поступатися власними інтересами.

3. *Вірності*. Один із членів сім'ї відрізняється ригідністю, впертістю. Він не може відмовитися від власних усвідомлених чи неусвідомлених концепцій поведінки, дотримується своїх правил, не зважаючи ні на які зовнішні впливи. Йому більше подобаються надійні стосунки з одною людиною, ніж багато короточасних контактів. У той же час інший легко змінює власні життєві принципи та цінності.

4. *Ніжності, сексуальності*. Один партнер прагне бути ніжним з багатьма, отримує значне задоволення від фізичного контакту з партнером. Водночас, іншому властивий страх доторків, надмірна стриманість, холодність у прояві фізичного потягу до партнера.

5. *Любові*. Один з подружжя прагне приймати, розуміти оточуючих, незалежно від їх поглядів, переконань, особистісних якостей, способу поведінки. Йому властивий надмірний альтруїзм. Інший партнер, навпаки, характеризується холодністю, песимізмом, байдужістю, ненавистю, вимогливістю у ставленні до оточуючих. Він не прагне допомогти, зрозуміти, його цікавлять лише власні проблеми.

6. *Ставлення до власного тіла*. Один із членів сім'ї турбується за своє здоров'я, постійно займається спортом, веде активний спосіб життя. Інший член байдуже ставиться до здоров'я, дуже переживає, коли виникають різноманітні життєві труднощі.

7. *Працелюбності*. Один партнер не може уявити свого життя без роботи, докладає максимум зусиль для досягнення успіху. Він може розслабитись і відпочити лише після того, як виконав завдання. Йому властиве прагнення вирішити свої проблеми за допомогою активної діяльності. У той же час інший відрізняється неточністю, необов'язковістю. Його не цікавлять досягнення у кар'єрі.

8. *Зацікавленості у контактах*. Один з подружжя часто присвячує себе іншим людям. Він постійно шукає близькості, інтимності з оточуючими, використовує спілкування як засіб подолання проблем. Водночас, інший соромиться людей, поводить себе невпевнено, відчуваючи тривогу, страх з приводу того, як він буде виглядати в їхніх очах. Тому цей партнер комфортно почуває себе, будучи на самоті.

9. *Взаємин між батьком і матір'ю у батьківських сім'ях* партнерів як прикладу для наслідування. Батьки одного партнера легко знаходили спільну мову, вміли разом вирішувати конфлікти. У складних ситуаціях вони могли відкрито говорити одне з одним. У той же час взаємини у батьківській сім'ї іншого мали негативне

забарвлення. При цьому проблеми або надмірно загострювались, або постійно приховувались і не обговорювались.

У ході нашого експериментального дослідження причин виникнення подружнього конфлікту у молодій сім'ї ми визначили, що 2/3 подружніх пар мають конфліктні взаємини. Підставою для таких висновків стали одержані кількісні дані, які свідчать, що вісімнадцять із двадцяти дев'яти молодих сімей мають по чотири і більше неузгодженостей норм та способів поведінки партнерів, що є причиною виникнення подружніх конфліктів. На підставі отриманих результатів ми виділили три типи молодих подружніх пар у залежності від кількості сфер емоційного напруження у стосунках між партнерами.

До першої групи належать *неконфліктні сім'ї*, кількість яких становить 1/4 від загальної кількості молодих подружніх пар, які взяли участь у дослідженні. Для них характерний низький рівень неузгодженості способів поведінки партнерів (0–2 зон емоційного напруження). Неконфліктні сім'ї характеризуються не відсутністю чи низькою частотою конфліктів, а незначною їх глибиною і безболісністю. Для таких молодих подружніх пар властивими є наступні особливості: велика кількість спільних очікувань і установок, високий рівень вербальної та невербальної комунікації, постійне підтвердження своєї подібності у сприйнятті подружніх ролей, наявність взаєморозуміння та довірливого спілкування. Ці молоді подружні пари здатні легко налагоджувати контакт один з одним, вільно спілкуватися, конструктивно вирішувати суперечки, тому що партнери мають подібні уявлення про поведінкові норми, які були закладені у дитинстві. Зокрема, неконфліктні подружні пари характеризуються узгодженістю наступних поведінкових норм:

акуратності, ввічливості, ощадливості, покірності, надійності, працелюбності, справедливості, терпіння, довіри, надії, любові.

Друга група сімей – це *проблемні сім'ї*, у яких збільшується кількість сфер конфлікту до 3–4. Їхня частка від загальної кількості становить 1/3. Взаємини у таких сім'ях характеризуються дещо вищим, ніж у неконфліктних рівнем психологічного напруження, між партнерами існують сфери, де їх інтереси, потреби, наміри постійно зіштовхуються, породжуючи негативні переживання. Такі сім'ї найчастіше конфліктують з приводу неузгодженості, насамперед, таких поведінкових норм, як: охайності, справедливості, терпіння, ставлення до контактів, любові, а також – розподілу часу, ставлення до власного тіла, до релігії, фантазування, працелюбності, ніжності, сексуальності, пунктуальності, акуратності. Незважаючи на те, що у проблемних молодих сім'ях зростає число сфер емоційного напруження, вони здатні адекватно оцінювати конфліктну ситуацію та конструктивно вирішувати суперечки власними зусиллями.

Третю групу становлять *конфліктні сім'ї*, число яких перевищує 1/3 від загальної кількості. Загалом ці подружні пари мають багато розходжень в уявленнях про поведінкові норми. У конфліктних сім'ях існують протистояння інтересів, потреб партнерів, які носять особливо різкий характер і захоплюють усі важливі сфери життєдіяльності. Для таких молодих подружніх пар є властивими наступні особливості: виражена асиметрія взаємин між партнерами, низька самоповага, відсутність налагодженої системи міжособистісного спілкування. Велика кількість непорозумінь виникає у цих подружніх пар з приводу справедливості, розподілу часу, працелюбності, вірності, терпіння, налагодження контактів, сексуальності, ніжності, любові, ставлення до власного тіла, а також

значних відмінностей між батьківськими сім'ями партнерів, які є зразками для наслідування.

Підсумовуючи викладене, можна дійти висновку, що неузгодженість норм і способів поведінки партнерів є однією з вагомих причин виникнення подружніх конфліктів у молодій сім'ї.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева Т.В. Психология современной семьи. Монография. – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.
2. Психология семьи. Хрестоматия: Учебное пособие для факультетов психологии, социологии, экономики и журналистики. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М». 2002. - 752с.
3. Психология. Словарь / Под общ. Ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1990. – 174 с.
4. Сысенко В.А. Супружеские конфликты. – М., 1989. – 132 с.

Сивопляс Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К АНАЛИЗУ ПСИХИЧЕСКОГО СОДЕРЖАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ (на примере работы с клиенткой)

Донбасский государственный педагогический университет, Славянск, Украина

«Важно не то, что сделали из меня, а то, что я сам сделал из того, что сделали из меня». Жан-Поль Сартр [1, с. 15].

Современный мир предлагает широкий спектр методов и технологий для лечения, сохранения и профилактики здоровья человека. Понятие здоровья многогранно, и касается всех сфер жизнедеятельности индивида. Поэтому, в рамках данной работы мы будем рассматривать внутриспсихические отношения и связи, их трансформации в социальном взаимодействии в фокусе психотерапевтического консультирования.

Методологической основой данной работы является идея о потребностях и механизмах цикла контакта в гештальт-

терапевтическом подходе. Терапевтический процесс предполагает работу с чувствами, как важным индикатором процессов происходящих в психической реальности человека [1].

Биографическая справка. Клиентка Д. 20-ти лет. Студентка 3курса ВУЗа. Старшая дочь в родительской семье. Отец оставил семью, когда девочке было 1,5 года. До 16 лет его не знала. Сильных и теплых чувств к отцу не испытывает, но есть потребность в контакте с ним. За время взросления Д. мать родила 3-их детей от разных мужей и еще 5-х взяла на воспитание, младшему родному брату на данный момент 1,5 года. Позиция клиентки в семье – «вторая мама», с функциями главенствующей и ответственной за все бытовые проблемы. Данная роль была успешно передана от матери к дочери.

В 17 лет Д. вышла замуж. Через год наступает 1-я беременность, на 2-м месяце ребенок замирает. По прошествии года клиентка беременеет 2-й раз, плод снова замирает. Результат 1-й беременности клиентка тяжело переносит, впадает в длительные депрессивные состояния. Значительную поддержку получает от мужа и в меньшей степени от мамы. Неудачная попытка родить во второй раз усиливает тревожные и агрессивные реакции клиентки: частые крики и обвинения по пустякам. Поддержка мужа иссякает, когда страдания Д. затягиваются более шести месяцев.

Первая консультация проходила в формате знакомства, прояснения важных событий жизни и характера эмоциональных реакций.

Главный запрос состоял в проработке психических состояний: гнева, раздражительности, недовольства, которые влияют на качество отношений с мужем и могут спровоцировать развод. А также есть предположение Д. о возможно психологических причинах замирания ребенка, поэтому актуально данный вопрос прояснить.

Вторая встреча началась со слез и рассказе об их причине. Накануне, Д. ездила к маме. Приятного времяпровождения не получилось. Матерью выдвигались претензии и обвинения в грубой форме. Часто появлялись слезы. Одновременно отмечала, как многому научилась у матери (решению бытовых, социальных вопросов), т.е. так же главенствовала в семье. На вопрос: «Что с тобой происходит, когда тебе достаются материнские крики?», клиентка, опустив голову в длительную паузу, ответила: «Ничего, мне страшно». В этом фрагменте реакции отсутствовали, слезы исчезли сами собой.

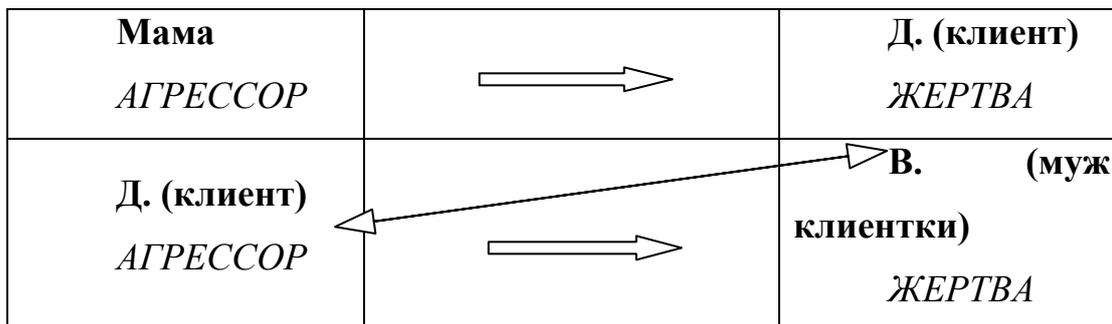
По приезду домой Д. отреагировала обидой, гневом и раздражением на мужа за то, что его не было рядом, и не мог защитить. «Я кричала на него по пустякам, и даже, когда он был прав».

Страх подавляет естественные реакции организма на агрессию среды, соответственно, прерывается контакт клиентки с чувством гнева. Подобное прерывание изолирует значительную часть энергии, предназначение которой состоит в оформлении поведенческой реакции направленной на сохранение личных границ [2]. Но среда не получает противодействие, и только усиливает свое давление.

Опасной остается агрессивная энергия не получившая разрядки вовне. Её последующее движение, возможно, во-первых, будет обращено внутрь, как аутоагрессия (замирание плода); во-вторых, направлена на формирование интроектных паттернов поведения («Я сильная, главная», «многому у нее научилась»); в-третьих, смещение в стереотипное поведение на основе проекции.

Так, была установлена взаимосвязь между отсутствием реакций адресату и переносом чувств на другое лицо. Схематичное отражение

вызвало удивление Д. Тело расслабилось, спина спокойно легла в кресло.



Полученная взаимозависимость удивила клиентку, слегка шокировав.

На третью встречу Д. пришла в спокойном состоянии с оттенком грусти. Рассказала о разговоре с мужем. Попросила его помощи в решении сложностей своего поведения (крик, истерики). Появились слезы. На вопрос о чем ты плачешь, Д. трудно было ответить. С этого места хочу привести фрагмент беседы.

П.: Что чувствуешь сейчас?

Д.: Жалко его.

П.: Про что жалеешь, когда говоришь о нем сейчас?

Д.: Он все равно не может мне помочь и не сделает этого.

П.: А как он может помочь? Что должен сделать, чтобы помочь?

Д.: Не знаю. Разговаривать со мной. Как мы поговорили 3 дня назад.

П.: О какой помощи ты говоришь? Тебе достаточно будет, чтобы он просто разговаривал, например, о погоде или о чем-то еще.

Д.: Мы разговаривали, и я просила его о том, чтобы в ситуациях, когда кричу на него, он не кричал в ответ, а останавливал меня.

П.: С таким заданием тяжело, наверное, справиться, т.е. ты оставляешь себе право продолжать кричать, а он должен тебе помочь остановиться. Так?

Д.: Да.

П.: Представь себе ситуацию, ты кричишь, а он продолжает оставаться спокойным. Что он должен сделать из такого состояния, что бы тебе помочь остановиться?

Д.: Не знаю (*появляются слезы*).

П.: Ну, пофантазируй. Ты кричишь – он спокоен.

Д.: Трудно сказать. Не знаю.

П.: Может, он должен что-либо сказать, или сесть и наблюдать пока ты закончишь, не вступать с тобой в перепалку, или выйти из комнаты, а может сделать что-то ласковое для тебя, и т.д. Я набрасываю варианты, и их множество, почувствуй как тебе они.

Д.: Нет, если такое поведение, то это меня будет раздражать, и скорее буду кричать еще больше.

П.: Тогда какой же помощи ожидаешь от него?

Д.: Не знаю.

П.: И ему трудно дать ее тебе. Когда ты не знаешь, чего хочешь, то тяжело дать. Это как в сказке: «Пойди туда – не знаю куда, принеси то – не знаю что».

Д.: Да (*глубоко выдыхает*).

Отметим, что данный фрагмент показывает осознанную потребность в помощи, но не дифференцированную для клиентки. Поэтому, частым ответом является «не знаю».

П.: Что сейчас с тобой? Что чувствуешь, так глубоко выдыхая?

Д.: Грустно. Как будто мне прямо надо кричать, а он еще и всегда виноват, за то, что не соглашается со мной. Я ведь всегда права.

П.: Он виноват в том, что не соглашается и не может остановить твой крик.

Д.: Дело в том, что если он прав, я почти всегда буду доказывать обратное и буду понимать свою неправоту, но не признаюсь.

П.: Ну, да ты же «главная в семье». Как в родительской семье, помнишь, мы говорили об этом. Так и здесь, ты берешь на себя функцию «главенствующей» и в споре. И хотя ты говорила, что не хочешь быть главной в отношениях с мужем, но демонстрируешь обратное.

Д.: Да, все в моей голове.

П.: Смотри, ты хочешь от него помощи, в то же время, как тебе «главной» он может помочь, который слабее, часто бывает не прав, и т.д.

Д.: Не знаю (*пауза*). Разговаривать о моих проблемах. Ну, или просто быть со мной, проводить вместе время, съездить куда-нибудь или погулять со мной по городу. Я его понимаю, он не может находиться постоянно со мной. Работает он посменно, а в выходные спит и отдыхает или его вызывают на работу (*плачет*).

П.: Тебе, что хочется получить от него во всей этой совместной деятельности?

Д.: Внимание.

П.: И когда ты не получаешь его, ты «закатываешь истерики»?

Д.: Ну, да.

П.: А когда ты одна, и ожидаешь от него внимания, что чувствуешь?

Д.: Скуку.

П.: Так ты, выходит, если скучаешь, то «закатываешь истерики»?

Д.: (*смеется, смущается*) Да.

П.: Скука. Она побуждает тебя к активности, но какой-то не продуктивной для отношений. Как-то грустно мне.

Д.: Да, мне тоже. Я все поняла (*плачет*).

Можно сказать, что видимая требовательность к мужу скрывает за собой ценную потребность – внимание к собственной персоне. Но, что скрывается за ней? Скука, когда нет рядом «развлекающего» объекта. Скука от себя самой или неумение позаботиться о себе, т.е. наполнять чем-то свою индивидуальную жизнедеятельность, а не требовать от других.

П.: Что ты поняла?

Д.: Ну, В. (муж) может и не выдержать. А я как мама вечно ору и всем недовольна. Поэтому у нее и мужей было множество и сейчас есть кандидатура.

П.: Ты находишь сходство своего поведения и мамы?

Д.: Да, точь-в-точь.

П.: Она кричит, и ты кричишь. У нее было много мужей, и ты уже ставишь под сомнение прочность вашего союза с В.

Д.: Да.

П.: Но, ты сама много страдала от маминых побоев, криков, недовольств, и часто не понимала, за что конкретно тебе достается такая реакция.

Д.: Да, она просто орет, и никогда не объясняет за что.

П.: Ты так же делаешь?

Д.: Нет. Я говорю за что. Но так же часто кричу по пустякам. Оно того не стоит, а я завожусь.

П.: Напомню тебе ту схему, которую рисовала прошлый раз. Ты становишься агрессором своему мужу. И тогда есть риск повторения (дуближа) маминых не только поведенческих реакций, но и сценария жизненного пути, по крайней мере, в сфере взаимоотношений с мужчинами.

Д.: *(Вздыхает, откидывается на спинку стула, молчит).*

П.: Вздыхаешь, что с тобой сейчас происходит?

Д.: Мне легче, все понятно. Буд-то стало на свои места.

П.: Как это, когда легче и стало на свои места?

Д.: Это спокойно. Я делаю все как она, но я так не хочу.

Комплексный анализ. В детском опыте имеет место раннее приобщение к взрослости, через материнское научение и навязывание ответственности на дочь. «Проглатывание-принятие» бытовых обязательств выражается в заботе о младших братьях и сестрах, ведении хозяйства, решении бытовых проблем требующих мужской силы (гвозди забить, электричество починить, бытовые приборы, и т.д.). Многогранная противоречивость психических состояний, поведенческих паттернов клиентки отражает: во-первых – потребность избавиться от мужских обязанностей, во-вторых – желание получить мужскую заботу, которой не было в детском периоде, в-третьих – опасение как может быть по-другому, если не так, в-четвертых – эта «ноша» может просто нравиться. Возможно, все четыре варианта и взаимодействуют в психике молодой женщины.

Раннее прикосновение к зрелому поведению способствует формированию внутренней доминантности, что выражается не только в способности преодолевать бытовые проблемы, но и авторитарности в отношениях. Можно отметить некоторый социально-бытовой позитив от материнского интроекта, но при условии его ассимиляции, чего не было осуществлено.

Третья встреча позволяет увидеть проекции клиентки, тем самым прояснить некоторые завуалированные импульсы. Проецирующее поведение находится во взаимосвязи с невротическими интроектами. Дефицит взаимоотношений с мужчинами (отцом, или лицом его заменяющим) и жесткий, деспотичный стиль матери – создают ощущение отверженности. Такая требовательность во внимании мужа, говорит о наличии неких

фантазируемых ожиданий: «он должен мне помочь преодолеть мои крики», «он должен дать мне внимание и спасти от скуки». Тем самым, «он должен» дать то, что хотелось получить в детстве. За желанием избавиться от скуки, посредством другого объекта, стоит глубокая потребность в любви и одновременно недовольство, неудовлетворенность самой собой.

Что касается интроекции, то на жесткое обращение матери клиентка не давала истинной реакции. Ее желание было «дать сдачи», кричать, защитить себя, но страх сковывал и реакция блокировалась. Попытки вербального отказа матери уже вызывали агрессию. Поэтому, тактика Д. – подавить свой гнев и потребности. И тогда «наилучшим решением» является слияние дочери с матерью, до полного интроецирования. Таким образом, видим неосознанное повторение поведенческих реакций «авторитетного» человека. Так же это можно назвать идентификацией с агрессором, когда любовь и страх к близкому, останавливают собственные естественные реакции организма – отвращение, гнев. Итак, внутренний, психический контакт с самой собой обуславливает характер отношений в социальной среде.

Литература:

1. Гингер С. Гештальт: искусство контакта / Пер. с англ. Т.А. Ребеко. – Изд. 2-е. – М.: Академический Проект; Культура, 2010. – 191с.
2. Перлз Ф. Практика гештальттерапии. – М.: Инс-т Общегуманитарных Исследований, 2005. – 480с.

Степаненко Л.В., Кучеренко А.В.

**НЕОБХІДНІСТЬ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ ДО ДІЙ В ЕКСТРИМАЛЬНИХ УМОВАХ
СЛУЖБОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Донбаський державний педагогічний університет, м.Слов'янськ, Україна

Резюме: в статье анализируется необходимость формирования психологической готовности сотрудников к действиям в экстремальных ситуациях за счет усовершенствования процесса психологической подготовки.

Ключевые слова: экстремальная ситуация, психологическая готовность к действиям, профессиональная подготовка, негативные эмоциональные состояния.

Будь-яка професійна діяльність пред'являє до людини певні вимоги й накладає своєрідний відбиток на її особистість і весь спосіб життя. І для того, щоб визначити, якими особистісними якостями, що обумовлюють ефективність професійної діяльності повинен володіти співробітник органів внутрішніх справ, необхідно враховувати специфічні особливості цієї діяльності.

Умови діяльності працівників органів внутрішніх справ характеризуються наявністю великої кількості стрес-факторів, які негативно впливають на психічний стан працівників міліції. Особливо гостро постає питання дослідження та з'ясування негативних психічних станів, зокрема емоційних станів, що призводять до виникнення гострих особистісних проблем. Тому надзвичайного значення набувають проблеми, пов'язані із захистом життя і здоров'я правоохоронців, які постійно піддаються впливу низки небезпечних факторів.

