

Міністерство освіти і науки України
Департамент науки і освіти
Харківської обласної державної адміністрації
Комунальний заклад
«Харківська гуманітарно-педагогічна академія»
Харківської обласної ради

Г.Пономарьова, А. Пехарєва, І. Табачник

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПОЗИТИВНО-
ДІЄВОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У СИСТЕМІ БАЗОВИХ
ВІДНОШЕНЬ ШКОЛЯРІВ ТА СТУДЕНСТВА**

Монографія

Харків

2018

УДК 37.015.3:613.96 – 056.15 (02.064)

П 56

Рекомендовано до друку
Вченою радою Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»
Харківської обласної ради
(Протокол № 5 від 03.05.2018)

Рецензенти: Т.Б. Хомуленко, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри практичної психології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

О.І. Проскурняк, доктор психологічних наук, завідувач кафедри корекційної освіти та спеціальної психології Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради

М.В. Роганова, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри теорії та методики дошкільної освіти Комунального закладу «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради

П 56 Пономарьова Г.Ф. Психологічні особливості формування ставлення до здоров'я у системі базових відношень школярів та студентства / Г.Ф.Пономарьова, І.Г.Табачник, А.С.Пехарева ; Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» Харківської обласної ради. – Харків: назва типографії, 2018. – 280с.

Монографія присвячено вивченню психологічних особливостей ставлення до здоров'я в системі базових відношень особистості шкільного та юнацького віку та їх корекції . У роботі представлено огляд наукових досліджень в ході яких визначено специфіку ставлення до здоров'я, самоставлення та їх взаємозв'язок у осіб шкільного та юнацького віку. Визначена факторна структура ставлення до здоров'я у дітей шкільного віку які часто хворіють, та у студентів з узалежненою поведінкою.

Розроблені та науково-обґрунтовані модель корекційного комплексу спрямованого на нормалізацію системи ставлень у дітей шкільного віку та програма формування позитивно-дієвого ставлення до здоров'я в системі базових відношень як умова корекції узалежненої поведінки у юнацькому віці

Монографія адресується науковцям, працівникам системи вищої освіти, викладачам, аспірантам і студентам вищих педагогічних навчальних закладів, вчителям, працівникам психологічної служби.

УДК 37.015.3:613.96 – 056.15 (02.064)

ISBN

© Г.Ф.Пономарьова , І.Г.Табачник,
А.С. Пехарева, 2018

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЗИТИВНО-ДІЄВОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ ТА СТУДЕНТІВ ...	7
1.1. Особливості ставлення до здоров'я школярів у системі базових відношень.....	7
1.2. Теоретичні засади дослідження ставлення до здоров'я студентів в системі базових відношень.....	30
ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ БАЗОВИХ ВІДНОШЕНЬ ПРЕДСТАВНИКІВ ШКІЛЬНОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	64
2.1. Психологічні особливості ставлення до здоров'я у дітей шкільного віку.....	64
2.2 Психологічні особливості ставлення до здоров'я у студентів з узалежненою поведінкою в системі базових відношень	128
ОСНОВНІ НАПРЯМИ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ РОБОТИ ЗІ ШКОЛЯРАМИ ТА СТУДЕНТСТВОМ З ФОРМУ ВАННЯ ПОЗИТИВНО-ДІЄВОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ БАЗОВИХ ВІДНОШЕНЬ.....	186
3.1. Модель корекційного комплексу спрямованого на нормалізацію системи ставлень у дітей шкільного віку.....	186
3.2. Програма формування позитивно-дієвого ставлення до здоров'я в системі базових відношень як умова корекції узалежненої поведінки у студентському віці.....	220
Висновки.....	251
Список використаних джерел.....	260

ВСТУП

Ситуації частих і тривалих ГРЗ школярів та проблема узалежненої поведінки студентства у значній мірі змінюють характер стосунків дітей у різних сферах функціонування особистості, що обумовлює необхідність створення програм психологічної допомоги даному контингенту хворих дітей.