Враховуючи діяльність працівників ОВС, яка належить до професій підвищеного ризику й характеризується одним з найбільш високих рівнів екстремального й професійного стресу, підвищеної уваги потребує формування психологічної та професійної готовності та надійності працівників міліції для забезпечення якісного виконання службових обов'язків в екстремальних умовах. В свою чергу екстремальна ситуація трактується, як ситуація, яка викликає

переживання травматичного стресу й супроводжується напругою у зв'язку з необхідністю подолання стресової події. Виділяють наступні стадії стресу як процесу: 1) безпосередня реакція на вплив (стадія тривоги); 2) максимально ефективна адаптація (стадія резистентності); 3) порушення адаптаційного процесу (стадія виснаження) [4]. Отже, особливості правоохоронної діяльності вимагають розвитку емоційно-вольової стійкості в співробітників, формування в них психологічної готовності діяти при впливі стресових факторів. В свою чергу, необхідно зазначити, що поняття «психологічна готовність» розглядається з різних точок зору: як наявність певних знань, навичок і умінь (якої ми дотримуємося); інша, як характеристика міри налаштованості людини на активне включення і найбільш повну віддачу діяльності.

Аналіз основних досліджень і публікацій. Психологічна готовність людини до дій тісно пов'язана з її особистісними особливостями. Проблема їх впливу на ефективність діяльності в екстремальних умовах вивчалася В.Г.Андросюком, О.М.Бандуркою, Л.Г.Дикою, Л.І.Казміренко, М.О.Куркіним, В.І.Лебедевим, В.С.Медведевим, О.М.Столяренком та ін. Заслуговує на увагу вивчення емоційних станів особистості та їх регуляція в екстремальних умовах, запропонована у наукових працях низки авторів (Л.Г.Дика, Е.П.Ільїн, Л.В.Куліков, М.Д.Левітов, М.П.Наєнко, Т.А.Немчин, Г.М.Прихожан, О.О.Прохоров, Ю.Е.Сосновікова, І.І.Чеснокова та ін.). Тому потрібний комплексний аналіз проблеми, що передбачає вивчення різноманітних деструктивних проявів особистості, які впливають на її становлення. Серед них важливе місце займають негативні психічні стани, які виступають дестабілізуючим чинником у формуванні особистості та негативно впливають на її здатність контролювати і регулювати свою поведінку

та діяльність.

Актуальність обраної теми зумовлена підвищенням вимог до ефективної діяльності та якісного виконання службових обов'язків співробітників органів внутрішніх справ зі сторони держави та суспільства загалом. Також необхідністю розробки та відповідно практичному застосуванню програм психологічної підготовки персоналу органів внутрішніх справ до дій в екстремальних умовах.

Дана задача вирішується за рахунок формування психологічно необхідних якостей особистості працівника ОВС, оволодіння ними спеціальними знаннями, що вимагає розроблення комплексного підходу до вдосконалення професійної підготовки.

Процес професійної підготовки до дій в екстремальних ситуаціях необхідно будувати як систему навчальних і власне тренінгових психологічних засобів з урахуванням тих умов, які перетворюють ситуацію в екстремальну.

В першу чергу професійна підготовка повинна підвищуватись саме в психологічному напрямку:

1) необхідно сприяти формуванню навичок у співробітників та досвіду емоційно-вольової поведінки в навчальних екстремальних умовах;

2) рекомендовано наближати навчальну обстановку тренувань до реальної, яка буде викликати у співробітників ОВС психічну напругу.

Важливою вимогою до проведення психологічної підготовки співробітників ОВД до службової діяльності в екстремальних умовах є: безперервність, систематичність, послідовність, організованість, умотивованість і активність самих учасників заняття [1].

На основі наукового аналізу системи професійної підготовки в органах внутрішніх справ ми вважаємо, що удосконалення процесу

психологічної підготовки працівників до дій в екстремальних умовах службової діяльності можливе за рахунок розширення практичної складової – розробки та впровадження психологічних технологій, а не лише теоретичного обґрунтування проблеми.

І.В.Вачков відмічає, що процес психокорекції є складним та багатоаспектним. У зв'язку з цим прийнято виділяти три структурні компоненти, характерні для самосвідомості особистості, на яких фіксуються завдання психокорекції. Саморозуміння – щоб відбулося інтелектуальне усвідомлення проблеми, ставлення до себе – щоб отримати емоційну підтримку і модифікувати емоційне реагування, саморегуляція – щоб виробити і закріпити адекватні форми поведінки і реагування на основі досягнень в пізнавальній і емоційній сферах.

Таким чином, тренінг – це форма спеціально організованого навчання для самовдосконалення особистості, під час якого вирішуються наступні завдання: оволодіння соціально-психологічними знаннями; розвиток здатності пізнання себе і інших людей; підвищення уявлень про власну значущість, цінності, формування позитивної Я-концепції.

Психотерапія спрямована на зміцнення психічного здоров'я людини, використовуючи різноманітні методи психологічної дії на особистість, допомагає подолати глибокі внутрішньоособистісні конфлікти, одночасно допомагає знайти душевну рівновагу, укріпити психологічну стійкість. Психогігієна і психопрофілактика спрямовані на збереження, зміцнення і поліпшення здоров'я шляхом відповідної організації природного і соціального середовища, способу життя. Психопрофілактика є попередженням психічних розладів. Психокорекція – виправлення недоліків психічного розвитку або поведінки за допомогою засобів психологічної дії. Але найбільш об'ємним та змістовним з усіх перелічених видів робіт є психотренінг, який поєднує в собі всі означені способи корегування особистості.

Останніми роками умовно виокремлюють клінічно-орієнтовану психотерапію, спрямовану переважно на пом'якшення або ліквідацію наявної симптоматики, і особистісно-орієнтовану психотерапію, яка прагне допомогти людині змінити своє ставлення до соціального оточення і до власної особистості. У клінічно-орієнтованій психотерапії традиційно використовуються такі методи, як гіпноз, аутогенне тренування, різні види навіювання і самонавіювання. У особистісно-орієнтованій психотерапії можна констатувати величезну різноманітність методів і прийомів, що ґрунтуються на концептуальних моделях безлічі шкіл та течій.

Психотерапія виступає близькою до психокорекції частиною, пов'язаною з лікуванням порушеної поведінки за допомогою психологічних прийомів. За В.Е.Рожновим, психотерапія є комплексною лікувальною дією за допомогою психічних засобів на психіку хворого, а через неї – на весь його організм з метою усунення серйозних симптомів і зміни ставлення до себе, свого стану і навколишнього середовища. На відміну від психотерапії, психологічна корекція спрямовує психологічні дії на ті або інші психологічні структури з метою забезпечення повноцінного розвитку і функціонування особистості.

Спочатку психотерапія була пов'язана саме з лікуванням психічних і психосоматичних захворювань психологічними засобами, але пізніше, як відмічає С.Ю.Головін, розповсюдилася взагалі на випадки психічного неблагополуччя, зокрема в межах норми, – на внутрішні конфлікти, депресії, тривоги, страхи, порушення спілкування і пов'язані зі всім цим переживання.

На відміну від психотерапії (клінічної дисципліни), здорові люди є об'єктом психорегуляції, як відзначає В.П.Некрасов [151]. Психорегуляція – це науковий напрям, основною метою якого є формування особливих психічних станів, сприяючих найбільш оптимальному використанню можливостей людини. Основна мета психорегуляції полягає в підвищенні

ефективності використання функціональних можливостей організму за рахунок формування особливого психічного стану, найбільш адекватного досягненню поставленого результату. До завдань психорегуляції відносяться: систематичне навчання людей навичкам саморегуляції аж до самоприказів проведення заходів щодо оптимізації відновлення психічної працездатності; формування значущих цільових і мотиваційних установок; формування особливих психічних станів відповідно до конкретної очікуваної діяльності.

У процесі психологічної підготовки співробітників увага в першу чергу повинна приділятися формуванню емоційно-вольової стійкості. Вивчення можливих варіантів дій у стресових ситуаціях і самого себе в стресовій ситуації найкраще виходить у ході спеціально психологічних ситуативно-образних тренінгів, які повинен проводити керівник заняття, що володіє певним досвідом.

Оскільки надзвичайно важко визначити межі між психотерапією, психокорекцією, навчанням, найчастіше зустрічається визначення тренінгових груп. Це спеціально створені малі групи, учасники яких за сприянням ведучого-психолога включаються в своєрідний досвід інтенсивного спілкування, орієнтований на надання допомоги кожному у вирішенні різноманітних психологічних проблем і в самовдосконаленні, в розвитку самосвідомості.

Тренінги являють собою уявне відтворення екстремальних ситуацій, можливі варіанти їх розвитку. В процесі яких службовці усвідомлюють власні психологічні особливості, причини механізмів формування тривожності, агресивності, ворожості, а також способи формування стійкої мотивації до саморозвитку позитивних соціальних навиків. Це сприяє підвищенню адаптивних властивостей до екстремальних ситуацій. Розширення сфери усвідомлення своїх проблем відбувається через осмислення мотивів поведінки, своєї ролі

у виникненні різних конфліктних ситуацій, більш глибоких причин виникнення тих чи інших закономірностей, способів поведінки та емоційного реагування. Розуміння свого «Я» відбувається на декількох рівнях:

- усвідомлення співробітниками того, як вони сприймаються іншими, якими вони виступають в міжособистісних ситуаціях;
- усвідомлення власних стратегій і тактик, що застосовуються в поведінці тривалий час (яким я сприймаю себе?);
- усвідомлення мотивів, що лежать в основі того чи іншого стилю поведінки (чому я вчиняю саме так ?) [1].

До числа завдань психокорекції входять: по-перше, допомога у розв'язанні психотравмуючих ситуацій, у формуванні продуктивних взаємин з оточуючими, в підвищенні соціального статусу (за рахунок прояву сильних і соціально-схвалюваних якостей) в розвитку компетенції у питаннях нормативної поведінки; по-друге, виховання вищих емоцій і соціальних потреб (пізнавальних, трудових, естетичних), вдосконалення способів психічної саморегуляції, стимуляція дозрівання і розвитку інтелектуальної, емоційної і вольової сфер і окремих психічних функцій, рівнів спілкування, самосвідомості і діяльності, відповідних зоні найближчого розвитку [3].

Своєрідність корекційної програми та тренінгу повинна полягати в тому, що вони можуть бути спрямовані на створення індивідуальних та групових впливів на особистість, яка схильний до переживання негативних емоційних станів з метою забезпечення психосоціальної гармонізації. Подібні впливи повинні поєднувати комунікативні технології впливу на особистість з одночасним стимулюванням її власної активності, розкриттям її внутрішнього потенціалу подолання негативних емоційних станів та розвитку компенсаторних можливостей [5].

Крім того, вважаємо доцільним завершувати кожне заняття психофізичним тренуванням. Існування прямої залежності між тонусом м'язів та емоційним станом було відмічене Е.Джекобсоном, який дослідив, що різним типам емоційного реагування відповідає напруження відповідної групи м'язів. Наприклад, при депресивному стані під напруженням знаходиться дихальна мускулатура, у стані страху – напружуються м'язи артикуляції та фонації. Е.Джекобсон припустив, що зняття напруженості певної групи м'язів вибірково впливає на негативні емоції. При створенні програми та тренінгу усунення негативних емоційних станів ця теза є методично значущою й опірною при розробці корекційних комплексів.

Отже, психокорекційна програма та розроблення на її підставі тренінг повинні базуватися на принципах:

1) активізації – тобто залучення й активної участі особистості в процесі подолання або профілактики негативних емоційних станів. Активізація досягається завдяки створенню системи стимулів, перетворенню їх у мотиви та особистісно значущі орієнтири просування до мети;

2) ресоціалізації – тобто формування особистісних якостей, необхідних для нормальної адаптивної поведінки у мікросоціумі;

3) особистісної центрованості – тобто спрямованості психолога на те, щоб у центр уваги була поставлена особистість, а вся корекційна робота спрямована на формування позитивного досвіду особистості, ліквідацію або попередження негативних емоційних станів та ін.

Психологічна підтримка та корекція повинні передбачати попереднє виокремлення людей з вираженими негативними емоційними станами – тривожність, агресивність, фрустрація, депресія, нейротизм, емоційний дискомфорт (або з психологічною

схильністю до них), у окрему групу посиленої психологічної уваги та проведення систематичних корекційно-підтримуючих заходів.

Вважаємо, що у психокоректувальних цілях доцільно застосовувати методи як групової, так і індивідуальної роботи. Л.В.Куліков відзначає, що для зміцнення психологічної стійкості особистості варто використовувати не всі методи, а тільки ті, що розширюють знання суб'єкта про себе, свої можливості і обмеження. Ці методи повинні дозволяти досягати більшого успіху у функціонуванні при розв'язанні важких завдань, удосконалювати саморегуляцію, допомагати динамічному розвитку особистості, поліпшувати її адаптацію.

У практиці часто використовуються прийоми вербальних засобів – самовпливу, самонавіювання, самопереконання, самовтіхи, самопідбадьорювання, самокритики, самооцінювання та ін. Кожен з цих механізмів по-своєму своєрідний. Так, самонавіювання як і навіювання не вимагає логічних доказів. Воно може бути в будь-якій формі самоприказів, задалегідь складених текстів. Самопереконання здійснюється при ясному усвідомленні власних дій і того, що відбувається. Те, що самозаспокоювалося предстає механізмом відновлення емоційних перенапружень і вселяє упевненість в себе. Таким чином, кожний вербальний механізм, виділений за будь-якою типовою відмінністю, впливає певним чином на особистість.

Під соціально-психологічним тренінгом розуміється практика психологічної дії, заснована на активних методах групової роботи. Під цим мається на увазі використання специфічних форм повідомлення знань, навчання навичкам і умінням в сферах спілкування, діяльності, особистісного розвитку і корекції. До таких шляхів психолог відносить сприйняття через співвіднесення себе з іншими, через сприйняття себе іншими, результати власної діяльності, спостереження за власними внутрішніми станами, через сприйняття власного зовнішнього вигляду.

Вагоме місце у забезпеченні психологічної готовності працівників ОВС діяти в екстремальних умовах належить саме психологам, які повинні проводити наступні спеціалізовані заходи:

- здійснювати динамічне психологічне спостереження працівників;

- підвищувати психологічну компетентність службовців, надавати їм необхідну інформацію методичного характеру, навчати основам психології спілкування та ефективному вирішенню конфліктних ситуацій;

- застосовувати активні форми соціального навчання (проводити тренінги спілкування, ділові ігри тощо);

- проводити заняття з навчання методам самоконтролю, самовиховання та саморегуляції;

- проводити аутогенні тренування з метою підвищення стресостійкості.

Отже, формування психологічної готовності можливе в умовах цілеспрямованої психологічної підготовки правоохоронців з урахуванням їх психологічних якостей. А наукові дані й наявний позитивний досвід указують на необхідність введення спеціальних завдань, форм і методів цілеспрямованого підвищення психологічної підготовленості в системі професійного навчання.

Література:

1. Криворучко Л.І. Організація професійної підготовки працівників органів внутрішніх справ до дій в екстремальних умовах: Дисертація к. ю. н. :12.00.07/ ХНУВС – Х., 2008. – 209 с.

2. Либин А. В. Тренинг совладания со сложными жизненными ситуациями / А. В. Либин. – М.: Институт практической психологии, 1998. – 112 с.

3. Махнач А.В. Компонентный анализ психического состояния человека в особых условиях деятельности / А.В.Махнач // Психологический журнал. – 1991. – Т. 12. – № 1. – С. 66 – 75.

4. Полукаров С.Б., Туманов В.Д., Кузнецов Д.Ю. Психологический тренинг и подготовка сотрудников органов внутренних дел к несению службы в экстремальных условиях: Методические разработки: МВД России - Домодедово, 2008. – 85 с.

5. Сложеникин А.П. Особенности социально-психологической адаптации сотрудников органов внутренних дел к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности Автореферат дисс. к. п. н.: 05.26.02/ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России и ГОУ ВПО - Санкт-Петербург, 2009. – 22 с.

Стеценко А.И.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ г. ЧЕРКАССЫ К ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ

Черкасский национальный университет им. Богдана Хмельницкого,

г. Черкассы, Украина

Актуальность. Главной целью физического воспитания (ФВ) студентов ВУЗов остается повышение физической культуры молодежи, что, прежде всего, предполагает привлечения их к активному образу жизни. Уже ни у кого не вызывает возражения тот факт, что формирование положительной мотивации юношей и девушек к занятиям физическими упражнениями непосредственно влияет на эффективность учебного процесса по дисциплине „Физическое воспитание”. Современные реалии жизни свидетельствуют о том, что традиционная форма проведения физкультурных занятий способствует снижению заинтересованности студентов к процессу ФВ и приводит к формальному отбыванию учебных занятий по этому предмету. Становится очевидным, что создание оптимальных условий организации процесса ФВ в ВУЗе предполагает подход, который основан на свободном выборе видов двигательной деятельности. Тем не менее, накопленные аргументы остаются не достаточно весомыми для осуществления эффективного реформирования ФВ.

Анализ последних исследований и публикаций. Специалисты не устают утверждать, что современное состояние системы ФВ в ВУЗах требует кардинальных изменений, которые необходимо направлять на

удовлетворение потребностей, интересов студенческой молодежи и учета психофизиологических возможностей их организма. Приоритетным направлением в повышении мотивации студентов к занятиям физической культурой может и должен стать отказ от унификации и стандартизации учебных программ ВУЗов и создание как можно большего числа альтернативных программ по каждому виду физической культуры с учетом региональных, национальных, культурно-исторических традиций, материально-технической базы каждого конкретного ВУЗа [3].

Результаты исследований гендерных отличий мотивов занятий физической культурой и спортом показывают, что первое место как у ребят, так и у девушек, занимает мотив совершенствования формы тела. Однако если у ребят занятия спортом ассоциируются с хорошей фигурой и здоровьем, то у девушек доминирует мотив борьбы с лишним весом. Подавляющее большинство студентов, особенно девушек, с хорошей фигурой связывают это с возможностью добиться успеха в профессиональной карьере [2]. По другим данным, мотив занятий физическими упражнениями у девушек – укрепление здоровья связан с определенными проблемами в состоянии здоровья и заботой о выполнении репродуктивной функции [1].

Исходя из вышеизложенного, материалы исследований, представленные в данной статье, на наш взгляд, актуальны и своевременны.

Цель исследования – изучить особенности ФВ юношей и девушек, обучающихся в ВУЗах г. Черкассы.

Методы и организация исследования. В процессе подготовки данной статьи нами были использованы следующие методы: теоретический анализ и обобщение данных специальной литературы и

интернет-ресурсов, анкетный опрос, методы математической статистики.

Исследования проводились на базе Черкасского государственного бизнес-колледжа и Черкасского государственного технологического университета. В исследовании участвовало 289 студентов первого курса (194 юношей и 95 девушек) в возрасте 17-18 лет, которые по состоянию здоровья отнесены к основной медицинской группе.

С помощью специально разработанной нами анкеты мы определяли следующие сведения: физкультурно-спортивные предпочтения студенческой молодежи; мотивация и интересы проведения занятий физическими упражнениями; самооценка состояния здоровья и физической подготовленности.

Анализ полученных результатов. Анализируя результаты ответов на вопрос „Нужно ли, по Вашему мнению, физическое воспитание, как обязательная дисциплина в ВУЗе?“, удалось выяснить, что лишь половина юношей (49%) и треть девушек (31%) считают, что ФВ должно быть обязательной дисциплиной в ВУЗе. В тоже время, значительная часть юношей (15%) и еще больше девушек (29%) отмечает, что она нужна, но без сдачи экзаменов и зачетов. Каждый третий юноша (34%) и почти половина девушек (43%) считают, что дисциплину „Физическое воспитание“ необходимо проводить в виде секций по видам спорта по выбору студентов. Заслуживает внимания и тот факт, что лишь 0,5% юношей и 3% девушек убеждены, что ФВ должно быть необязательной дисциплиной в ВУЗе.

Указанные выше результаты анкетного опроса студентов указывают на необходимость дисциплины „Физическое воспитание“ как обязательной в учебных планах ВУЗов, но при этом, чтобы она

имела спортивную направленность с выбором вида спорта студентами и без сдачи экзаменов и зачетов.

Нами также установлено, что занятия по дисциплине „Физическое воспитание” в ВУЗах г. Черкассы, как указали 55% респондентов, проводятся преимущественно по смешанной форме (академические занятия по базовой программе и секционные занятия по видам спорта). В тоже время 32,5% студентов указали, что ФВ в их учебном заведении проводится в форме академических занятий по базовой программе, 12,5% – в форме секционных занятий по видам спорта.

Также было выяснено, что в ВУЗах г. Черкассы культивируются 36 видов спорта, среди которых респонденты преимущественно называли футбол, баскетбол, волейбол, теннис, легкая атлетика, настольный теннис, шахматы, плавание, пауэрлифтинг и гандбол.

Анализируя результаты ответов на вопрос „Сколько раз в неделю молодому человеку нужно заниматься физическими упражнениями, чтобы иметь надлежащий уровень физической подготовленности?”, нами установлено, что большинство студенческой молодежи считает необходимым заниматься три (юноши – 72%, девушки – 64%) и два (юноши – 25%, девушки – 29%) раза в неделю. И лишь 3% юношей и 6% девушек считают, что достаточно и одного раза в неделю.

Изложенные выше результаты указывают на то, что ВУЗы г. Черкассы обеспечивают деятельность достаточного количества секционных и факультативных занятий по видам спорта. Такая ситуация, на наш взгляд, способствует формированию положительной мотивации студенческой молодежи к физкультурно-оздоровительной деятельности. Ведь студенту есть из чего выбирать и реализовывать себя как личность.

Изучая уровень удовлетворенности студентами состоянием собственного здоровья и уровнем физической подготовленности, нами было установлено, что большинство студенческой молодежи, которая учится в черкасских ВУЗах, полностью удовлетворены (юноши – 34%, девушки – 13%) и скорее удовлетворены, чем недовольны (юноши – 52%, девушки – 56%). Вместе с тем установлено, что 12% юношей и 29% девушек скорее не удовлетворены, чем удовлетворены условиями своего организма. И только 2% юношей и девушек отметили полное недовольство существующим физическим состоянием своего организма. Однако, как продолжают свидетельствовать результаты многих последних исследований, такая самооценка представляется завышенной, т.к. показатели у подрастающего поколения имеют тенденцию к ухудшению.

Выводы

1. Установлено, что студенческая молодежь считает необходимым введение дисциплины „Физическое воспитание” в перечень обязательных учебных дисциплин, однако, по их мнению, преподавание должно проходить в виде секционных или факультативных занятий по видам спорта с учетом выбора студента и не иметь экзаменов и зачетов.

2. Студенты понимают необходимость проведения занятий физическими упражнениями 2-3 раза в неделю для приобретения и поддержания должного уровня физической подготовленности и состояния собственного здоровья. Однако удовлетворить естественное желание молодых людей заниматься физической культурой и спортом необходимое количество раз в формате учебной дисциплины невозможно ввиду того, что в ВУЗах г. Черкассы занятия по ФВ проводятся 1 раз в неделю.

В дальнейшем предполагается расширить поиск аргументов в пользу лично ориентированного ФВ студенческой молодежи с учетом свободного выбора форм и видов физкультурно-спортивной активности.

Литература:

1. Биличенко Е. А. Анализ мотивации к занятиям физическими упражнениями и ее использование для повышения эффективности занятий по физическому воспитанию со студентками / Е. А. Биличенко // Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Сборник научных работ ред. Ермакова С. С. – Харьков. – 2010. – № 4. – С. 12–29.

2. Круцевич Т. Физическое воспитание как социальное явление / Т. Круцевич, В. Петровський // Наука в олимпийском спорте. – К. : Олимпийская литература, 2001. – № 3 – С. 3 – 15.

3. Пилипей Л. П., Теоретико-методологическое обоснование процесса физического воспитания студентов вузов / Л. П. Пилипей // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2013. – № 2. – С. 56 – 60.

Тверская С. С.

С. БУБНОВСКИЙ О ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Московский государственный областной социально-гуманитарный институт,
г. Коломна, Россия*

Принято считать, что в основе ишемической болезни сердца (ИБС), наиболее распространенной болезни сердечно-сосудистой системы, лежит коронарная недостаточность и связанная с ней гипоксия миокарда, причиной которой является атеросклероз. Начальные клинические проявления ИБС возникают при физической нагрузке (стенокардия напряжения). Факторами риска называют возраст, наследственную предрасположенность, малоподвижный образ жизни, переедание, ожирение, высокое содержание липидов в крови, повышенное артериальное давление, нарушение углеводного обмена, в частности сахарный диабет, курение, «коронарный профиль личности» (постоянное стремление к успеху, неудовлетворенность,

длительные перегрузки). Среди этого калейдоскопа факторов явно выделяется проблема питания, а гиподинамия уходит далеко в тень. Акцентируя атеросклероз как первопричину ИБС, профилактика нацеливается на изменение рациона, назначение диеты с ограничением жиров и легкоусвояемых углеводов [2, 3].

Очевидно, что такие знания не могут формировать здоровый образ жизни. Ведь перечисленные факторы риска только обобщают статистику о людях, ведущих нездоровый образ жизни. «Достаточная двигательная активность», провозглашаемая как один из рецептов профилактики ИБС, на деле сталкивается с советами по ограничению и запретами физических нагрузок. И больной, под страхом боли от стенокардии напряжения, выбирает бездействие.

Доктор медицинских наук, профессор Сергей Михайлович Бубновский (Москва) обратил внимание на то, что атеросклероз нередко диагностируется при научно обоснованном питании и даже у детей и подростков, что стало основанием для разработки нового подхода к профилактике и лечению ИБС [1].

Бубновский напомнил нам азбучную истину, что искать истоки болезни надо в анатомии и физиологии. Движение крови в организме обеспечивает не только сердце. Сердечная мышца – часть мышечной системы, которая при активной работе и создает полноценное кровообращение. Речь идет не только о поперечно-полосатых мышцах конечностей, туловища, но и о гладкой мускулатуре, образующей мышечный слой артерий. В результате снижения мышечной активности (а регулярно занимаются спортом, по его данным, только 6–7% детей) уменьшается скорость и объем кровотока в различных, в том числе, и в коронарных, артериях. Гипофункция мышечной системы вызывает нарушение анатомии мышц. От работы гладких мышечных клеток артерий зависит состояние их эндотелия. Атрофия

мышечных клеток влечет истончение эндотелия, сосуды теряют свою эластичность. Место мышечных клеток занимают жировые клетки. Как реактивное явление за этим следует разрастание соединительной ткани (склероз). Образуются атеросклеротические бляшки.

Становится понятно, что причина атеросклероза не холестерин, а гиподинамия. Атеросклероз – не причина, а следствие коронарной недостаточности, которая, в свою очередь является результатом гиподинамии.

Атеросклеротические бляшки вызывают повреждение сосудистой стенки. Реакция на повреждение сосудов индивидуальна и очень вариабельна. Она складывается из двух защитных механизмов: развивается воспаление сосудистой стенки или/и формируется тромб. При воспалении снижается эластичность и упругость стенки артерии, что еще больше ухудшает кровоток. Тромб может перекрыть просвет артерии, отсюда – инфаркт или инсульт.

«Ранение» сосудистой стенки проявляется дискомфортом за грудиной, именно в этот период, считает Бубновский, возникают первые боли, которым обычно не придают значения. Как видим, развитие атеросклероза клинически заметно, надо только внимательно прислушиваться к своему организму и вовремя задуматься о причинах патологических симптомов.

Таким образом, при ИБС первично – снижение кровотока, а развитие атеросклероза – вторично. Осознание такого патогенеза ишемии принципиально меняет тактику профилактики и лечения ИБС.

Применение при боли в сердце успокаивающих, сосудорасширяющих средств, анальгетиков или лекарственных средств «последнего поколения» не устраняет причину боли, а именно, снижение кровотока по коронарным сосудам, возникающее

внезапно (вследствие воспалительной реакции) или постепенно (при развивающемся атеросклерозе). «Лечение нарушений сердечной деятельности лекарственными средствами давно в тупике». Усилить кровоток по коронарным сосудам может только активная мышечная деятельность.

С. М. Бубновский – создатель кинезитерапии (от греч. kinetikos – приводящий в движение), нового направления в медицине, в основе которого активное участие самого больного в своем выздоровлении, путем изучения основ анатомии и физиологии и развития внутренних резервов организма. Особенно велика роль в кровообращении мышц нижних конечностей, которые физиологи называют периферическим сердцем.

Бубновский разработал систему оздоровления, включающую три простых силовых упражнения (отжимания, приседания и пресс), которые обеспечивают нормализацию активного кровотока в организме, и назвал эту систему упражнений «триадой здоровья».

Путь выхода из болезни у каждого больного свой, но три составляющие обязательны для всех – это терпение, труд и разум, а также правильно выполненные упражнения. Бубновский рекомендует: контроль пульса до и после занятия, а также через 5 минут; начинать с 5–10 повторений с перерывом, до восстановления дыхания и пульса; на выдохе произносить звук «Хаа», что усиливает компрессию на мышцы; в конце занятия растереть тело полотенцем, смоченным в холодной воде, а затем сухим – до покраснения кожи, что помогает расслабить уставшие мышцы; не бояться адаптивной мышечной боли, которая может появиться на следующий день и проходит в результате последующих занятий.

Таким образом, новые, рациональные знания о патогенезе ИБС, которые описал в своих работах профессор С. М. Бубновский,

основаны на объективных и бесспорных истинах анатомии и физиологии. Эти знания должны быть широко использованы в учебно-воспитательном процессе при валеологической подготовке студентов в гуманитарных вузах и на курсах повышения квалификации учителей. Распространение новых научных представлений о патогенезе ИБС и доступных каждому способах ее безлекарственной профилактики будет способствовать массовому оздоровлению.

Литература

1. Бубновский, С. М. Здоровые сосуды, или Зачем человеку мышцы? / Сергей Бубновский. – М. : Эксмо, 2013. – 192 с.
2. Волокитина, Т. В. Основы медицинских знаний : учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / Т. В. Волокитина, Г. Г. Бральнина, Н. И. Никитинская. – 2-е изд., стер. – М. : Издат. центр «Академия», 2010. – 224 с.
3. Популярная медицинская энциклопедия : в 1 т. Аборт – Ящур / гл. ред. Б. В. Петровский. – М. : Совет. энцикл., 1987. – 704 с.

Тихонская К.О, Бондаренко И.С.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Приазовский государственный технический университет, г. Мариуполь, Украина

Масштабы и темпы распространения алкоголизма в Украине таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье подростков. Это в ближайшей перспективе может привести к социальной нестабильности украинского общества. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, потребление алкоголя составляет свыше 8 литров на душу населения в год и ведет к изменению генофонда нации, так как детей с психическими и физическими отклонениями от нормы при таком положении рождается больше, чем здоровых.

Особенно тревожным фактором является раннее приобщение и быстрое привыкание к спиртному детей и подростков.

Распространение алкоголизма в молодежной среде является одной из самых тревожных и опасных социальных проблем нашего времени. По статистическим данным, до 80 взрослых, больных алкоголизмом, начали злоупотреблять алкоголем именно в подростковом возрасте. Эта возрастная категория детей и составляет группу риска.

Алкоголизм в подростково-юношеском возрасте формируется в сжатые сроки, обычно тем быстрее, чем раньше начато употребление алкоголя. Нередко он развивается в течение 1 - 3 лет, то есть в 4 – 5 раз быстрее, чем у взрослых.

Одна из главных особенностей детского и подросткового алкоголизма - быстрое развитие и частое преобладание психической алкогольной зависимости над зависимостью физической. Психическая зависимость формирует так называемое аддиктивное поведение, которое определяется как поведение, связанное с желанием человека уйти из реальной жизни путем изменения состояния своего сознания.

Неконтролируемый рост употребления алкогольных напитков, обусловленный, прежде всего, отсутствием системы пропагандистской деятельности со стороны государства против употребления спиртных напитков, выдвигает на первый план проблему профилактики алкоголизма среди детей. Решить проблему алкоголизации подростков только с помощью запретительных, медицинских и юридических ограничений невозможно. Основные усилия должны быть сосредоточены на формировании «внутренних» ограничителей, то есть на воспитании личностной устойчивости к алкогольному соблазну. Это обуславливает необходимость применения социально-педагогических подходов в профилактике алкоголизма, и, тем самым, подчеркивает **актуальность** данной темы исследования.

Эффективность решений любой социальной задачи или проблемы во многом будет зависеть от того, насколько точно была проведена профилактика, насколько объективно было оценено состояние социального объекта и насколько верно были выбраны ориентиры, нормативы диагностируемой сферы жизнедеятельности, служащие основой социального исследования и измерения.

Социальная профилактика – это методологический инструмент, дающий необходимые знания, на основе которых разрабатываются различные социальные прогнозы и проекты, изучается общественное мнение и морально-психологический климат в обществе.

В словаре социальной работы понятие «социальная профилактика» определяется как комплексный процесс исследования социального явления с целью выявления, распознавания и изучение причинно-следственных связей и отношений, характеризующих его состояние и тенденции дальнейшего развития.

Формы и виды профилактических мероприятий разнообразны. Исходя из стадий предупредительного воздействия, они могут быть определены как:

- нейтрализующие;
- компенсирующие;
- предупреждающие воздействие обстоятельств, способствующих социальным отклонениям;
- устраняющие эти обстоятельства;
- мероприятия по осуществлению последующего контроля за проведенной профилактической работой и ее результатами.

Профилактика является одним из основных и перспективных направлений деятельности в социальной работе.

Профилактика детского и подросткового алкоголизма должна проходить одновременно в нескольких направлениях:

-профилактика алкоголизма на уровне семьи: создание здорового образа жизни, отказ от злоупотребления алкоголем в семье, рациональное питание, соблюдение режима дня и сна, антиалкогольное воспитание в семье и т.п.

-профилактика алкоголизма на уровне школы: педагогический такт, установление контакта учителя с учащимися, приобщение к активному занятию физкультурой и спортом, организованная работа школьного врача по профилактике алкоголизма, осуществление санитарно-просветительской работы и т. п.

-профилактика со стороны государства: запрет продажи алкогольной продукции детям моложе 18 лет; запрет рекламирования пива по телевидению; предусмотрение строгой уголовной ответственности за вовлечение несовершеннолетних в пьянство, доведение до состояния алкогольного опьянения; запрет приема несовершеннолетних на работу, связанную с производством, хранением и торговлей спиртными напитками.

В настоящее время профилактика потребления психоактивных веществ во многих школьных коллективах представлена чаще всего тематическими лекциями школьных психологов, врачей психиатров-наркологов, либо работников органов внутренних дел, а также тематическими учебными занятиями, которые иногда проводятся по типу дискуссии на заданную тему. Подобный подход не отвечает основным требованиям к предупреждению употребления психоактивных веществ в связи с тем, что в нем отсутствует последовательность, непрерывность, учет реальной ситуации. Необходимо также учитывать, что первичная профилактика входит в сферу деятельности наркологической службы только в рамках профессиональной компетенции врачей психиатров-наркологов. Вопросы постоянного воспитательного развития у учащихся

общеобразовательных учреждений ценностей здорового образа жизни, предубеждения к приему токсико-наркотических средств, знаний о вреде наркотиков и токсикантов являются прямой обязанностью педагогов и школьных психологов, т.е. тех специалистов, которые имеют постоянный и непосредственный контакт с детьми и подростками, занимаются их обучением и воспитанием.

Реализация данной работы затруднена, вследствие недостаточного уровня знаний у специалистов образовательных учреждений по проблеме наркоманий и первичной антинаркотической профилактической работе. Особенности обучения и переобучения педагогического персонала в целях эффективного обеспечения первичной профилактики в образовательной среде заключаются в предоставлении для специалистов школы комплексной информации по существенным для первичной профилактической работы вопросам наркологии, по оптимальной тактике поведения с детьми и подростками, имеющими склонность к зависимому поведению, по формам работы с семьей при оказании первичной профилактической помощи.

Ключевые проблемы первичной профилактики употребления психоактивных веществ детьми и подростками в образовательной среде можно обозначить следующим образом.

Первая проблема - как и с какого возраста формировать у детей активную психологическую защиту, противодействие к первой пробе и приему наркотиков, к стилю жизни, связанному с наркотизацией?

Вторая проблема - как и каким образом педагогам, воспитателям, социальным работникам, родителям безошибочно и точно определять, что ребенок начал употреблять наркотические

средства, и какую наиболее оптимальную тактику применять по отношению к такому ребенку?

Третья проблема - как и каким способом активно вмешиваться и корректировать систематическое употребление психоактивных (наркотических) веществ? Какими оптимальными средствами осуществлять комплексную реабилитацию детей и подростков, прекративших наркотизацию?

Ситуация усугубляется тем, что в недалеком прошлом ранняя алкоголизация и токсикомания преимущественно поражали детей из неблагополучных семей, где родители вели асоциальный образ жизни. Эту группу детей можно было определить как группу "риска" и целенаправленно с ней заниматься в плане социально-профилактической помощи. Современные медико-социальные данные говорят о новом аспекте этой проблемы.

При этом у большинства детей и подростков отсутствует превентивная психологическая защита, ценностный барьер от вовлечения в прием алкоголя. Начинаясь принимать алкоголь несовершеннолетний находится в своеобразной социально-психологической ситуации. Это мощный прессинг рекламных предложений нового стиля жизни и новых ощущений. Он особенно угрожаем для детей и подростков, потому что в ситуации выбора у подростка ведущими часто оказываются мотивы любопытства и подражания. Одновременно налицо безучастное отношение к вовлечению в алкоголизацию со стороны сверстников-соучеников, друзей, а также взрослых, отвечающих за воспитание, и мало информированных родителей. Данная ситуация отягощается тем, что входящие в употребление "модные" в подростковой среде алкогольные напитки характеризуются при повторном приеме быстрым закреплением зависимости и пристрастия.

Проблема алкоголизма в настоящее время представляет собой разветвленный комплекс социальных патологий, влияющих на нормальное функционирование общества. Проблема стара, как мир, но актуальна, как никогда

Решением этой проблемы наряду с медицинскими и социальными работниками занимается государство в целом, гражданское общество и различные общественные институты. Одним из способов преодоления этой чумы является эффективная профилактика и пропаганда здорового образа жизни, наглядные примеры социальных и медицинских последствий потребления алкоголя также эффективно воздействуют на сознание молодых людей.

Сегодня возрастает роль государства в решении проблем алкоголизма, особенно детского и подросткового алкоголизма, набирающего сейчас обороты, как одной из основных угроз всей нации. Продолжает оставаться нерешенной проблема женского пьянства, несомненно, влияющего на демографическую ситуацию в стране, бытового пьянства и злоупотребления алкоголем в семьях и на работе.

Таким образом, проблема алкоголизма для нашей страны сверх актуальна. Как известно, болезнь легче предупредить, чем лечить, поэтому кроме лечения болезни, которое на сегодняшний день не эффективно, требуется искоренять причины этой проблемы. Относительно простым выходом из данной ситуации могло бы стать радикальное повышение цен на спиртные напитки, которое снизило бы их доступность. Важными социальными мерами на сегодняшний день остаются запреты на распитие спирта, высокая профилактическая и агитационная работа и др.

Хамула М.А., Мелехина О.В., Выскубова Е.Н., Бажина Т.П.

МЕДИЦИНА И ПЕДАГОГИКА КАК ИНСТРУМЕНТЫ ВОСПИТАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Кубанский государственный технологический университет,

г. Краснодар, Россия

Состояние здоровья подрастающих поколений – один из основных показателей благополучия современного общества и государства в целом. Анализ этих данных дает возможность понять не только сегодняшнюю ситуацию, но и дать прогноз на будущее. Трудовые ресурсы общества, экономическая стабильность, политическое благополучие, морально-нравственный уровень населения напрямую связаны с состоянием здоровья будущих матерей, детей, подростков, молодежи.

В настоящее время наше общество столкнулось с рядом проблем, вызванных изменением ритма и образа жизни, информационными и психическими перегрузками, переменами в принципах питания, экологическим загрязнением среды и т.д. Согласно данным официальной статистики и результатам эпидемиологических исследований, состояние здоровья современного общества намного хуже, чем предыдущих поколений. И оно будет продолжать ухудшаться, если уже сейчас не будут изменены в благоприятном направлении условия, влияющие на здоровье людей.

В 2006 году в России стартовал Приоритетный национальный проект «Здоровье», который на ряду с регионами получил применение и в Краснодарском крае. Так, губернатор Александр Ткачѐв объявил 2013 год на Кубани – годом здоровья.

Губернаторская стратегия «Будьте здоровы» включает в себя ряд программ: «Дни здоровья на Кубани», «Онкопатруль», «Кардиодесант. Пять миллионов здоровых сердец», «Стоп ДЫМ»,

«Кубань вне зависимости». Врачи краевого центра выезжают в районы края, консультируя жителей, помогая советом. Был приобретён фургон «Мобильный центр здоровья» — передвижной комплекс, который оснащен современным медицинским и диагностическим оборудованием. Благодаря этому комплексу получили консультацию свыше 6 000 жителей Краснодарского края. По проекту модернизации больницы и поликлиники закупают новое оборудование, помогающее в диагностике и лечении. В 2012 году, впервые внедренным первичным перинатальным скринингом было охвачено 71% беременных женщин, взятых на учет до 14 недель, что позволило выявить заболевания ещё не родившегося ребёнка, провести внутриутробную терапию. Ежегодно в образовательных учреждениях края проводятся профилактические медицинские осмотры сотрудников и учащихся, которые направлены на коррекцию, укрепление и сохранение здоровья. Вовремя оказанная медицинская помощь помогает предотвратить серьёзные проблемы в будущем.

В родильных домах и Перинатальных центрах Краснодарского края ведётся программа по внедрению и поддержанию принципов ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания».

Именно с рождения должна начинаться эта забота - забота о здоровье младенца. И политика грудного вскармливания, которая ведётся в крае, первый шаг к этой заботе. С молоком матери ребёнок получает всё самое необходимое, укрепляется его иммунитет. Но только родители должны серьёзно подойти к этому, потому что с молоком матери в организм ребёнка могут поступать и вредные вещества, если мать ведет неправильный образ жизни. Поэтому забота о здоровье - это круговая цепочка, где все звенья тесно связаны между

собой из поколения в поколение. Забота о здоровье начинается не с младенца, а с родителей, их образа жизни, их младенчества, а, следовательно, с родителей родителей и так по кругу.

Но вся эта стратегия не будет иметь смысла, если человек не будет заниматься своим здоровьем сам. К этому следует приучать с детства. Первое, на что стоит обратить внимание родителей – правильное питание. Сегодняшняя экология заставляет глубоко задуматься над тем, что мы едим, чем дышим, как живём. По данным статистики, многие женщины, находящиеся в репродуктивном возрасте, страдают бесплодием. В рамках краевой целевой программы «Лечение бесплодия у жителей Краснодарского края методами ВТР» осуществлено лечение 150 бесплодных пар. Это вызвано разными факторами, влияющими на развитие организма, поэтому педагогам надо уделять особое внимание здоровью детей и подростков, половой гигиене, здоровому питанию и отказу от вредных привычек.

Пропаганда здорового образа жизни среди молодёжи – очень сложный этап. В наше время не всегда удаётся уделять себе время. Отсюда и болезни, которые в дальнейшем мешают человеку. Очень много людей страдает профессиональными заболеваниями от постоянного напряжения нервной системы, работы с многофункциональной техникой, вредных и опасных производственных факторов, сидячего образа жизни. Вместе с прогрессом в нашу жизнь вошли малоподвижность и постоянная нехватка времени, что очень ярко выражено и в образовательных учреждениях. Большинство молодых людей практически не занимаются спортом, проводя время у телевизора и компьютера. Перспективно и своевременно введение в школах и ВУЗах дополнительных часов физической подготовки. Но этого будет мало, если человек с раннего детства не будет сам заботиться о своём

здоровье. Утренняя гимнастика и контрастный душ, получасовая пробежка по утрам и вечерам – уже дополнительный стимул к хорошему настроению и самочувствию. Здесь важную роль играет правильный подход педагога, чтобы ребёнок сам хотел заниматься спортом.

Актуальной проблемой на сегодняшний день является повышение материальной доступности спортивных кружков, секций для всех слоев населения. Но все вышеперечисленное не даст результата, если ребёнок не будет получать достаточного физического воспитания в семье.

Ещё один важный аспект в сохранении здоровья, в частности репродуктивного, это половое воспитание подростков. От того, насколько откровенен и равнодушен будет педагог, может многое зависеть. В том числе предупреждение о последствиях прерывания нежелательной беременности, которые могут привести к бесплодию, а так же профилактика заболеваний, передающихся половым путём. Важно, чтобы подросток понял, что его не осуждают, а пытаются помочь, чтобы он не пытался решить эту проблему сам, а пришёл к специалисту, зная, что ему помогут, поймут и выслушают. Очень важно иметь в штате медицинского психолога или социального работника.

В нашем крае строго следят за тем, что бы отгородить людей от вредных привычек. Так, в крае действует закон, запрещающий торговлю спиртными напитками до 11 часов утра, продажу алкогольной и табачной продукции лицам, не достигшим 18 лет. По городу висят плакаты в рамках губернаторской стратегии «Стоп-ДЫМ», по приказу министерства здравоохранения Краснодарского края рекомендуется поощрять сотрудников учреждений, которые отказались от курения, действуют дни отказа от курения.

Отдельно нужно отметить валеологическую культуру современного педагога. Валеология - это наука, в основе которой лежит здоровье человека, живущего в сложном и постоянно меняющемся мире, где он подвергается воздействию огромного количества параметров окружающей биосоциальной среды, наука, которая позволит человеку через систему определенного объема знаний, умений и навыков своевременно проводить индивидуальную профилактику здоровья, сохранять и укреплять общий его потенциал. Прежде всего, сам педагог должен заботиться о своём здоровье и на своём примере показывать подрастающему поколению всю важность этой проблемы.

Педагогическая валеология - это обучение и воспитание человека, который хочет быть здоровым в любом возрасте. Основу педагогической валеологии составляет валеологическое образование, валеологическое обучение, валеологическое воспитание, валеологические знания, валеологическая культура. Валеологическое образование учителя в современном обществе очень важно. Система образования, как было сказано выше, само по себе – фактор риска. В общей массе не всегда могут учитываться индивидуальные особенности ребёнка, некоторым детям тяжело выносить нагрузки, не всегда подходит общая методика преподавания, нужен индивидуальный подход, а так же следует ориентироваться на предупреждения нарушения здоровья. Для этого нужно корректировать преподавание материала, устраивать пятиминутный отдых, внеклассные мероприятия, беседовать с родителями на собрании. Через учебный материал показывать пример (например, А.В. Суворов, знаменитый полководец, гордость России, родился хилым и слабым, но благодаря закалке характера и здоровья добился потрясающих результатов). Но без личного примера воспитание

невозможно. Только личным примером можно дать понять подрастающему поколению, как важно беречь себя с детства. В наше время следует много внимания уделять подготовке учителя. Учитель, прежде всего, должен быть здоров морально, что бы ни словом, ни взглядом случайно не задеть детской души, которая только начинает формироваться, и очень уязвима.

Многие проблемы, в том числе связанные со здоровьем, мы захватили с собой из детства. Педагог должен быть чутким психологом, чтобы в нужный момент оказаться полезным, поддержать, помочь. Эта профессия – призвание, в ней не должно быть случайных людей. И, несомненно, учитель должен знать азы оказания первой медицинской помощи в экстренных ситуациях, постоянно совершенствовать свои знания, проходя курсы повышения квалификации, посещая конференции и семинары.

Современные технологии позволяют повышать свою квалификацию с помощью телеконференций, которые проходят по сети с возможностью задать вопросы лектору.

Медицина и педагогика в наше время должны сплотиться ещё больше, привлекая внимание специалистов других профессий. Руководителям следует стимулировать и поощрять тех, кто следует принципам охраны и пропаганды здорового образа жизни.

Современное общество состоит из разных слоёв населения. И здесь на помощь педагогам и медикам должны прийти социальные работники, которые будут работать с трудными подростками и их родителями, нельзя, что бы в стороне оставались органы внутренних дел и инспектора по работе с несовершеннолетними. Очень важно привлекать подростков в спортивные секции, дать возможность проявить себя, ведь большинство проблем происходит потому, что подростку нечем себя занять. А спорт - прекрасный досуг и

укрепление здоровья. В стороне не должна оставаться и администрация. Наиболее талантливых ребят определить в секции, найти возможность оплатить их занятия, если семье это недоступно.

Медицина и педагогика в наше время должны сплотиться ещё больше, чтобы воспитать у современных детей культуру здорового образа жизни. Здоровье будущих поколений в наших руках!

Литература:

1. Бруновт В. П. Методика обучения анатомии, физиологии и гигиене человека. - М, 2003. - 312 с.
2. Коробков А. В., Головин В. А., Масляков В. А. Физическое воспитание. - М.: Высш.школа, 2005. - 212 с.
3. Куценко Г.И., НовиковЮ.В. Книга о здоровом образе жизни. - С-Пб, 2005. - 122 с.
4. Ленсгафт П.Ф. Избранные сочинения. - М.: «Педагогика», 2004. - 535 с.
5. Тубчинова В. С. Проблема формирования здорового образа жизни среди молодежи // Сборник научных трудов. Серия «Общественные науки». Вып. 7. Том 1.- Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2003.- С.158-162

Харченко А.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ К ЗДОРОВЬЮ

*Полтавский национальный педагогический университет имени В.Г.Короленко,
Полтава, Украина*

Здоровье определяется психологами как основополагающая ценность, без которой невозможна полноценная реализация личности [1, 3, 4, 5, 6, 8]. Поэтому важным направлением реформирования современного образования в Украине является обеспечение в общеобразовательных учреждениях таких условий обучения и воспитания, которые способствуют сохранению психологического здоровья школьников. И.Д. Бех [2] считает, что современное образование должно быть направлено на развитие самоосознания внутреннего мира личности, содержательной характеристики ее ценностной системы –ориентировано на личность.

Мы понимаем ценностное отношение к здоровью, за Т.В.Белинской [1], как внутреннюю позицию человека, которая отражает различные его связи с факторами среды обитания, влияющими на здоровье в целом и его отдельные аспекты – физический, психический, эмоциональный, интеллектуальный и духовный, имеют личностную и (или) социальную значимость. Также ценностное отношение к здоровью предполагает высокую субъективную значимость здоровья и его осознание как предпосылки реализации собственных жизненных задач [5].

По мнению Т.В.Белинской, психологическая сущность процесса развития ценностного отношения к здоровью заключается в многократном повторении последовательных изменений на уровне сознания и поведения личности: изменения в подструктурах сознания, определяющих поведение; изменение состояния организма на эмоциональном уровне; осознание собственного состояния и поиск его причин; позитивное изменение отношения к здоровью; позитивное изменение поведения в области здоровья; использование новых позитивных способов поведения; превращение новых способов поведения в привычные [1].

Особенно актуальна проблема ценностного отношения к собственному здоровью в подростковом возрасте, поскольку этот период характеризуется важными биологическими и психологическими изменениями.

В течение подросткового возраста происходит переоценка ценностей, выстраивание их в иерархию. Этот процесс сопровождается такими психологическими новообразованиями, как появление рефлексии – повышенного внимания к собственному внутреннему миру, формирование таких доминант: эгоцентрической (интереса подростка к собственной личности),

доминанты дали (установки подростка на значительные масштабы, которые для него более субъективно приемлемы, чем сегодняшние), доминанты усилия (тяги к сопротивлению, преодолению, волевым напряжениям, которые иногда проявляются в упрямстве, хулиганстве, борьбе против воспитательного авторитета, протеста и т.п.), доминанты романтики (стремления к неизвестному, рискованному, к приключениям, героизму) [7].

Критериями проявления ценностного отношения к здоровью у детей подросткового возраста являются: осознание здоровья как общечеловеческой ценности, потребность в его сохранении и укреплении, степень осведомленности или компетентности в сфере здравоохранения, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни, проявление ценностного отношения к здоровью в поведении, деятельности и общении учащихся, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья [3].

Для изучения особенностей ценностного отношения к здоровью у подростков нами было проведено эмпирическое исследование, в ходе которого применялись следующие методики: “Отношение к здоровью” Березовской Р.А., “Ценностные ориентации” Рокича М., “Анкета для родителей” Кабаевой В.М. Исследование проводилось на базе Решетилковского художественного профессионального лицея (Полтавская область). В нем приняли участие 70 подростков (35 мальчиков и 35 девочек) пятнадцати лет.

Результаты исследования по методике “Отношение к здоровью” Березовской Р.А. позволяют определить особенности компонентов отношения подростков к здоровью. Анализируя когнитивный компонент отношения, следует отметить, что подростки понимают здоровье как состояние, которое состоит из физического (50,0%),

психического (18,6%), ценностного (21,4%) и социального (10,0%) компонентов. Так, в большинстве случаев здоровье рассматривается как физическая составляющая. Причем девочки чаще мальчиков считают здоровье главной ценностью, а также называют критерии психического и социального здоровья. Как источники информации о здоровье большое влияние на подростков оказывают друзья и знакомые (35,7%), меньшее – средства массовой информации (10,0%) и врачи (10,0%). Источниками информации о здоровье для девочек являются, в основном, газеты и журналы, для мальчиков – друзья и знакомые. Наименьшее значение при этом для девочек имеют врачи, для мальчиков – газеты и журналы, а также средства массовой информации (радио, телевидение). Наиболее важным фактором здоровья подростки считают особенности питания (27,1%), менее важными – качество медицинского обслуживания (5,7%) и профессиональную деятельность (5,7%). Важнейшими факторами здоровья для девочек являются особенности питания, а для мальчиков – забота о собственном здоровье. Наименьшее значение при этом для девочек имеет забота о собственном здоровье, для мальчиков – профессиональная деятельность и образ жизни.

В эмоциональном компоненте отношения наиболее выраженным переживанием подростков в благополучном состоянии здоровья является внутреннее удовлетворение (24,3 %), менее – радость (2,9%). Сильным переживанием мальчиков в благополучном состоянии здоровья является внутреннее удовлетворение, девочек – возможность чувствовать себя свободно. Наименее выраженной, как у мальчиков, так и у девочек, является радость. Также мальчики почти не переживают в благополучном состоянии здоровья счастья, девочки – спокойствия. Наиболее выраженным переживанием подростков в случае ухудшения состояния здоровья является спокойствие (17,1%),

наименее – стыд (1,4%). Более сильным переживанием мальчиков в случае ухудшения состояния здоровья является обеспокоенность и нервозность, девочек – спокойствие. Как у мальчиков, так и у девочек, наименее выражена радость. Также мальчики почти не переживают в случае ухудшения состояния здоровья стыда, тогда как у девочек его вообще не было обнаружено. Таким образом, анализ результатов исследования эмоционального компонента позволяет сделать вывод об оптимальном уровне тревожности в отношении своего здоровья, однако, подростки не умеют радоваться благополучию в состоянии здоровья.

Анализируя ценностно-мотивационный компонент отношения к здоровью, выявлено, что наиболее важной ценностью подростков, как мальчиков, так и девочек, является “материальное благополучие” (30,0%), наименее – “интересная работа” (8,6%). Также мальчики почти не придают значения таким ценностям, как “счастливая семейная жизнь” и “здоровье”, а девочки – ценности “признание и уважение окружающих”. Таким образом, значимость здоровья в иерархии ценностей подростков не достигает высокого уровня, однако у девочек она несколько выше. Наиболее весомым фактором успеха для подростков является материальный достаток (31,4%), наименее – способности (4,3%), настойчивость и трудолюбие (4,3%). Причем важный фактор успеха для девочек – нужные связи, а для мальчиков – материальный достаток. По мнению мальчиков, меньше способствует успеху здоровье и настойчивость, трудолюбие, по мнению девочек, – способности. Результаты исследования показали, что здоровье почти не рассматривается подростками как фактор, способствующий достижению жизненного успеха. Однако большее количество девочек, чем мальчиков считает его таким. Веской причиной недостаточной заботы подростков о здоровье является его хорошее состояние

(25,7%), наименее значимыми – недостаток силы воли (4,3%) и незнание способов поддержания здоровья (4,3%). Наиболее весомой причиной недостаточной заботы о здоровье у девочек является отсутствие компании, а у юношей – его хорошее состояние. По мнению мальчиков, наименее важной причиной недостаточной заботы о здоровье есть незнание способов его поддержки, по мнению девочек, – хорошее состояние здоровья.

В поведенческом компоненте отношения наиболее важным способом поддержания здоровья является избегание вредных привычек (18,5%), наименее – посещение сауны (1,4%) и практикование специальных оздоровительных систем (1,4%). Наиболее важным способом поддержания здоровья мальчиков является избегание вредных привычек, девочек – слежение за собственным весом. Следует отметить, что у девочек такие способы поддержания здоровья, как посещение сауны и практикование специальных оздоровительных систем (йоги, китайской гимнастики и т.д.) вообще не обнаружены. Кроме этого для девочек не является важным закаливание. Большая часть подростков в случае ухудшения здоровья обращается к врачу (54,3%), незначительная – старается не обращать на такое состояние внимания (5,7%). Большинство мальчиков в случае ухудшения здоровья используют самостоятельные меры, исходя из своего прошлого опыта, девочки – обращаются к врачу. Наименьшее количество, как девочек, так и мальчиков, старается не обращать внимания, если здоровье ухудшается.

Анализ результатов по методике “Ценностные ориентации” Рокича М. показал, что в системе терминальных ценностей подростков здоровье не занимает первых мест. Терминальными ценностями, которые доминируют у мальчиков и девочек подросткового возраста, является “материально обеспеченная жизнь”

($\bar{x} = 3,8$) и “наличие хороших и верных друзей” ($\bar{x} = 6,3$). Кроме этого у девочек такими ценностями являются “уверенность в себе” ($\bar{x} = 5,4$), “здоровье” ($\bar{x} = 5,7$), “красота природы и искусства” (5,8), “любовь” ($\bar{x} = 6,2$) и “счастливая семейная жизнь” ($\bar{x} = 6,8$), а у мальчиков – “свобода” ($\bar{x} = 6,0$), “общественное признание” ($\bar{x} = 6,5$) и “активная деятельная жизнь” ($\bar{x} = 6,6$). Наименее значимыми терминальными ценностями, как у девочек, так и у мальчиков, является “продуктивная жизнь” ($\bar{x} = 13,5$) и “интересная работа” ($\bar{x} = 16,1$). Однако у девочек такой ценностью является еще и “счастье других”, а у мальчиков – ценности “счастливая семейная жизнь”, “любовь”, “развитие” и “творчество”.

В системе инструментальных ценностей подростков наиболее значимыми являются “независимость” ($\bar{x} = 3,3$), “жизнерадостность” ($\bar{x} = 5,4$) и “смелость в отстаивании собственного мнения, взглядов” ($\bar{x} = 6,1$). Наименее значимы для подростков – “самоконтроль” ($\bar{x} = 13,3$) и “терпимость” ($\bar{x} = 16,2$). Инструментальной ценностью, которая доминирует у мальчиков и девочек подросткового возраста, является “независимость”. Кроме этого у девочек важные ценности – “смелость в отстаивании собственного мнения, взглядов” и “образованность”, а у мальчиков – “жизнерадостность”. Наименее значима инструментальная ценность, как для девочек, так и для мальчиков, – “терпимость”. Однако у мальчиков такими ценностями являются еще “рационализм”, “широта взглядов” и “самоконтроль”.

Исходя из результатов, полученных с помощью методики “Анкета для родителей“ Кабаевой В.М., можно констатировать, что для родителей подростков важными являются дети (100%), здоровье (95,7 %), семья (88,6%), хорошие и верные друзья (72,9%), карьера (65,7%), любовь (65,7%), личностный рост (64,3%), общение с природой (62,9 %) и материальное благополучие (41,4%). Причем для

большого количества родителей мальчиков оказались важнее материальное благополучие и личностный рост, чем для родителей девочек. Для большого количества родителей девочек важнее общение с природой и любовь, чем для родителей мальчиков.

По мнению родителей, девочки больше, чем мальчики, соблюдают режим дня, ложатся спать раньше, не имеют вредных привычек, больше осознают проблемы с собственным здоровьем (если они появляются).

С целью искоренения вредных привычек детей, по мнению родителей подростков, нужно больше времени уделять ребенку, формировать представления о последствиях вредных привычек, а также показывать положительный личный пример.

Таким образом, ценностное отношение подростков к здоровью определяется сформированностью его компонентов. Существуют как похожие, так и отличительные признаки в ценностном отношении мальчиков и девочек подросткового возраста к здоровью, которые проявляются в его структурных компонентах (когнитивном, эмоциональном, мотивационном и поведенческом). Значимость здоровья в системе ценностей подростков не достигает высокого уровня. Однако в системе ценностей девочек подросткового возраста здоровье более значимо, чем мальчиков. Формирование каждого компонента ценностного отношения подростков к здоровью предполагает использование комплекса педагогических и психологических мероприятий. Перспективными направлениями в исследовании данной проблемы нам видится как изучение ценностного отношения к здоровью школьников на протяжении всего периода обучения в лицее, так и разработка программ его формирования.

Литература:

1. Белинская Т.В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуз : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.07 “Педагогическая психология” / Т.В. Белинская. – Москва, 2005. – 18 с.
2. Бех І.Д. Особистісно зорієнтоване виховання : [науково-методичний посібник] / І. Д. Бех. – К. : ІЗМН, 1998. – 204 с.
3. Вахрушева Е. В. Ценностное отношение к здоровью и его формирование у подростков [Электронный ресурс] / Е.В.Вахрушева // Молодежь и наука: сборник материалов VIII Всероссийской научно – технической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, посвященной 155 – летию со дня рождения К.Э.Циолковского / отв. Ред. О.А.Краев. – Красноярск : Сибирский федеральный университет, 2012. – Режим доступа : <http://conf.sfu-kras.ru/sites/mn2012/section13.html>
4. Кабаева В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков : дис. ... кандидата психол. наук : 19.00.07 / Кабаева Валентина Михайловна. – М., 2002. – 280 с.
5. Клушина Н. П. Исследование ценностного отношения к здоровью у студентов вузов / Н.П. Клушина, В. А. Соломонов // Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета. – 2009. – № 2 (19). – С. 75 – 79.
6. Масалова О.Ю. Характеристика сформированности ценностного отношения студентов к здоровью в образовательном процессе вуза / О.Ю.Масалова // Автономия личности. – 2011. – № 1 (3). – С. 76 – 81.
7. Обухова Л. Ф. Детская (возрастная) психология : [учебник] / Л. Ф.Обухова. – М. : Российское педагогическое агентство, 1996. – 374 с.
8. Прокопенко А. А. Некоторые особенности отношения к здоровью в подростковом возрасте / А.А.Прокопенко // Известия российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2009. – № 112. – С. 289 – 293.

Шапиева А.В.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЛИТИЧЕСКОГО ПИАРА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

В связи с демократическими преобразованиями в России, процессами децентрализации власти, становлением и развитием политической жизни в регионах крайне актуально изучение особенностей как федерального, так и регионального политического пиара.

Точное и исчерпывающее определение PR дать крайне сложно из-за широты целей и действий, охватываемых этим понятием. Поэтому до сих пор нет четкой общепринятой формулировки.

Например, Институт общественных отношений в Великобритании считает, что «пиар» – это планируемые, продолжительные усилия, направленные на создание и поддержание доброжелательных отношений и взаимопонимания между организацией и ее общественностью, где под «общественностью» понимаются работники данной организации, ее партнеры и потребители ее продукции.

Наиболее лаконичное определение пиара, предложенное английским социологом С. Блэком, гласит: «Пиар – искусство и наука достижения гармоний посредством взаимопонимания, основанного на правде и полной информированности»

Важной составляющей частью связей с общественностью является политический PR. Политический PR – это связи с общественностью, актором которых является политический субъект. На сегодняшний день данный вид пиара используется политическими партиями.

Основой успешной политической партии или отдельного политика является эффективная коммуникация со средствами массовой информации. В настоящее время мощнейшим инструментом политической пиар деятельности является СМИ. Они позволяют политическим объединениям напрямую или косвенно влиять на общественное мнение, что играет немаловажную роль в политической борьбе.

Важную роль в формировании политического пиара в России сыграли историческое развитие страны и политические взгляды ее руководителей. Что, в свою очередь, повлияло на использование пиара политическими партиями, так как в период противостояния коммунистическим странам не могло быть и речи о заимствовании у стран Запада не только технологии политического пиара, но и самого

понятия «пиар». Также это привело к тому, что политические партии в современной России еще очень слабы и неструктурированы. Они функционируют в виде протопартий, не укорененных в обществе. Политические партии стараются любыми способами привлечь к себе внимание населения как потенциальных избирателей, используя политический пиар как метод воздействия на восприятие электоратом их деятельности, идеологии, стремлений.

Пиар в деятельности политических партий – это совершенно новое, бурно развивающееся направление деятельности, поскольку именно при помощи пиар-технологий так называемым политическим партиям удается собирать голоса избирателей в свою поддержку.

Особенно важной задачей служб пиара в политических партиях и общественно-политических движениях современной России является поиск и определение своей социальной базы, поддержание постоянных связей с ней, отслеживание изменений в ее настроении и взглядах на текущую политическую ситуацию.

Стремительное развитие политической жизни происходит не только по России в целом, но и в субъектах Российской Федерации. Политический PR в каждом регионе имеет свои особенности. Не являются исключением отдаленные регионы страны, такие как Забайкальский край.

Следует отметить, что Забайкальский край имеет ряд исторически сложившихся специфических особенностей:

- слабая заселенность территории Забайкальского края;
- приграничное положение региона и связанное с этим развитие торговли с соседними государствами (Китай, Монголия);
- экономическая зависимость от Центра;
- многонациональность и многоконфессиональность края;

- недостаточное развитие сельского хозяйства в связи с климатическим и географическим положением;
- особый исторически сложившийся менталитет жителей Забайкальского края (край ссыльных и каторжников).

Выше перечисленные особенности оказывают прямое влияние на проведение избирательных кампаний региональных отделений политических партий.

В Забайкальском крае, как и в большинстве регионов России, наблюдается низкая активность избирательной кампании. Наблюдается слабый интерес общественности к выборам или общее недовольство избирательной кампанией. Политическая составляющая избирательной кампании продолжает оставаться в основном негативной.

В 2011 году на базе кафедры социологии организаций ЗабГУ было проведено социологическое исследование, по подобной теме, анализируя результаты предполагаем, что политический пиар в Забайкальском крае находится на стадии становления, причем развивается только одно направление – взаимодействие со средствами массовой информации. В то время как процесс взаимодействия политических партий с населением организован крайне слабо.

Можно выделить следующие региональные особенности политического пиара:

- на специфику проведения политических пиар-кампаний в Забайкальском крае оказывают влияние исторически сложившиеся психологические особенности населения, выражающиеся в повышенной оппозиционности к власти и к прагматичному отношению к личным качествам политических деятелей;

- специалисты по связям с общественностью региональных отделений политических партий пассивны и не имеют постоянной связи с населением края;

- отсутствие четко разработанных программ пиар-кампаний как с базовым электоратом, так и с другими слоями населения края;

- региональные отделения политических партий не в полной мере используют имеющиеся каналы связей с общественностью в Забайкальском крае;

- пиар-деятельность региональных отделений политических партий не имеет четко выраженных различия для населения Забайкальского края.

Для решения вышеизложенных проблем, на наш взгляд необходимо:

- развивать взаимодействие специалистов по связям с общественностью региональных отделений политических партий с населением края, в связи с тем, что население не обладает полной и достоверной информацией о политической ситуации в регионе и стране в целом;

- совершенствовать не только методы дискуссий, но и методы проведения партийных пиар-кампаний, а также политических мероприятий в регионе, делать их более разнообразными и привлекательными для потенциальных избирателей, более широко применять методы политических презентаций, встреч с населением, пресс-конференций, брифингов, а также организовать работу по конкретной помощи нуждающимся людям, в том числе помощи юридической и правозащитной;

- разрабатывать программы пиар-мероприятий в отношении базовых слоев партийного электората, а также слоев населения, не входящих в базовый электорат; специалистам по связям с

общественностью региональных отделов партий следует разработать программы по работе с населением отдаленных районов Забайкальского края, наладить более тесные отношения с представителями районных СМИ, предоставлять им для распространения свои партийные издания и другие политические материалы;

– в полной мере использовать такие каналы связей с общественностью, как телевидение, печатные агитационные материалы, печатные издания и личные встречи с населением;

– формировать специфический и узнаваемый населением края имидж регионального отделения партии.

Шахова Д.О.

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ КИТАЙСКОЙ ТРАДИЦИОННОЙ ПРАКТИКИ ТАЙЦЗИЦЮАНЬ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Забайкальский государственный университет, Чита, Россия

Сегодня границы и барьеры между государствами уходят в прошлое, тем самым открывая огромные перспективы сотрудничества между странами всего мира. Государства активно развивают свое сотрудничество в технологической, энергетической, культурной, медицинской и других сферах.

Приграничные регионы имеют определенные преимущества в установлении контактов, развитии сотрудничества в различных сферах, популяризации культуры страны-соседа на своей территории. Приграничный регион должен в первую очередь находить выходы от соседства с другим государством, развивать контакты, перенимать опыт и внедрять новое, подавая пример другим регионам. Таким приграничным регионом является и Забайкальский край. Нашим соседом является одна из интереснейших стран мира – Китай.

Сегодня – на фоне усиления роли Китая на мировой арене – В России существует довольно высокий интерес к китайской культуре. По мере углубления связей между Китаем и Россией расширяется их культурный обмен. В России все популярнее становится китайский язык, китайская кухня, китайские традиционные практики.

Так одной из самых популярных практик в Китае, но пока еще не получившей свое развитие в России, является китайская оздоровительная гимнастика – Тайцзицюань. Это такой вид спорта, который без большой физической нагрузки способствует укреплению здоровья. Тайцзицюань в переводе означает «Кулак Великого Предела» - это китайское боевое искусство, сочетающее в себе оздоровительную практику тела и духа, основанное на мировоззрении восточных мудрецов. Тайцзицюань состоит из плавных медленных движений, которые должны выполняться в состоянии расслабленности. Популярно как гимнастика, направленная на восполнение энергетических запасов. Тайцзицюань ценится прежде всего как универсальная оздоровительная система, позволяющая человеку в движениях развивать одновременно сознание и тело. Такая гимнастика является эффективным средством лечения Тайцзицюань подходит не только молодым, но и пожилым людям, женщинам, работникам умственного труда и даже больным и хилым. Упорно тренируясь можно вылечить целый ряд болезней: неврастению, невралгию, гипертонию, болезни сердца, желудочно-кишечные заболевания, болезни легких и почек, ревматизм ног, повреждение поясницы, артрит, сахарный диабет, внутренний геморрой и другие хронические заболевания.

Занятия Тайцзицюань повышают жизненные силы организма, укрепляют нервную систему. Двигательные комплексы, в которые человек вовлечен и физически, и ментально, отлично способствуют

обретению большей внутренней цельности. При этом спокойная совместная работа разума и дыхания ведёт тело через непрерывный поток расслабленных движений, который является особенностью стиля.

Тайцзицюань широко практикуется в больницах, санаториях и стала одним из основных методов комплексного лечения в Китае. Сегодня в России такая гимнастика набирает популярность. По всей стране открываются центры восточных традиционных практик, врачи в больницах, оздоровительных центрах вводят тайцзицюань в программу оздоровления своих пациентов.

Забайкальский край является приграничной территорией, обладающей большими возможностями для сотрудничества с Китаем, чем другие регионы. Однако в крае не практикуют подобный способ оздоровления и поддержания здоровья. Хотя в крае есть большое количество санаториев, оздоровительных центров, больниц, которые могли бы сотрудничать с Китаем, с целью внедрения китайских традиционных практик в программы оздоровления своих пациентов. Это был бы большой шаг в развитии сотрудничества не только в области культуры и медицины но и повысило бы уровень популярности здорового образа жизни среди населения Забайкальского края.

Шебеко Л.Л., Сергеюк О.П., Апанович А.П..

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Полесский государственный университет, Пинск, Беларусь

Осанка представляет собой важный комплексный показатель состояния здоровья и гармоничного развития ребёнка. Правильная осанка обеспечивает оптимальное положение и нормальную деятельность внутренних органов, создавая наилучшие условия для деятельности всего организма в целом [2].

В последние десятилетия отмечается угрожающее увеличение числа детей и подростков как с нарушением осанки, так и со сколиозом. Во многом это проблема со-временного школьного образования, т.к. три четверти всех сколиозов приходится на возраст 8-14 лет. Это связано, в первую очередь, с возрастающей гиподинамией – недо-статочным объемом двигательной активности, совпадающим с периодом активного ро-ста детей[1]. Сколиоз так же может быть обусловлен слабым и негармоничным разви-тием мышечного корсета, длительным пребыванием в неудобных позах в привычных положениях лежа, сидя, при ходьбе, а также приобретенными или врожденными нару-шениями опорно-двигательного аппарата [4].

Дефекты осанки и сколиоз приводят к недостаточной подвижности грудной клетки и диафрагмы, к снижению рессорной функции позвоночника, уменьшению ко-лебания внутригрудного и внутрибрюшного давления, что отрицательно сказывается в первую очередь на деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Эти из-менения сопровождаются снижением приспособительных возможностей организма, ослаблением его, ухудшением сопротивляемости к неблагоприятным воздействиям окружающей среды, снижением трудоспособности человека. Предупредить возникно-вение нарушений осанки легче, чем проводить работу по ее исправлению. Только об-щими усилиями воспитательного учреждения, семьи, при активном участии и контроле медицинского

персонала можно добиться формирования правильной осанки у детей [2].

В связи с этим актуальна проблема создания системы коррекционно-оздоровительной работы с данным контингентом, важным звеном которой является лечебная физкультура. При физической нагрузке происходит адаптация всех систем организма, и в первую очередь – сердечно-сосудистой системы. Сердце ребенка нуждается в постоянной адекватной нагрузке для правильного развития. Сердечная мышца тренированного человека с каждым ударом посылает в кровеносные сосуды значительно больше крови, чем у лиц, не занимающихся физическими упражнениями [3]. Физические нагрузки способствуют изменению и дыхательной системы ребёнка. При выполнении физического упражнения организм требует больше кислорода, ребенок полной грудью вдыхает воздух и также глубоко выдыхает. Физические упражнения, усиливая дыхание, хорошо вентилируют легкие и предохраняют от заболеваний легких, которые часто возникают у детей со сколиозом как осложнение при патологии позвоночника [5].

Цель исследования – оценить состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы у детей со сколиозом в процессе реабилитационных мероприятий с помощью средств ЛФК.

Исследование проводилось на базе «Пинского диспансера спортивной медицины». В нём приняло участие 40 детей 1997-2000 г.р., имеющих диагноз «сколиоз 1-2 степени». Программа реабилитации включала в себя общеразвивающие и специальные упражнения, которые оказывали тренирующее воздействие на организм детей. Занятия проводились 5 раз в неделю, средняя посещаемость составила 3-4 раза. Исследование проводилось с сентября 2012 г. по февраль 2013 г.

Результаты и их обсуждение. Реакцию сердечно-сосудистой системы на нагрузку и физическую работоспособность детей оценивали при помощи пробы Руффье. До курса реабилитации индекс пробы Руффье составил $11,6 \pm 0,1$; $t_{Кр} = 2,1$ ($P \leq 0,05$), что находится в диапазоне от 10 до 15 и является показателем слабой приспособляемости к физическим нагрузкам, через 6 месяцев реабилитации индекс пробы Руффье составил $8,1 \pm 0,1$; $t_{Кр} = 2,88$ ($P \leq 0,01$), что находится в диапазоне от 5 до 10 и является хорошими показателями по критерию оценки индекса Руффье ($t_{Эмп} = 5,6$).

Для оценки функционального состояния дыхательной системы использовались пробы Штанге и Генчи. До курса ЛФК результаты пробы Штанге составили $30,88 \pm 0,86$ с, в последний день курса ЛФК результаты пробы Штанге составили $38,82 \pm 0,86$ с, ($P < 0,05$), что на 21,5% лучше по сравнению с первоначальными показателями ($t_{Эмп} = 2,5$). Результаты пробы Генчи до начала курса ЛФК составили $24,35 \pm 0,54$ с, через 6 месяцев занятий лечебной физкультурой $31,41 \pm 0,75$ с, ($P < 0,05$), что на 23,4% лучше, чем до курса ЛФК ($t_{Эмп} = 2,4$). Результаты представлены в таблице.

Результаты функциональных проб

Таблица Показатели	До начала курса ре-абилитации	Через 6 месяцев ре-абилитации	$t_{Эмп}$, р
Проба Руффье	$11,6 \pm 0,1$	$8,1 \pm 0,1$	$5,6$ ($P \leq 0,01$)
Проба Штанге (с)	$30,88 \pm 0,86$	$38,82 \pm 0,86$	$2,5$ ($P \leq 0,05$)
Проба Генчи (с)	$24,35 \pm 0,54$	$31,41 \pm 0,75$	$2,4$ ($P \leq 0,05$)

Выводы:

1. Систематические занятия ЛФК оказывают как тренирующий эффект на сердечно-сосудистую систему, что улучшает в целом функциональное состояние организма, так и позволяют получить специфическое воздействие целенаправленно подобранных упражнений для компенсации нарушений осанки.

2. Использование специальных дыхательных упражнений способствует усилению дыхательной, в первую очередь экспираторной мускулатуры, увеличивая подвижность грудной клетки и диафрагмы, вспомогательной дыхательной мускулатуры (мышцы брюшного пресса, спины и шеи), способствует улучшению лимфо- и кровообращения, повышению жизненной емкости легких и других функциональных показателей дыхания.

Литература:

1. Амосов, В. Н. Искривление позвоночника. Сколиоз у детей и взрослых. / В. Н. Амосов — Москва, Вектор, 2010 г. - 128 с.
2. Бурмистрова, Н. И. Для формирования правильной осанки / Н. И. Бурмистрова // Физическая культура в школе. - 2008. - №10. - С. 52-54.
3. Дубровский, В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия) : Учеб.для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд. стер. / В.И. Дубровский - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 608с.: ил.
4. Кириллов, А. И. Сколиоз. Эффективное лечение и профилактика. / А. И. Кириллов — Москва, АСТ, Сова, ВКТ, 2008 г. - 128 с.
5. Сидоров, А.П. Дыхательная гимнастика у детей и подростков с различными нарушениями осанки (при занятиях спортом) / А. П. Сидоров, В. А. Силуянова, Н. М. Красненкова // Вестник спортивной медицины России. - 1997. - №2(15). - С. 96.

Шебеко Л.Л., Власова С.В., Василец В.В., Германович Л.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЯХ У ЖЕНЩИН 30-45 ЛЕТ

Полесский государственный университет, г. Пинск, Беларусь

В современном обществе вследствие ухудшения состояния окружающей среды, изменения условий труда и отдыха, режима и качества питания значительно снизился уровень физического и психического состояния здоровьелюдей.

Быстрый темп современной жизни оказывает негативное влияние на функционирование организма, его физиологическое состояние, особенно, на психоэмоциональную сферу человека, приводя к развитию стресса, появлению депрессии и других

негативных нервно-психических состояний. Изменившийся характер жизни резко сократил двигательную активность, что также привело к росту различных психосоматических расстройств. Именно поэтому задача сохранения и укрепления здоровья, улучшение психоэмоционального состояния населения физкультурно-оздоровительными средствами, остается на сегодняшний день приоритетной.

Категорией населения, наиболее подверженной стрессам, депрессиям и другим психоэмоциональным расстройствам, являются женщины среднего возраста. Причиной этого служат условия как социального, так и материального характера (возраст, материнство, работа, семейно-бытовые проблемы и т.д.). В возрасте 30-45 лет начинают появляться признаки старения организма, что может проявляться снижением работоспособности, изменением состава и массы тела, возникновением хронических заболеваний, что в свою очередь приводит к снижению самочувствия, настроения, творческой активности. Поэтому женщины среднего возраста как категория, наименее вовлеченная в физкультурно-оздоровительный процесс, нуждается в систематических занятиях с использованием различных оздоровительных методик[1, с. 3-4].

Распространенной формой занятий для лиц среднего возраста являются занятия в физкультурно-оздоровительных группах, направленные на повышение работоспособности, улучшение состояния всех систем и функций организма. Однако задачи улучшения психоэмоционального состояния, улучшения настроения и самочувствия в условиях этих занятий на наш взгляд решены ещё не достаточно.

Актуальность проблемы обусловлена наличием противоречий между низким уровнем психоэмоционального здоровья женщин и

необходимостью их приобщения к регулярным занятиям оздоровительными методиками; недостаточной разработанностью теоретических и методических вопросов проведения физкультурно-оздоровительных занятий с использованием методик улучшения как психоэмоционального, так и физического здоровья. Следовательно, проблема поиска путей повышения эффективности занятий оздоровительной направленности и улучшения психологического состояния и здоровья женщин среднего возраста является достаточно актуальной.

В настоящее время всё большее применение для коррекции негативного психоэмоционального состояния находят психодинамические методы, к которым относится, например, арт-терапия, одним из направлений которой является танцевально-двигательная терапия. Танцевально-двигательная терапия представляет собой вид психотерапии, использующий танец и движение для развития социальной, когнитивной, эмоциональной и физической сфер личности.

Применение танцевально-двигательных методов в психологической работе обусловлено повышенным интересом людей к различным видам танца (спортивные, модерн, фламенко, танго, танец живота и др.). За последние годы значительно выросло число психологов, психотерапевтов, использующих в своей практике различные виды танца, танцевально-двигательные методы и их составляющие[4, с. 5].

Танцевально-терапевтические приемы, благодаря сочетанию психотерапии и танца, способствуют избавлению от тревожности, беспокойства, неуверенности, позволяют раскрыть индивидуальность, повысить уровень самооценки и уверенности в себе. Социально-психологические характеристики влияния метода танцевально-

двигательной терапии на личностные особенности и межличностные коммуникации позволяют грамотно использовать танец в социальной, социально-психологической и коррекционной работе[2, с. 12].

Метод танцевальной терапии универсален, он позволяет работать с людьми всех возрастов, используя возможности как групповой, так и индивидуальной форм работы. Методика танцевальной терапии направлена на освоение различных способов расслабления, развитие артистического, эмоционального и двигательного поведения, высвобождение подавляемых эмоций, избавление от страха перед аудиторией, положительное восприятие себя и ощущение личностной свободы, осознание и принятие своего тела, сплочение коллектива, коррекцию отношений в группе[3, с. 34].

В современной танцевальной терапии находят применение самые разнообразные танцевальные стили, выбор которых обусловлен психологическими проблемами, так, например, для решения задачи социальной адаптации можно использовать бальные танцы: вальс, танго, фокстрот, буги-вуги. В танцевальной терапии не рекомендуется применять сложно-координационные приемы или шаги, трудно поддающиеся обучению, движения не должны препятствовать полной свободе движений, занимающийся не должен бояться выполнить движение не верно[4, с. 25].

Танцевальная терапия как невербальная психотерапия не находит достаточно широкого применения в нашей стране, в то время как за рубежом этот метод коррекции и реабилитации начал использоваться с 40-х годов прошлого века.[3, с. 5]. В научных исследованиях вопросы применения танцевально-двигательной терапии в физкультурно-оздоровительных группах отражены незначительно и не находят своего должного рассмотрения и применения.

Танцевально-двигательная терапия включает в себя несколько разных направлений: медицинское— танцетерапия как разновидность физической культуры, лечебной гимнастики, шейпинга, техникиПилатеса и т.д.;нью-эйджевское— экстатический танец, танец-медитация и т.д.;психологическое— танцевальные техники в контексте тренингов личностного развития, групповой и индивидуальной терапии[5, с. 6]. Исходя из вышесказанного, мы считаем, что в комплексе физкультурно-оздоровительных занятий для коррекции психоэмоционального и физического состояния, танцевальная терапия может занять достойное место как невербальная психотерапия танцем и движением. В нашей работе будут применены сочетания указанных направлений при составлении комплексной методики физкультурно-оздоровительных занятий.

Целью исследования стала разработка комплексной методики с использованием танцевально-двигательной терапии, как для оздоровления организма, так и улучшения психоэмоционального состояния женщин зрелого возраста.

Исследование проводится на базе спорткомплекса Полесского государственного университета (г.Пинск, Беларусь). Исследование проводилось с сентября 2010 года по май 2011 года. Была проведена диагностика ситуативного и долговременного психологического состояния женщин с помощью цветового теста М. Люшера (в адаптации Л. Собчик); определены контрольная и экспериментальная группы; в физкультурно-оздоровительный процесс включены танцевально-терапевтические методики.

В качестве основной группы (ОГ) были определены женщины, посещающие „группу здоровья” (возраст от 30 до 45 лет), изъявившие желание заниматься танцевально-двигательной терапией; в качестве контрольной (КГ) – женщины, посещающие ”группу

здоровья“, но не занимающиеся танцевально-терапевтическими упражнениями.

Определение психоэмоционального состояния женщин с помощью восьмицветового теста М. Люшера проходило в начале занятий и через четыре месяца занятий в группах «здоровья». К концу первого периода исследования обнаружены изменения в изучаемых показателях, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сравнительный анализ показателей психоэмоционального состояния в контрольной и основной группах

Эталон нервно-психического благополучия		Нормальное психоэмоциональное состояние (основные цвета на первых пяти местах)		Состояние тревоги (один из основных цветов стоит на последних трех местах)		Состояние тревоги (цвета 0,6,7 занимают одну из трех первых позиций, ни в одной из последних трех позиций нет основных цветов)		Негативное отношение к жизни (присутствие цветов 0,6,7 в начале цветочного ряда)	
В начале первого этапа исследования									
ОГ	5%	ОГ	40%	ОГ	30%	ОГ	20%	ОГ	5%
КГ	9%	КГ	45%	КГ	23%	КГ	14%	КГ	9%
В конце первого этапа исследования									
ОГ	9%	ОГ	59%	ОГ	20%	ОГ	12%	ОГ	-
КГ	9%	КГ	50%	КГ	21%	КГ	15%	КГ	5%

Таким образом, к концу первого этапа исследования в основной группе никто из обследуемых женщин не выбрал цветовую гамму, характеризующую негативное отношение к жизни по сравнению с первым этапом, где 5% обследуемых имели такую комбинацию. Увеличился также процент женщин с 5 до 9, у которых получился эталон нервно-психического благополучия по выбору цветочной последовательности. Количество женщин, имевших состояние тревоги, снизилось с 50% до 32%, и, соответственно, увеличился процент женщин с нормальным психоэмоциональным состоянием с

40 до 59. У женщин в контрольной группе, которые также посещали ”группу здоровья“, но занимались по традиционной методике, имели следующие изменения своего психологического состояния: Количество женщин, имевших результат тестирования - эталон нервно-психического благополучия, не изменилось в ходе исследования (9%); количество женщин, имевших негативное отношение к жизни, уменьшилось с 9% до 5%; несколько уменьшился процент женщин, имевших состояние тревоги (27% до начала занятий и 26% через 4 месяца), и увеличилось количество женщин с нормальным психоэмоциональным состоянием с 45% до 50%.

Исходя из полученных данных первого этапа исследования, предложенные нами занятия с использованием упражнений танцевально-двигательной терапии в основной группе, позволили улучшить психоэмоциональное состояние женщин, снизив уровень их тревожности.

В настоящее время исследование продолжается с целью выявления эффективности занятий с использованием танцевально-двигательной терапии в основной группе по предложенной нами методике и её положительного влияния на физическое состояние женщин.

При построении занятий нами используются физические упражнения танцевального характера, комбинации различных видов танца, пластическая, релаксационная гимнастика, упражнения танцевальной терапии, которые представлены в таблице 2.

Таблица 2. Содержание занятий с применением ТДТ

№	Содержание	Дозировка	ЧСС, уд/мин
1.	Суставная гимнастика	3-5'	110-125
2.	Танцевальная комбинация (восточный, танго, фламенко и др.)	10-12'	130-160
3.	Стретчинг	2-3'	150-120

4.	Упражнения сидя, лежа для каждой группы мышц	15-20'	125-140
5.	Пластическая гимнастика	5-10'	130-110
6.	Стретчинг, расслабление	2-3'	80-90
7.	Упражнения танцевальной терапии	10-12'	90-100
8.	Медитация, самомассаж	5-6'	70-80

Разрабатывая содержание занятий, мы руководствуемся следующими положениями:

- целевая направленность занятий на освоение различных способов расслабления и на высвобождение подавляемых эмоций в процессе выполнения упражнений танцевально-двигательного характера;

- формирование положительного восприятия себя и ощущение личностной свободы, повышение уровня самооценки и уверенности в себе;

- оздоровительно-профилактическая направленность занятий с получением лечебного эффекта;

- развитие артистического, эмоционального и двигательного поведения.

Конструируя музыкальное сопровождение занятий, мы учитываем основные общепедагогические и эстетическими принципы отбора музыкальных произведений, относящихся непосредственно к танцевально-терапевтическим занятиям:

- художественность музыкального произведения, яркость и динамичность его образов;

- моторный характер музыкального сочинения, побуждающий к действию;

- разнообразие тематики, жанров, характера музыкальных сочинений;

- соответствие движений характеру, содержанию, образам

музыки.

Эффективность методики оценивается по результатам тестирования, проводимого до и после начала курса занятий.

На втором этапе исследования применялись следующие методы: изучение текущей заболеваемости (показатель случаев временной нетрудоспособности), экспресс-диагностика уровня невротизации, клинический опросник Яхина К.К., Менделевича Д.М., восьмицветовой тест М. Люшера (в адаптации Л. Собчик).

При обработке данных клинического опросника Яхина К.К., Менделевича Д.М. было выявлено преобладание болезненных состояний по шкале вегетативных нарушений на 73%, истерических расстройств -69%, невротической депрессии -48%, тревожных расстройств- 45%, по шкале астении на 10% (Рис. 1). Результаты экспресс-диагностики уровня невротизации показали её высокий уровень у 12% обследуемых, повышенный уровень у 35%.

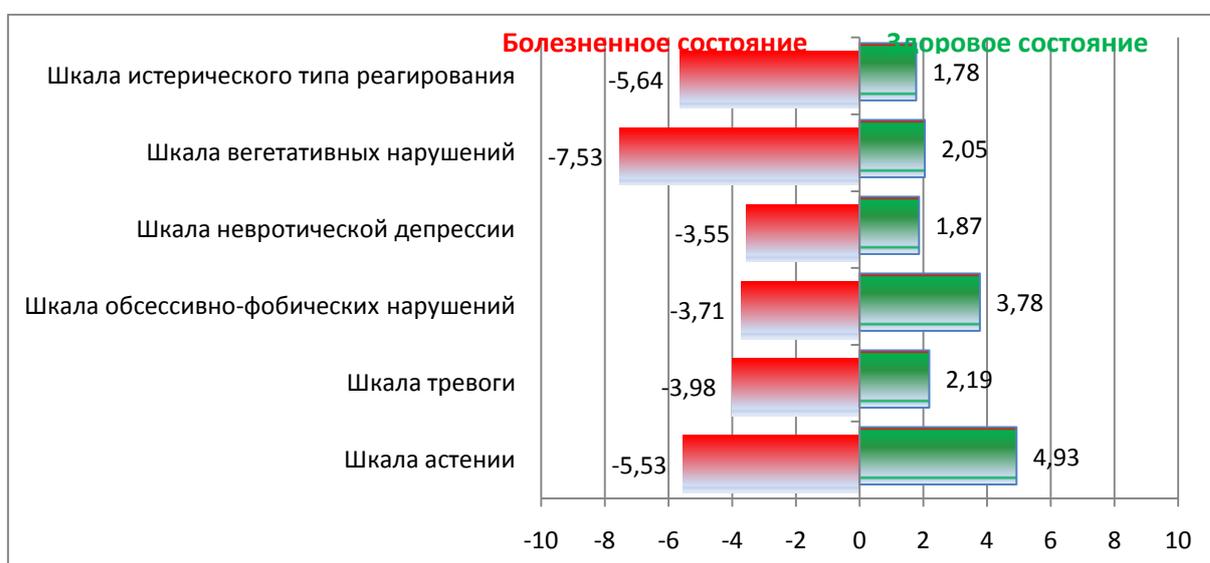


Рис. 1 Показатели анализа невротических проявлений на начальном этапе исследования

На завершающем этапе исследования планируется проведение повторного тестирования психоэмоционального состояния женщин.

Учитывая уже полученные на сегодняшний день результаты исследований в "группе здоровья" при проведении занятий с использованием танцевально-двигательной терапии, можно сделать вывод о целесообразности ее включения в систему работы физкультурно-оздоровительных групп как средства профилактики и терапии психоэмоциональных нарушений женщин.

Литература:

1. Антоненко, Э.Н. Сезонно-ориентированная технология оздоровления женщин зрелого возраста в условиях крайнего севера.:автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / Э. Н. Антоненко – Хабаровск, - 2002. - 24 с.
2. Грэнлюнд, Э. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика / Э. Грэнлюнд Н.Ю. Оганесян - СПб.: «Речь» - 2004. – 288с.
3. Ишанова, О.В. Комплексная методика занятий оздоровительной аэробикой женщин 25-35-летнего возраста: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / О.В. Ишакова; Волгоград.гос. акад. физич. культуры. – Волгоград, 2008. – 22с.
4. Козлов, В.В. Интегративная танцевально-двигательная терапия / В.В. Козлов, А.Е.Гиршон, Н.И. Веремеенко. – СПб.: «Речь», 2006. – 286 с.
5. Шкурко, Т.А. Танцевально-экспрессивный тренинг / Т.А. Шкурко. — СПб.: «Речь», 2003. — 192 с.

Шильдяева В.В.

МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия

Современное общество характеризуется структурой, в которой четко обозначены социальные слои. Так, по официальным данным Росстата в 2012 году 91,2% россиян обладают активами менее чем на 10 тысяч долларов, при этом в среднем в мире настолько бедны только 70% населения, необходимо отметить, что глобальная статистика включает и страны, в которых огромное по численности население живет в ужасающей бедности. В России в три раза тоньше средняя прослойка населения (с капиталом от 10 до 100 тысяч долларов на человека), у нас таковых 8%, в мире – почти 23%. «При

этом, наши богатые – одни из самых богатых на планете»: долларовые миллиардеры всего мира обладают 2% мировых богатств, а российские миллиардеры - 30% богатств России. Заметим, что этого благополучия «узкая группка» наших «супербогатеев» сумела достичь за каких-то два десятилетия [1].

Среди малоимущего населения страны все ярче выделяется лица без определенного места жительства, имеющие ряд особенностей. Сообщество бездомных стоит особняком по отношению к остальному обществу, «большое общество» отторгло бездомных. Большинство их социально-полезных связей разорваны, они исключены из большинства общественных отношений, дискриминируемы практически во всех сферах жизни, не в состоянии выполнить ряд социально-значимых ролей. Данные обстоятельства накладывают отпечаток на личность бомжей. Применение к ним «стандартного» набора средств и приемов изучения с высокой долей вероятности не дает планируемых результатов, «стандартный» набор методов рассчитан на среднестатистическую личность и не учитывает специфику данной группы населения.

Это обуславливает необходимость разработки специальных методов исследования лиц бомж.

Концептуальным является изучение лиц без определенного места жительства в системе «личность» - «среда» на основе системного подхода поскольку само состояние бездомности и поведение бездомных - результат взаимодействия систем «среда» и «личность».

Изучение бездомности в системе «личность» - «среда» предполагает анализ структуры системы: всего комплекса взаимодействующих дисциплин, составных элементов, их динамик и связей, при обязательном применении принципа историзма,

позволяющего проникнуть в сущность явления. «Системный подход к изучению сложного явления может быть осуществлен только тогда, когда будут объединены структурное и историческое изучение явления» [2, с. 35].

«Применяемый метод никогда не является произвольным, он определяется характером задачи (предмета) научной или практической деятельности исследуемым объектом» [3, с. 57].

Статистические методы позволяют дать цифровую характеристику количественных показателей бездомности, прогноз состояния и тенденций бездомности, оценку деятельности социальных служб, а также установить зависимость между бездомностью и другими социальными процессами. Применительно к лицам божж это проявляется в обнаружении прямой зависимости социальных проблем от уровня жизни, характеризуемого отсутствием средств удовлетворения даже базовых потребностей, а также источников получения легального заработка. Перечисленные недостатки призваны ликвидировать социологические методы, целью которых является сбор достоверной информации, отсутствующей в официальной отчетности.

Опрос – это конкретно-социологический метод получения эмпирических данных. Он может выражаться в форме беседы, интервью и анкетирования. Ключевой проблемой при опросе бездомных является проблема установления психологического контакта с ними. В силу фактического бесправия и незащищенности бездомные относятся с определенной степенью недоверия к остальным людям, а к сотрудникам правоохранительных органов и подросткам – с опаской [4, с.49]. Для жизни бездомных характерны контакты с представителями «социального дна» и «придонья», общение с иными категориями населения выходит за рамки их

привычного образа жизни. В силу же повсеместной дискриминации и боязни наступления негативных последствий, опрос, касающийся вопросов личной жизни, совершения правонарушений бездомными, а также иных вопросов, неприятных или скрываемых, превращается в «ювелирную» работу опрашивающего, балансирующего на грани не достижения или утери психологического контакта с респондентом. Бездомные при опросе, навязываемом им извне, наиболее часто используют следующие механизмы самозащиты: бегство, проекция, вытеснение, рационализация, забывание и некоторые другие [3, с. 58]

Еще одной специфической чертой опроса бездомных является отсутствие точных сведений о месте нахождения носителей информации. Соответственно, появляется обязательная подготовительная стадия опроса – получение информации о месте пребывания бездомных. Наименьшая формализация процесса опроса позволяет наладить психологический контакт с опрашиваемым, дает возможность углубить изучаемые вопросы. В целях сохранения контакта с собеседником и недопущения рассеивания его внимания, рекомендуется ведение аудиозаписи, освобождающей от параллельной письменной фиксации результатов, с сохранением объемов фиксируемой информации. С другой стороны – для беседы характерны высокая трудоемкость, сложность обработки и обобщения полученных сведений, в определенной степени, усложняющие практическое применение данного метода.

Анкетирование – один из наиболее простых, эффективных и распространенных способов фиксирования интересующих социальные науки сведений. Имея ряд несомненных достоинств и будучи широко распространенным в социологических исследованиях, он, тем не менее, имеет весьма ограниченное применение при

исследовании лиц без определенного места жительства. Этому есть несколько причин:

1. использование анкетирования очень проблемно с точки зрения установления психологического контакта с опрашиваемым – высока вероятность отказа опрашиваемого от заполнения анкеты;

2. образовательный уровень бездомных невысок, поэтому высок риск неправильного понимания задаваемых вопросов;

3. отсутствует возможность заочного анкетирования, в силу невозможности рассылки анкет, а также ничтожного уровня их возвращаемости.

Применение анкетного метода в отношении бездомных целесообразно при рассмотрении вопросов, которые скрывают опрашиваемые или неприятных ему. В этом случае возможно индивидуальное анонимное анкетирование, с последующим опусканием анкеты в опечатанную урну, исключающее контроль во время заполнения анкеты. Применение анкетного метода может быть допустимо также при опросе иных категорий населения, с целью выяснения их отношения к лицам без определенного места жительства.

Интервью – на наш взгляд, наиболее подходящий способ опроса бездомных, представляющий собой целенаправленную беседу по строго определенному кругу вопросов. Сохраняя преимущества беседы (межличностное общение, возможность углубления вопросов, возможность разъяснять формулировки вопросов, определенный контроль за искренностью ответов), интервью также обладает рядом преимуществ более свойственных анкетированию (возможность охватить большие контингенты опрашиваемых, сопоставимость результатов).

Применение свободного интервью в качестве подготовительного этапа может служить хорошей основой формального интервью по строго ограниченному кругу вопросов, в первую очередь интересующих опрашиваемого.

Проведение коллективного интервью в среде бездомных не всегда целесообразно, ибо является малопригодным для определения индивидуальных взглядов и ориентаций. Влияние группы уменьшает достоверность получаемых сведений. Информация получаемая при такой форме опроса принимает, как правило, либо форму жалоб, либо «пьяного куража» [2, С. 63–64]. Выявление мнения группы в данном контексте также не имеет особого практического значения, т.к. сама группа формируется, как правило, по принципу случайного объединения людей, не связанных какой-либо общей целью, а только одинаково тяжелыми условиями существования.

Проведение панельного интервью затруднительно в силу отсутствия постоянного места жительства, а также постоянной работы у бездомного.

В условиях низкой степени отражаемости социальных проблем бездомных в официальной статистике особое значение приобретает метод экспертных оценок специалистов в области социальной работы. Данный метод, в ряде случаев, может давать более точные результаты, чем традиционные методы при низком качестве первичной информации, позволяет получить компетентное мнение о состоянии социальных проблем бездомных сегодня и прогнозе в будущем, о причинах появления.

Важную информацию о бездомности, виктимности (состояние жертвы) и личности бездомных дает метод анализа документов, на которых возможно отражение (непосредственно или опосредованно) характера социальных проблем, таких как состояние регистрации по

бывшему месту жительства, журналов регистрации в социальных центрах или социальных гостиницах, материалов медицинского освидетельствования [5, С. 118-119].

Использование метода социологического наблюдения затруднено в силу определенной изолированности бездомных от остального общества, недоступности многих явлений социальной действительности для наблюдения. Целесообразно использование данного метода в качестве средства контроля эмпирической обоснованности других методов познания [2, с. 119].

Прямое наблюдение может использоваться при изучении условий жизни бездомных по месту их существования. Применение такого метода, как включенное наблюдение при изучении бездомных практически полностью исключается в силу значительных отличий среды обитания, ценностных установок, образа жизни изучаемых лиц и исследователя.

Потенциально полезен метод тестовых испытаний, направленный на изучение личности бездомного, а именно изучения его ценностных ориентаций, умственных способностей и уровня правосознания.

Проблемным моментом является свойственная для опроса сложность установления психологического контакта с тестируемым, а также степень понимания задаваемых ему вопросов.

Применение социального эксперимента при изучении бездомных ограничивается сферой выявления социально положительных факторов, эффективности реабилитационной работы с лицами без определенного места жительства.

Итак, при исследовании бездомных, учитывая специфику, присущую указанной группе, необходимо интегративное использование различных методов, что позволит получить

достоверные социально-социологические данные о лицах бомж, их проблемах и даст возможность подобрать комплекс реабилитационных мероприятий, базирующуюся на принципе системности изучения социальных проблем бездомности.

Шурыгина Ю.Ю.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА КАК МОРАЛЬНАЯ ОСНОВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАБОТНИКА СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ

*Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления
г. Улан-Удэ, Россия*

*Практическая нужда в морали возникает вследствие
конфликта желаний различных людей
или конфликта желаний в одном человеке.*

Рассел Бертран

В 2011 г. Восточно-Сибирским государственным университетом технологий и управления был осуществлен набор магистрантов и бакалавров социальной работы по новому образовательному стандарту третьего поколения. Кафедрой социальных технологий было решено в учебные планы студентов внести такую дисциплину, как социально-медицинская этика. Именно такого термина, как «социально-медицинская этика» до сих пор не существовало и в данной статье мы попытаемся объяснить причину его появления.

В тематический план семинарских занятий вошли такие темы, которые рассматривают пациента как личность, деятельность этических комитетов, проведение исследований с участием человека, гуманитарное право, моральные проблемы внедрения вспомогательных репродуктивных технологий, медико-генетическое консультирование, трансплантологию, применение стволовых клеток

и клонирование, стигматизацию в психиатрии и при ВИЧ-инфицировании, а также проблемы конца жизни, связанные с хосписным обслуживанием и эвтаназией.

У философии морали – этики на сегодняшний день имеется ряд прикладных ветвей: медицинская этика, биоэтика, экологическая этика.

Родоначальником медицинской этики считается Гиппократ (V-IV вв. до н.э.), который изложил свои идеи в так называемой «Клятве Гиппократа». Основополагающими из них являются: безусловное уважение к жизни пациента: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария»; цель медицины – благо больного: «В какой бы дом я не вошел, я войду туда только для пользы больного»; не навреди: «Я направляю режим больных к их выгоде... воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости»; врачебная тайна: «Что бы при лечении, а также и без лечения ни увидел или не услышал касательно жизни людской, из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»; оправдание «святой лжи»: сокрытие от больного неблагоприятной информации о состоянии его здоровья.

Медицинская этика стремится рассмотреть вопросы добра и зла в различных сферах практики здравоохранения через призму философского анализа. Однако медицинская этика является профессиональной или корпоративной, т.е. она предназначена для врачей.

Если истоки милосердия уходят в глубь веков, то понятие биоэтики зародилась в обществе в начале 70-х гг. прошлого столетия. Ее возникновение стало ответом научного сообщества на внедрение новых достижений научно-технического прогресса в такие отрасли,

как биология и медицина. К революционным научным технологиям того времени можно отнести: создание «божественного комитета» в связи с применением первого в мире аппарата «искусственная почка» в больнице города Сиэтла (штат Вашингтон) в 1962 г.; первую в мире пересадку сердца от одного человека другому южноафриканским хирургом Кристианом Барнардом 3 декабря 1967 г.; открытие в Лондоне хосписа нового типа медицинской сестрой Сиселией Сандерс в 1967 г. и другие.

Термин «биоэтика» предложил в 1970 г. Американский онколог Ван Ренсселер Поттер (1911-2001) в своей книге «Биоэтика: мост в будущее». По Поттеру биоэтика должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента - биологическое знание и общечеловеческие ценности».

Еще одним основоположником биоэтики считают Андре Хеллегерса, который начал использовать термин «биоэтика» для обозначения междисциплинарных исследований моральных проблем биомедицины, прежде всего связанных с необходимостью защиты достоинства и прав пациентов. Хеллегерс основал в 1971 г. Институт этики Кеннеди и создал первые образовательные курсы по биоэтике для врачей, философов и представителей других специальностей. Таким образом, в 70-е гг. в США создаются первые исследовательские и образовательные центры биоэтики, а изучаемые ею проблемы начинают привлекать самое пристальное внимание политиков, журналистов, религиозных деятелей и вообще самой широкой публики. На первое место выходит междисциплинарное исследование антропологических, моральных, социальных и юридических проблем, вызванных развитием новейших биомедицинских технологий (генетических, репродуктивных, трансплантологических и др.).

В следующем десятилетии биомедицинская этика весьма быстро получает признание в Западной Европе, а с начала 90-х гг. – в странах Восточной Европы (включая Россию) и Азии (прежде всего в Японии и Китае).

Основными проблемами биомедицинской этики на современном этапе являются: моральные проблемы генетики; моральные проблемы аборта; моральные проблемы репродукции; моральные проблемы клонирования и манипуляции со стволовыми клетками человека; моральные проблемы трансплантологии; моральные проблемы конца жизни (хосписы, эвтаназия). Таким образом, основными поставщиками проблем биоэтики являются ученые: врачи и генетики.

Основная задача биоэтики – способствовать выявлению различных позиций по сложнейшим моральным проблемам, которые лавинообразно порождает прогресс биомедицинской науки и практики. Биоэтика призвана способствовать поиску морально обоснованных и социально приемлемых решений вопросов, которые встают перед человечеством практически ежедневно.

Примерно в это же самое время получила развитие еще одна прикладная ветвь этики – экологическая этика, которая рассматривает конфликт между человеком и средой его обитания, которую этот человек сам формирует. Приведем самые известные из конфликтов экологической этики. Это применение талидомида – седативного снотворного лекарственного средства, получившего широкую известность из-за своей тератогенности, после того, как было установлено, что в период с 1956 по 1962 гг. в ряде стран мира родилось по разным подсчетам от 8000 до 12000 детей с врожденными уродствами, обусловленными тем, что матери принимали препараты талидомида во время беременности.

Талидомидовая трагедия заставила многие страны пересмотреть существующую практику лицензирования лекарственных средств, ужесточив требования к лицензируемым препаратам. Другой пример – загрязнение мирового океана пестицидами и гербицидами до такой степени, что жир морских животных стало невозможно использовать для приготовления «Рыбьего жира» – препарата, сохранившего здоровье и жизни миллионам советских детей в годы Великой Отечественной войны и после нее.

Таким образом, экологическую этику также можно рассматривать, прежде всего, как этику химиков, фармацевтов, фармакологов и экологов.

Однако реалии сегодняшних дней таковы, что для сохранения своего здоровья, получения потомства или продления жизни почти каждому современному человеку придется делать для себя свой, не всегда однозначный выбор в применении или отклонении тех или иных видов вмешательства. Рядом с таким человеком в момент выбора в центре планирования семьи, хосписе и т. д. будет находиться социальный работник. Для того чтобы дать правильные разъяснения, он должен обладать определенными знаниями по вопросам медицины, генетики, биологии, экологии, этики и т.д. Недаром конференция ЮНЕСКО «Социальная справедливость в здравоохранении: биоэтика и права человека» состоялась 7-8 декабря 2005 г. на базе Московского гуманитарного университета (МосГУ). На этой конференции участники факультета социальной работы и информационных систем МосГУ внесли предложение об обязательном преподавании социальным работникам указанных знаний.

Все рассмотренные нами прикладные ветви этики в той или иной степени относятся к профессиональным сообществам, которые, прежде всего, участвуют в создании (порождении) этических

проблем. Мы же хотим выделить социально-медицинскую этику как основу морали для граждан, которым необходимо принимать ответственные решения об использовании тех или иных современных технологий, касающихся их организма и специалистов, призванных давать пояснения об этих вмешательствах и тех последствиях, к которым они ведут.

Ендеберя І.В.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ САМОСТІЙНОСТІ ЯК УМОВИ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ МАЙБУТНІХ ПРАКТИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ

Донбаський державний педагогічний університет, г. Слов'янськ, Україна

Резюме. В статье рассматриваются особенности развития самостоятельности как условия профессионального становления будущих практических психологов, а так же выделено несколько подходов к ее изучению: с позиций общей категории активности, субъектности, личностных свойств, возрастных особенностей, умений и условий развития.

Ключевые слова: самостоятельность, личность, субъект, волевые качества, субъективный опыт, личностные свойства.

Постановка проблеми. Сучасна система вищої освіти покликана створювати відповідні умови для підготовки компетентного фахівця, орієнтованого на постійний професійний розвиток, самовдосконалення, що забезпечить у подальшому високий рівень конкурентоспроможності, професійної мобільності, продуктивності професійної діяльності і, як наслідок, кар'єрне зростання та самореалізацію особистості. Крім успішного оволодіння необхідною базою знань і вмінь відповідно до специфіки обраної спеціальності, важливим також є володіння максимально вираженими професійно

необхідними якостями та практичними навичками, що є передумовою ефективного здійснення професійних функцій на будь-якому етапі професійного становлення особистості.

Сутність процесу навчання у вищих навчальних закладах загалом полягає в здобуванні необхідних для професійної діяльності знань, умінь і навичок, а також знань про способи діяльності, які забезпечують одержання й використання цих знань як для практичної роботи за спеціальністю, так і в повсякденному житті, активізації неперервної освіти, оскільки навчання пов'язано не тільки з пізнанням у певній галузі, воно стосується всієї життєвої діяльності людини.

Актуальність і недостатня розробленість проблеми особливостей розвитку самостійності зумовили вибір нашого дослідження.

Мета дослідження – дослідити особливості розвитку самостійності як умови професійного становлення майбутніх практичних психологів .

Аналіз останніх досліджень. Первинний аналіз літератури з проблеми розвитку самостійності дозволяє констатувати, що у психології поняття "самостійність" найчастіше пов'язують із характером розумової діяльності, маючи на увазі прояв вольової саморегуляції особистості й відповідну спрямованість особистості на розумову активність (М.Й. Боришевський, В.В. Столін) [3, с. 65]

З метою уточнення психологічного змісту поняття самостійності ми звернулись до психологічної енциклопедії, де зазначено: „Самостійність – вольова якість особистості, яка полягає в умінні за власною ініціативою ставити перед собою цілі, без сторонньої допомоги знаходити шляхи їх досягнення і виконувати прийняті рішення. Самостійна людина критично ставиться до сторонніх впливів, аналізує їх і оцінює відповідно до своїх поглядів і

переконань. Вона активно захищає власні погляди, своє розуміння завдання, впевнена у правильності прийнятого рішення і енергійно береться за його виконання. Самостійна людина характеризується постійним прагненням відійти від шаблонних рішень і знайти нові ефективні способи розв'язання поставленої проблеми”.

У «Сучасному тлумачному психологічному словнику» В.Б. Шапар «самостійність» тлумачиться як узагальнена властивість особистості, що проявляється в ініціативності, критичності, адекватній самооцінці, почутті особистісної відповідальності за свою діяльність і поведінку. [6, с.449].

Виклад основного матеріалу. Аналіз публікацій, так чи інакше зачіпають проблему самостійності, дозволяє виділити декілька підходів до її вивчення: з позиції загальної категорії активності, суб'єктності, особистісних властивостей, вікових особливостей, умінь і умов розвитку.

Активність є передумовою самостійності особистості, яка обумовлюється соціальною природою людини і виявляється в діяльності.

Аналіз наукових досліджень дозволяє розглядати активність в рамках здійснення суб'єктом будь-якої конкретної діяльності (В.В.Богословський, Л.С.Виготський, П.Я.Гальперин, В.В.Давидов, І.С.Кон Леонт'єв А.Н. і інші), де вона виступає якістю суб'єкта цієї діяльності. Діяльність тут аналізується в генезі, тобто в процесі становлення та розвитку. Самостійність в цьому випадку можна назвати діяльністю. У такій самостійності поняття «суб'єкт» і «особистість» не завжди збігаються. [1, с.67; 2, с.34]

Самостійністю, що стала рисою характеру, вивчали такі дослідники як Г.Г. Голубєва, К.К. Платонов і мають на увазі здатність

працювати без сторонньої допомоги, не залежно від того, виконується робота за завданням керівника або за власною ініціативою.

На думку дослідника П.М. Якобсона сутність самостійності полягає в тому, що людина визначає свої вчинки, орієнтуючись не на тиск оточуючих, не на випадкові впливи, а виходячи зі своїх переконаний, знань, уявлень про те, як треба поступати у відповідних ситуаціях.

Вольовий компонент самостійності розглядався дослідником А.І. Висоцьким, який зазначав, що самостійність містить деяке число етапів вольового акту, які здійснює людина за власним бажанням. Одночасно автор також підкреслює, що самостійність ніколи не виступає тільки як вольова якість в «чистому вигляді». У ній відображаються моральні, інтелектуальні й емоційні особливості, а також особливості самосвідомості особистості. [5, с.10]

У роботах Л.С. Рубінштейна, Ю.А. Самаріна, А.І.Щербакова самостійність представлена вже інтегрованою властивістю особистості, пов'язаною з активною роботою волі, почуттів, виробленням цілісного світогляду, що вимагає великої внутрішньої роботи та передбачає здатність самостійно мислити, тому що особистість не може бути зрозуміла поза аналізом її пізнавальних властивостей.

Природною здатністю самостійної особистості є розумова самостійність, тобто самостійність, що проявляється в пізнавальній діяльності. Особливості розумової самостійності досліджується педагогічною психологією, що розкриває інший підхід до вивчення цікавої нас проблеми. Цей підхід узгоджується з розглядом самостійності як суб'єктного досвіду, який характеризується комплексом умінь. [5, с. 10]

Третій підхід до дослідження проблеми самостійності описаний в рамках вікової психології. Ґрунтуючись на положенні про те, що особистість виявляється і формується у діяльності, самостійність розглядається у різні вікові періоди по провідним її видів і виражається в зміні взаємовідносин індивіда з навколишнім. У цій області важливо підкреслити роботи таких вчених, як Л.С. Виготського, І.В. Дубровіної, Д.Б. Ельконіна, І.С. Кона, С.Л. Рубінштейна, А.К. Осницького, та інших.

Отже, дослідження показують, що самостійність як властивість особистості розвивається у всіх вікових періодах життєдіяльності людини. Вона здатна придбати якість, що надає індивіду особистісні особливості.

Самостійність особистості пов'язана з активною роботою думки, волі і почуттів. Цей зв'язок двобічний: 1) розвиток розумових і емоційно-вольових процесів – необхідна передумова самостійних суджень і дій; 2) судження і дії, що складаються в процесі самостійної діяльності, змінюють і формують здатність не тільки виконувати свідомо мотивовані дії, але і домагатися успішного виконання прийнятих рішень всупереч можливим труднощам.

У психологічній літературі самостійність характеризують як вміння діяти згідно зі своїми задумами, не підпадаючи під вплив інших, критично оцінювати їх думки. Самостійність особистості виявляється в здатності з власної ініціативи організувати діяльність, ставити мету, а при потребі, вносити в поведінку зміни. Самостійна особистість не чекає підказок, вказівок від інших людей, активно обстоює власні погляди, може бути організатором, повести за собою до реалізації мети.

Враховуючи аналіз науково-методичної літератури, ми припускаємо що, самотійність базується на таких особистих якостях, як :

- 1) впевненість в успіху;
- 2) наполегливість, завзятість у досягненні цілей;
- 3) самовладання в ускладнених умовах;
- 4) діяльність;
- 5) критичність;
- 6) ініціативність;
- 7) дисциплінованість.

Висновки. Отже, аналізуючи доробки сучасних дослідників в галузі психології ми дійшли до наступних висновків: поняття «самотійність» характеризується двома факторами: по-перше, знаннями, вміннями і навичками, по-друге, ставленням до процесу діяльності, результатів і умов її здійснення, а також зв'язками, які створюються під час діяльності з іншими людьми.

В контексті нашого дослідження слід звернути особливу увагу на трактування самотійність як складної властивості особистості, що бере початок в активності і складається з деякого числа інтегруючих її компонентів, серед яких емоції, інтереси, воля, мислення, саморегуляція та інші. Це властивість здатна розвиватися в онтогенезі освоєнням різних видів діяльності через ряд послідовних механізмів, таких як наслідування, зараження, перенесення, випробування власних можливостей, дослідження варіативності і удосконалення.

Внаслідок індивідуального розвитку самотійність наповнює суб'єкт незалежно-проектним досвідом, зумовлює можливість різних її видів і рівнів, що розрізняються між собою характером активності. Фокусом самотійності виступає комплекс умінь суб'єкта.

На нашу думку, на розвиток такого соціально детермінованого особистісного утворення, як самостійність, впливає, в свою чергу, ряду умов. Серед них, наприклад, такі як: відкритість переживання, здатність слухати себе, активна позиція у різних видах діяльності, усвідомлення "Я", свобода вибору, соціальне середовище, різнобічність взаємодії, а також індивідуальний підхід, підтримка та інші.

Література:

1. Брушлинский А.В. Проблемы психологии субъекта. / А.В. Брушлинский - М., 1994.
2. Выготский Л.С. История развития высших психических функций. Собр.соч.: В 6-ти т. / Л.С. Выготский - М., 1982, т.3.
3. Дмитриева Ю.Н. Психологические основы самостоятельности как свойства личности // Вопросы психологии личности и общественной психологии. / Ю.Н. Дмитриева - Л., ЛГПИ им. А. Герцена, 1964.
4. Дружинин В.Н. Психология общих способностей. / В.Н Дружинин - М., 1995, - 150 с.
5. Дубровина И.В. Формирование личности в переходный период от подросткового к юношескому возрасту / Под ред. Дубровиной И.В. - М., 1987.
6. Шапар В.Б. «Сучасний психологічний словник». – Х.: Прапор, 2007. - с.449.

Эшиев А.К.

ТРАНСФОРМАЦИЯ МАСКУЛИННОСТИ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ТОЧЕК ЗРЕНИЯ

Жалал-Абадский государственный университет, Жалал-Абад, Кыргызстан

В настоящее время в научной литературе есть немало монографий и статей, посвящённых трансформации маскулинности, кризису маскулинности, изменению традиционной роли мужчины в семейной жизни. Приступая к рассмотрению данного вопроса, отметим, что, несмотря на то, что современные мужчины оказываются перед лицом множества экономических, политических и культурных вызовов, а формы их поведения и представления о нормах стремительно меняются. Безусловно, в структуре современных маскулинностей наблюдаются статусные противоречия нормативным

ожиданиям, вызванные глобальными трансформациями, и, по нашему мнению, пришло время пристальнее взглянуть на происходящие в обществе процессы.

С. Орлянский пишет, что причин трансформации маскулинности в современном обществе немало, и выделил три основные причины – биологические, социокультурные, психологические. Остановимся на каждой из них детальнее [1, с. 64].

Самыми яркими представителями биологической школы были Б.Ц. Урланис и В.А. Геодакян, которые объясняли причины трансформации мужчин с биологической и медицинской точек зрения, увязывая этот процесс с повышенной смертностью мужчин, подверженностью новым заболеваниям. Они сделали попытку доказать, что мужчины являются «слабым полом».

Статья Б. Урланиса «Берегите мужчин» [2], получила широкий общественный резонанс в 1970-е годы. В статье автор обратил внимание на вопрос повышенной смертности мужчин, что связано с тем, что коэффициент смертности мужского пола превышает коэффициент смертности женского на равных возрастных промежутках жизнедеятельности [3, с. 116].

Автор выдел такие причины сверхсмертности мужчин, как:

1. Наибольшее количество случаев насильственной смерти среди молодых мужчин, чем у женщин;

2. Несчастные случаи, являющиеся главной причиной смерти мужчин во многих возрастных группах, особенно среди молодёжи, связанные с увлечением мотоциклами, автомобилями, занятием экстремальными видами спорта и т.д.;

3. Преждевременное старение мужского организма, которое является не физиологическим, а патологическим;

4. Повышенная мертворождаемость мальчиков в сравнении с девочками и смертность мальчиков до одного года;

5. Увлечение мужчин вредными привычками: алкоголизмом, курением, неумеренностью в еде [3, с. 124-127].

К примеру, в Кыргызстане более половины мужчин злоупотребляют курением. Судя по опросам, проведенным в 2006 году, 73% мужчин в возрасте от 25 до 45 лет злоупотребляют курением. Если взять возрастной период от 18 лет и до пенсионного возраста, то курящие среди них составят более 50 %. Среди женщин процент курящих составляет 12%. Спустя 6 лет ситуация не улучшилась. Таким образом, приходим к выводу, что в Кыргызстане, как и в любой развивающейся стране в последнее время отмечается увеличение количества курящих [5].

На сайте «The Men's Almanac» - мужского электронного журнала мы нашли статью «XXI век - эпоха нарушения прав мужчин» [4]. В статье говорится, что «ни одна международная декларация или закон, принятые в различных странах мира, не были направлены на защиту прав мужчин. А, может, права мужчин просто ни в чем не нарушаются, или все же нарушаются? Судите сами:

- Мужчин принуждают служить в армии;
- Мужчин лишают или ограничивают в отцовских правах;
- Мужчины лишены репродуктивных прав, то есть прав на желанное отцовство;
- Мужчины позже уходят на пенсию;
- Мужчины за одни и те же преступления получают большее наказание;
- Мужчины чаще подвергаются всем видам насилия;
- Мужчины меньше живут» [4].

Также в статье говорится о положении мужчин следующее: «о том, что мужчины рано умирают и чаще заканчивают жизнь самоубийством, знают многие, но никогда положение мужчин не рассматривалось и не анализировалось комплексно. Вряд ли вы где-нибудь найдете более-менее полную картину положения мужчин, список ниже - лишь слабая попытка закрыть эту брешь:

- Средняя продолжительность жизни мужчин на 12 лет меньше, чем у женщин;

- Ежегодно более одного миллиона мужчин умирают от болезней сердца и сосудов, что примерно в десять раз больше, чем женщин;

- Смертность мужчин в молодом возрасте (15-24) в три раза превышает смертность женщин;

- В возрасте семидесяти лет и более количество мужчин в четыре раза меньше, чем женщин;

- От травм, полученных на производстве, мужчин погибает в десять раз больше, чем женщин;

- От всех видов насилия мужчин погибает в два раза больше, чем женщин.

- Ежегодно заканчивающих жизнь самоубийством мужчин в шесть раз больше, чем женщин;

- 70% страдающих наркоманией - мужчины (обычно молодые мужчины);

- 80% больных СПИДом - также мужчины;

- 85% всех бездомных – мужчины;

- Мужчины составляют 95% всех обитателей тюрем [4].

Считаем, что данные Урланиса о причине сверхсмертности мужчин говорят о наблюдении явно угрожающей тенденции

увеличения мужской смертности над женской, о сокращении средней продолжительности жизни мужчин относительно женщин. Трудно не согласиться с этим, когда мы видим следующие цифры в рисунке 1. Как мы видим из общего количества младенческой смертности на 1000 родившихся на мальчиков приходится – 25,4 случаев, что составляет 56%; на девочек - 20,1 или 44% [5]. Что касается детской смертности по полу (число умерших детей в возрасте до 5 лет на 1000 родившихся), то картина не менее утешительная: мальчики – 29,2; девочки – 23,6 [5]. В Кыргызстане число родившихся и умерших по полу имеет следующие показатели: родившиеся мужчины – 74788, женщины – 71325, умершие мужчины – 20372, женщины – 15802 [5].

Б. Урланис приводит данные о том, что средняя продолжительность жизни мужчин в СССР в 1968-1971 годах составляла 64,5 года, а женщин - 73,5: следовательно, мужчины жили на 9 лет меньше женщин [7, с. 121].

Для сравнения, в современном Кыргызстане средняя продолжительность жизни женщины – 73 года, средняя продолжительность жизни мужчины – 65 лет. Разница составляет 8 лет. При этом, ожидаемая продолжительность жизни при рождении по полу составляет у мужчин - 65,3 года, у женщин – 73,5. Таким образом, разрыв составляет 8,2 года [5].

Соответственно, можно сделать вывод о том, что средняя продолжительность жизни мужчин в середине-конце 80-х годов XX века была намного выше, чем к концу XX началу XXI веков. На наш взгляд, это связано, с результатами антиалкогольной кампании в то время, когда резко сократился выпуск алкогольной продукции и в несколько раз выросли на неё цены, снизилось потребление алкоголя. Также велась активная пропаганда здорового образа жизни. Мы помним информации о том, как во многих предприятиях регулярно

проводились спортивные мероприятия, было множество спортивных объединений, клубов и кружков, где дети и взрослые могли повышать уровень физического развития.

В Кыргызстане средний возраст населения по полу у мужчин - 26,3 года, у женщин – 28,1 лет. Разница составляет - 1,8 лет. Дисбаланс полов отмечается после 35-та лет, и в возрастах старше 80 лет численность женщин более чем в 2 раза, чем мужчин. Основную часть жителей старше трудоспособного возраста составляют женщины, так как продолжительность их жизни больше, чем мужчин. Кроме того, пенсионный возраст женщин наступает на пять лет раньше. В начале 2011 г. доля лиц старше трудоспособного возраста среди мужского населения составляла - 4,1%, среди женщин – 8,9% [5].

Мы, несомненно, согласны с мнением Б. Урланиса, когда он в своей работе утверждает, что настало время, когда охрану материнства надо дополнить охраной отцовства. Мужчины должны стать предметом особой заботы специальных лечебно-профилактических учреждений. Необходимо создать наряду с женскими консультациями мужские, которые будут способствовать повышению продолжительности жизни мужчин в нашей стране [7, с. 137].

Если посмотреть на статистику Кыргызстана, число умерших от болезней нервной системы составляет у мужчин - 283, у женщин – 217; от болезней системы кровообращения у мужчин – 8828, у женщин – 8816; от травм и других внешних воздействий у мужчин – 3145, у женщин – 809 [5]. О чем свидетельствует Б. Урланис, когда пишет о том, что современная структура причин смерти мужчин старше сорока пяти лет характеризуется преобладанием хронических

болезней, требующих для своего успешного лечения раннего распознавания [8, с. 230].

Одним из методов решения проблемы Б. Урланис видит в том, что в мужских консультациях должна быть развёрнута работа по сплошной диспансеризации мужчин старше сорока пяти лет. Это так называемая первичная профилактика, назначение которой – предупреждение заболевания среди здоровых людей, тех, кто ни на что не жалуется и к врачу не обращается [6, с. 229-230].

Добавим, что в отличие от Кыргызстана во многих странах мира созданы кризисные центры и общественные организации для мужчин, основной целью которых является оказание им психологической, юридической, социальной и медицинской помощи, о чем мы отметили в первой главе.

В продолжении рассматриваемого вопроса, отметим, что В.А. Геодакян выделил два потока информации – генеративный и экологический. Генеративный (передача генетической информации из прошлого в будущее) он связывает с женским полом (консервативным), а экологический (информация от среды, из настоящего в будущее) – с мужским (оперативным). В связи с этим, отмечает автор, у мужчин и у женщин по-разному происходит адаптация в меняющихся условиях. Женщины приспосабливаются к ситуации, а мужчины выходят из неё, находя новое решение. Мужчины берутся за новые, требующие поиска неординарные задачи, а женщины доводят решение знакомых задач до совершенства [3, с. 60-69].

По мнению исследователя, приписывая женскому полу консервативную миссию, а мужскому – оперативную, теория связывает эти параметры популяции с условиями среды и эволюционной пластичностью вида. В стабильной (оптимальной)

среде, когда нет необходимости ничего менять, сильны консервативные тенденции и эволюционная пластичность минимальна. В движущей (экстремальной) среде, когда требуется повысить пластичность, усиливаются оперативные тенденции [3, с. 61].

Согласно Геодакяну у женского пола более широкая норма реакции, которая позволяет ему (полу) за счёт модификационной пластичности покинуть зоны отбора, сохранить и передать потомству весь спектр исходных генотипов. У мужчин же узкая норма реакции заставляет его (пол) остаться в зонах элиминаций и подвергнуться интенсивному отбору. Поэтому мужской пол передаёт следующему поколению только узкую часть исходного спектра генотипов, максимально соответствующую условиям среды в данный момент [3, с. 61-62].

Далее Геодакян пишет о том, что мужчины всегда и везде первыми осваивали все профессии, виды спорта. Но мужской пол обладает авангардной ролью не только в освоении различных видов деятельности, но и в подверженности различным заболеваниям и мутациям. Кроме того, мужской пол чаще подвержен «новым» болезням, или, как их называют, болезнями века, цивилизации, урбанизации: атеросклерозу, раку, шизофрении, СПИДу, а также социальным порокам: алкоголизму, курению, наркомании, азартным играм, преступности и т.д. Но у мужчин преобладают творческие способности, пространственное воображение, абстрактное мышление, юмор. Выдающиеся учёные, композиторы, художники, писатели, режиссёры в основном мужчины, а среди женщин же много исполнителей [3, с. 67].

Таким образом, исходя из вышеизложенного, приходим к выводу, что средняя продолжительность жизни мужчин намного

меньше средней продолжительности жизни женщин, что обусловлено не только увлечением мужчин вредными привычками и более частыми несчастными случаями, но и тем, что мужской пол является наиболее подверженным воздействию различных неблагоприятных условий как внешних, так и внутренних. Согласно с мнением представителей биологической школы о том, что мужчин необходимо защищать не только от внешних воздействий окружающей среды, но и от самих себя, и именно мужской пол, а не женский является «слабым».

Что касается гендерного состава населения Кыргызстана, то численность всего населения составляет – 5477620 человек, из них мужчины – 2703688, женщины – 2773932. И интересно, что постепенно с возрастом это соотношение меняется, о чем свидетельствует кыргызская статистика. Приведем соответственно следующие цифры: до 4 лет общее количество населения - 627 320, из них мужчины - 320314, женщины - 307314; возраст 20-24 лет общее количество населения - 598084, из них мужчины - 299313, женщины - 298771; возраст 40-44 лет общее количество населения - 323470, из них мужчины - 158341, женщины - 165129; возраст 55-59 лет общее количество населения - 178436, из них мужчины - 82131, женщины - 96305; возраст 65-69 лет общее количество населения - 55927, из них мужчины - 24388, женщины - 31539; возраст 75-79 лет общее количество населения - 49488, из них мужчины - 18963, женщины - 30525; возраст 100 лет и старше общее количество населения - 425 из них мужчины - 53, женщины - 372 [5].

Как известно, охрана здоровья населения является основной целью политики здравоохранения, и все это реализуется в государственных программах, принимаемых решениях, в практике работы медицинских учреждений. Считаем, что раз социальные права

закреплены кыргызским законодательством, как и законами многих стран, то большое значение имеют гарантии оказания своевременной медицинской помощи, качественного медицинского обслуживания всего населения, обратив при этом внимание на различия по полу, возрасту, этничности, социальному статусу, социальные условия, которые дифференцируют эти группы населения по уровню здоровья.

Мы уже отмечали о том, что гендерная специфика здоровья населения стала предметом анализа научных исследований с конца XX века. Для того, чтобы представить гендерно-специфическую картину заболеваемости, попытаемся проследить различия фактических показателей нарушения здоровья у мужчин и женщин. Анализ международной статистики помогает оценить факторы риска для здоровья женщин и мужчин. Ситуация в Кыргызстане, конечно, имеет свои особенности, тем не менее существуют универсальные для населения всего мира корреляции пола и здоровья.

Н.С. Григорьева пишет, что в большинстве стран мира регистрируется низкая продолжительность жизни и высокий уровень смертности мужчин во всех возрастах, поэтому межполовые различия смертности обсуждаются в первую очередь многими демографами и социологами. Только в четырех странах мира регистрируется равная продолжительность жизни у мужчин и женщин или даже несколько большая продолжительность жизни мужчин – Бангладеш, Индия, Мальдивы и Непал [9, с. 252]. Считаем, что показатели заболеваемости населения не отражают полную реальность, а представляют лишь приблизительную оценку. Ведь многие заболевания остаются незарегистрированными по различным причинам, например, из-за отсутствия доступа к медицинской помощи, пренебрежительного отношения населения к своему здоровью и др.

Что касается смертности, то по нашему мнению, анализируя его показатели, нужно рассматривать также такие данные как, качество медицинских услуг, уровень жизни населения, социальные гарантии в области здравоохранения, способность женщин и мужчин управлять своей жизнью, справляться с рисками, вести здоровый образ жизни и др. Считаем, что именно что пол человека - одним из важных факторов и зависимой переменной в здоровье населения. Также считаем, что немаловажными являются такие факторы, как доступ к своевременной и качественной медицинской помощи, удовлетворительное функционирование системы здравоохранения, развитость медицинской инфраструктуры, и, конечно, возможность населения оплатить высококачественные методы лечения и профилактики болезней.

Таким образом, по мнению исследователей, пол индивида, уровень дохода и образования, характер занятости, а также этническая принадлежность и гражданство во многом определяют состояние и прогноз здоровья. Положение индивида в социальной системе во многом объясняет качество его здоровья, и свидетельства социальной стратификации здоровья могут быть обнаружены в любом обществе. К примеру, в Кыргызстане, как во многих странах, давно признано, что туберкулез считается социальной болезнью. В Кыргызстане цифры показывают, что средняя смертность от туберкулеза по полу (количество человек на 100 000 населения) составляют мужчины – 423, женщины – 180 человек [5].

Рассмотрев биологические факторы трансформации маскулинности мы пришли к следующему выводу о том, что жесткое определение границ мужской роли ведет к нарастанию тревоги, что часто проявляется в чрезмерных усилиях быть маскулинным, в паническом страхе делать что-то женское. В результате мужская

идентичность формируется, прежде всего, как результат отождествления себя с некоторой статусной позицией, или социальным мифом «каким должен быть мужчина».

Литература:

1. Орлянский С. А. Трансформация традиционного образа мужчины в современной культуре: уч. пособ. – Ставрополь: Бюро новостей, 2009.
2. Урланис, Б. Ц. Берегите мужчин. // Литературная газета. - 7 июня 1978.
3. Урланис, Б. Ц. Эволюция продолжительности жизни. - М.: Статистика, 1978.
4. The Men's Almanac - мужской электронный журнал / <http://menalmanah.narod.ru/menrights.html>.
5. <http://web.worldbank.org>
6. Урланис, Б. Ц. И снова: берегите мужчин. // Избранное. – М.: Эврика, 1985.
7. Геодакян, В. А. Эволюционная теория пола. // Природа. – 1991. - № 8.
8. Кон, И. С. Российский мужчина и его проблемы. // Гендерный калейдоскоп. Курс лекций. - М.: Алетейя, 2002.
9. Григорьева, Н. С. Гендерные измерения здравоохранения. // Теория и методология гендерных исследований: курс лекций. - М.: МЦГИ, 2001.

СОДЕРЖАНИЕ	
Ulziisaikhan.S., Ariunsanaa. Б., Ichinnorov.D., Unursaikhan.S., <i>Улан-Батор, Монголия</i> ИССЛЕДОВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ К ПРОТИВОМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	3
Антонова Л.З. <i>Белгород, Россия</i> ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЕ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ ПОСРЕДСТВОМ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА.....	8
Антонова Л.З., Краснова Л.Е., Попова О.А. <i>Белгород, Россия</i> РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СРЕДСТВАМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ.....	12
Асланян Т.С., Мотков С.О. г. <i>Славянск, Украина</i> ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЮМОРА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ.....	16

Ахбаш Я.В., Ягупец З.М. <i>Славянск Украина</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ПІСЛЯ ПОЛОГОВОЇ ДЕПРЕСІЇ У ПОРОДІЛЬ	23
Бейгуленко О.В. <i>Чита, Россия</i> ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ	31
Беломестнова Л.П., Морозова Т.П. <i>Чита, Россия</i> СТУДЕНЧЕСКАЯ СЕМЬЯ В СОВРЕМЕННОМ ВУЗЕ	38
Бойчук Ю.Д. <i>Харьков, Украина</i> ЭКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК МНОГОМЕРНЫЙ ЦЕЛОСТНЫЙ КОМПОНЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ БУДУЩЕГО УЧИТЕЛЯ	42
Бондаренко Е.Н. <i>Черкассы, Украина</i> СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЯ "ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ БУДУЩИХ УЧИТЕЛЕЙ"	49
Бурмистрова Н.И., Складорова Р.И. <i>Коломна, Россия</i> СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА СТУДЕНТОВ СПОРТИВНОГО ФАКУЛЬТЕТА, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ	56
Бутиріна М.В., Скида В.О. <i>Славянск, Украина</i> ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ – СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ СИСТЕМИ ОСВІТИ УКРАЇНИ	63
Васенко Н.А. <i>Мариуполь, Украина</i> ВОСПИТАНИЕ ЭТИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ПРИМЕРЕ ЖИЗНИ СВЯТИТЕЛЯ ИГНАТИЯ МАРИУПОЛЬСКОГО	68
Вепро Е. Ю. <i>Харьков, Украина</i> АНАЛИЗ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ОСНОВЕ ТЕСТА «РИСУНОК СЕМЬИ»	72
Гаптарь В.М. <i>Минск, Беларусь</i> СИСТЕМА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ТРУДНЫХ ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И НАПРАВЛЕНИЯ ЕЁ РЕФОРМИРОВАНИЯ	79
Глазков Э.А. <i>Луганск, Украина</i> ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ПРОЦЕССА АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ	85
Голенок К.В., Сахно С.В. <i>Мариуполь, Украина</i> ПОДРОСТКОВАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА	95

Горелова М.А. <i>Нижний Тагил, Россия</i> ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ ЛОГОПЕДА КАК УСЛОВИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ДОУ.....	100
Горяинова Е.В. <i>Чита, Россия</i> ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ, ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ "ПОЛ-АНТИОКСИДАНТЫ" И ЦИТОКИНОВЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА.....	105
Григорович И.Н. <i>Пинск, Беларусь</i> ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ У СТУДЕНТОВ С УЧЕТОМ ИХ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ.....	111
Дабижа К.В., Кохан Д.С. <i>Чита, Россия</i> ОТНОШЕНИЯ СУДНТОВ К ЗНЯТИЯМ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКХ ГРУППАХ.....	117
Дейниченко Л.М. <i>Славянск, Украина</i> ЗМІСТ І ЗНАЧЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ УМІНЬ ВИКЛАДАЧА ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ.....	121
Дычко В.В., Дычко Д.В., Чернобай С.А. <i>Славянск, Украина</i> ПОДГОТОВКА УЧИТЕЛЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ОСНОВЕ ЦЕЛЕУСТРЕМЛЕННОГО РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ.....	131
Дметерко Н.В. , <i>Славянск, Украина</i> ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХИСТІВ НА МИСЛЕННЯ СУБ'ЄКТА ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО НІВЕЛЮВАННЯ ЗАСОБАМИ ГЛИБИННОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ.....	134
Дычко Е.А., Дычко Д.В. <i>Славянск, Украина</i> МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИЙНОГО ОБУЧЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ.....	141
Жадан Е.А. <i>Петров Вал, Россия</i> ОРМИГАНИЗАЦИОННО-СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ СОЦИАЛЬНО - ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯ.....	146
Замарёхина И.В. <i>Чита, Россия</i> СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧСЕКАЯ КОРРЕКЦИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ	

«12 ШАГОВ».....	151
Зарубайко А.В. <i>Славянск, Украина</i> ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ В ПЕРІОД ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗАСОБАМИ КІНЕЗОТЕРАПІЇ.....	155
Зубцов Д.Е. <i>Славянск, Украина</i> ПИТАННЯ МОНОПОЛЯРНОЇ ДЕПРЕСІЇ В ЗАРУБІЖНІЙ ПСИХОЛОГІЇ.....	163
Иванова К. С. <i>Чита, Россия</i> ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГО-АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОКРУЖАЮЩЕЮ СРЕДУ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	169
Ікуніна З. І. <i>Славянск, Украина</i> ІГРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ КОРЕКЦІЇ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	172
Ильина Ю. Ю., Ковалёва Е.В. <i>Харьков, Украина</i> ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ.....	181
Ишмаева Д.Р. <i>Чита, Россия</i> СТУДЕНЧЕСКОЕ САМОУПРАВЛЕНИЕ КАК ФАКТОР ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА ПРИМЕРЕ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ АКТИВНОЙ МОЛОДЁЖИ «АНТЕЙ».....	190
Калугина Т., Хохрякова Т., Шильдяева В.В. <i>Чита, Россия</i> СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПОДРОСТКАМИ, СОВЕРШИВШИМИ ПРАВОНАРУШЕНИЯ.....	196
Коваленко А.А., Логвинова Д.В. <i>Славянск, Украина</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КОНФЛІКТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ.....	204
Кононенко Р.В., Вікторенко І.Л., Горобець Л.В. <i>Славянск, Украина</i> ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК АЛГОРИТМ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦННЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ.....	214
Королевич А.Н. <i>Пинск, Беларусь</i> ОРИЕНТАЦИЯ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В СЕЛЬСКОЙ ШКОЛЕ.....	220

Кохан С.Т. Молчанова Т.В. <i>Чита, Россия</i> КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ.....	226
Коршунова Р. Л. <i>Славянск, Украина</i> ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ.....	231
Краснова Л.Е. <i>Белгород, Россия</i> РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СРЕДСТВАМИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВЫРАЗИТЕЛЬНОСТИ.....	239
Кузнецова А. В. <i>Москва, Россия</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОРРЕКЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ.....	244
Лимаренко О.В., Лимаренко А.А. <i>Пинск, Беларусь, Усть-Илимск, Россия</i> ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОРТИВНООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ С УЧЕТОМ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ.....	248
Лыженкова Р.С. <i>Иркутск, Россия</i> «ОБРАЗ» СОВРЕМЕННОГО ПЕДАГОГА.....	255
Мамичева Е.В., Малий Н.Ю., Дяченко Л.А. <i>Славянск, Украина</i> К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	259
Матвеева В.В. <i>Нижний Новгород, Россия</i> К ВОПРОСУ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММ ОЗДОРОВЛЕНИЯ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ.....	274
Мелоян А.Р. <i>Ереван, Армения</i> ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.....	279
Мелоян А.Э. <i>Славянск, Украина</i> ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОХОД К ПРОБЛЕМЕ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ СУБЪЕКТА.....	283
Мельниченко П.И., Фурсова Т.Н., Крюков А.В. <i>Москва, Россия</i> БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ (БВ) – ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА.....	289
Мельниченко П.И. <i>Москва, Россия</i> МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА.....	291

Морозова Т.П. <i>Чита, Россия</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ В КОНТЕКСТЕ ТЕОРИИ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ	294
Зозуля Е.В., Муравицкая И.С. <i>Славянск, Украина</i> СОВМЕСТИМОСТЬ СТУДЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОБЩЕЖИТИИ, КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ИХ ОПТИМАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	297
Никитина Н.Б. <i>Чита, Россия</i> МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА.....	302
Озерова Н.С. <i>Москва, Россия</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ.....	306
Осика К.С. <i>Славянск, Украина</i> ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОЇ ЗРІЛОСТІ У СПОРТСМЕНІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ	311
Осика О.В. <i>Славянск, Украина</i> ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ «ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ» В ОРГАНІЗАЦІЯХ.....	319
Осочук С.С., Марцинкевич А.Ф. <i>Витебск, Беларусь</i> ОТНОШЕНИЕ МИКРОВЯЗКОСТЕЙ АННУЛЯРНОГО И ОБЩЕГО ЛИПИДНОГО ФОНДА КАК КОНСТАНТНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТА.....	328
Петренко Ю.А., Меньших О.Э. <i>Черкассы, Украина</i> ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ.....	332
Петрукович Н.П., Власова С.В., Врублевский Е.П. <i>Пинск, Беларусь</i> СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	336
Погорелов М.Г., Бутиріна М.В. Гуляр О.О, Скорописова Л.І. <i>Славянск, Украина</i> ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ.....	340
Піддубна Н.Г., Лічман С.В. <i>Славянск, Украина</i> ПРИЧИНИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ» У ВИХОВАТЕЛІВ ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ.....	346

Поддубная Н.Г., Большунова О.В. <i>Славянск, Украина</i> СТРАХИ И ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ДЕСТРУКТИВНЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ЖИЗНИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ.....	354
Позднякова О.Б. <i>Славянск, Украина</i> СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ИНТЕРНАТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	362
Попова Н.Н. <i>Чита, Россия</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КРЕАТИВНОСТИ И ОДАРЕННОСТИ.....	369
Резникова Е.А. <i>Славянск, Украина</i> АДАПТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В СИСТЕМЕ ПСИХИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ ЯВЛЕНИЙ.....	376
Русаева Н.С., Обыденко В.И., Патеюк А.В., Нимбуева С.Г., Евгалдаев С.Д. <i>Чита, Россия</i> ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ РАСТВОРЕНИЯ КОЛЛАГЕНА НА РЕГЕНЕРАЦИЮ КОЖИ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	386
Рутовский Я.А. <i>Жешув, Польша</i> ПРЕИМУЩЕСТВА СНИЖЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ УГЛЕВОДОВ И ФРУКТОЗЫ В ПИТАНИИ ПРИ ГЛИКЕМИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ.....	389
Свиденская Г.Н. <i>Славянск, Украина</i> ЧУВСТВО ПРИВЯЗАННОСТИ КАК ОСНОВА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ.....	394
Сержантова Л.Ю., Скоринова О.В. <i>Чита, Россия</i> МОДЕЛЬ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С ЛЮДЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ГКУСО «ЦЕНТРА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ «РОСТОК» ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ	402
Сивопляс В.В. <i>Славянск, Украина</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ПОДРУЖНІХ КОНФЛІКТІВ У МОЛОДИХ СІМ'ЯХ	406
Сивопляс Н.В. <i>Славянск, Украина</i> ПРИМЕНЕНИЕ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К АНАЛИЗУ ПСИХИЧЕСКОГО СОДЕРЖАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ (на примере работы с клиенткой).....	415
Степаненко Л.В., Кучеренко А.В. <i>Славянск, Украина</i> НЕОБХІДНІСТЬ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ ДО ДІЙ В ЕКСТРИМАЛЬНИХ УМОВАХ СЛУЖБОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	423

<p>Стеценко А.И. <i>Черкассы, Украина</i> ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ г. ЧЕРКАССЫ К ФИЗИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ</p>	434
<p>Тверская С. С. <i>Коломна, Россия</i> С. БУБНОВСКИЙ О ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</p>	439
<p>Тихонская К.О, Бондаренко И.С. <i>Мариуполь, Украина</i> ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ.....</p>	443
<p>Хамула М.А., Мелехина О.В., Выскубова Е.Н., Бажина Т.П. <i>Краснодар, Россия</i> МЕДИЦИНА И ПЕДАГОГИКА КАК ИНСТРУМЕНТЫ ВОСПИТАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ</p>	450
<p>Харченко А.С. <i>Полтава, Украина</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ К ЗДОРОВЬЮ</p>	456
<p>Шапиева А.В. <i>Чита, Россия</i> НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЛИТИЧЕСКОГО ПИАРА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....</p>	464
<p>Шахова Д.О. <i>Чита, Россия</i> ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ КИТАЙСКОЙ ТРАДИЦИОННОЙ ПРАКТИКИ ТАЙЦЗИЦЮАНЬ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....</p>	469
<p>Шебеко Л.Л., Сергеев О.П., Апанович А.П. <i>Пинск, Беларусь</i> ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИ- ЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.....</p>	471
<p>Шебеко Л.Л., Власова С.В., Василец В.В., Германович Л.В. <i>Пинск, Беларусь</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЯХ У ЖЕНЩИН 30-45 ЛЕТ.....</p>	475
<p>Шильдяева В.В. <i>Чита, Россия</i> МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА.....</p>	484
<p>Шурыгина Ю.Ю. <i>Улан-Удэ, Россия</i> СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА КАК МОРАЛЬНАЯ ОСНОВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАБОТНИКА СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ</p>	491

<p>Ендеберя І.В. <i>Славянск, Украина</i></p> <p>ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ САМОСТІЙНОСТІ ЯК УМОВИ ПРОФЕСІЙНОГО СТАНОВЛЕННЯ МАЙБУТНІХ ПРАКТИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ.....</p>	496
<p>Эшиев А.К. <i>Жалал-Абад, Кыргызстан</i></p> <p>ТРАНСФОРМАЦИЯ МАСКУЛИННОСТИ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ТОЧЕК ЗРЕНИЯ.....</p>	502

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:
МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ**

Сборник статей V Международной научно-практической
интернет-конференции
22-28 апреля

Лицензияот

Редактор

Сдано в производство

Форм. бум.

№

Печать офсетная

литературная

Уч.-изд. л.

печ.л.

Тираж

Бум. Тип

Гарнитура

Усл.-

Заказ №

Забайкальский государственный университет
672039, Чита, ул. Александрo-Заводская, 30

РИК ЗабГУ
672039, Чита, ул. Александрo-Заводская, 30
www.rik@zabgu.ru