Проблемі виникнення в особистості узалежненої поведінки присвячені роботи багатьох науковців-психологів, у тому числі вітчизняних (А. Акопов, Б. Братусь, Н. Бугайова, Н. Бурмака, Н. Завацька, Г. Золотова, Л. Ілюк, Л. Ільницька, Ц. Короленко, В. Крамченкова, Б. Леко, І. Лисенко, В. Лозовой, С. Максименко, Н. Максимова, В. Менделевич, О. Савчук, О. Сасько, Б. Ткач, І. Фурманов, О. Харькова, О. Христук, О. Чередниченко та ін.). Спостерігається зростання інтересу українських вчених-психологів до проблем алкогольної та тютюнової адикції серед юнацтва. У дослідженнях зазначається, що тютюнопаління у юнаків має психологічний характер, через нього задовольняються психологічні потреби у формуванні іміджу, у полегшенні комунікації, у психологічній підтримці, у стимуляції активності, вивчаються особливості копінг-стратегій у юнаків із тютюновим і алкогольним узалежненням, особливості соціального інтелекту у юнаків, схильних до алкогольного узалежнення. Серед чинників виникнення узалежненої поведінки різних видів, зокрема алкогольної й тютюнової, вказують ставлення особистості до себе та до інших.

Осмислення змісту особистості через її ставлення є традиційним для вітчизняної психологічної науки (Б. Ананьєв, Л. Божович, О. Лазурський, В. М'ясищев, А. Петровський, С. Рубінштейн, О. Старовойтенко та ін.). Предметом вивчення психологів постає і проблема ставлення особистості до власного здоров'я (Л. Бевзенко, Р. Березовська, Н. Волошко, Л. Дихан, О. Ієрусалімцева, Л. Коробка, Л. Куліков, Г. Нікіфоров, Л. Сохань та ін.), але ставлення до здоров'я практично не вивчалось у цілісній системі ставлень особистості, зокрема ставлень особистості юнацтва з узалежненою поведінкою.

Г.Ф.Пономарьова стверджує: « Виховання громадянина патріота, фізично і духовно розвиненої людини, професіонала можливе лише в цілісному педагогічному процесі. Формування громадянської позиції особистості, її національної свідомості, ціннісної свідомості, турбота про соціальне благополуччя, духовно-моральне та фізичне здоров'я є загальною турботою освітян, наукового й педагогічного співтовариства, батьків, культурних, громадських організацій, установ здоров'я, тобто всіх хто не байдужий до майбутнього молодого покоління» [153, с.5]

Сучасні науковці наголошують на серйозних медичних (порушення розвитку різних органів і систем; зниження імунологічної резистентності; зміна режиму рухової активності, що призводить до розвитку коморбідних розладів та до відставання моторного розвитку; поліпрагмазія тощо) і психосоціальних (порушення соціальної адаптації, емоційного стану; обмеження контактів із однолітками; зниження відвідування школи та успішності, обмежений стиль життя, гіперпротекція з боку батьків, що призводить до фіксації в ролі дитини та в ролі хворого, зниження рівня життя в цілому, формування «вивченої безпорадності», обмеження у виборі майбутньої професії тощо) наслідках частої та тривалої захворюваності дітей.

Проте соматичне неблагополуччя виступає чинником дефіцітарного розвитку дитини, обтяженого біологічною шкодою, який веде до порушення всієї системи ставлень особистості, що її конституують та може призвести до проявів узалежненої поведінки в юнацькому віці.

Методологічну й теоретичну основи дослідження складають фундаментальні положення генетичної психології С.Д. Максименка, теорія ставлень В.М. Мясичева, культурно-історична концепція розвитку Л.С. Виготського, положення стосовно розвитку дитини в умовах соматичного неблагополуччя, теорія і практика психотерапії, та основні принципи і методи надання медико-психологічної допомоги дітям.

Актуальність визначеної проблеми, її недостатня розробленість у віковій психології, об'єктивні суспільні потреби в розробці науково обґрунтованих

заходів психологічної профілактики й корекції системи ставлень дітей шкільного віку та узалежненої поведінки в юнацькому віці зумовили вибір теми монографії «Теоретико-методологічні засади проблеми формування ставлення до здоров'я у системі базових відношень школярів та студентства».

У монографії викладено основні положення щодо становлення специфічного зв'язку вчинкового компонента ставлення до здоров'я й складових ставлення до себе та до інших у юнацтва з тютюновим узалежненням, а саме: інтенсивність прояву вчинкового компонента ставлення до здоров'я збільшується при зниженні толерантності у ставленні до інших, впевненості у прихильності світу й доброті людей, підвищенні прояву міжособистісної залежності у вигляді дисфункціонального відділення та деструктивної надзалежності, зниженні вираженості у ставленні до себе самокерування й відображеного ставлення; поглиблено уявлення про структуру ставлень особистості юнацького віку шляхом визначення особливостей зв'язку між ставленням до здоров'я, до себе, до інших, до провідної діяльності представників юнацького віку з тютюновою та алкогольною узалежненою поведінкою; обґрунтовано уявлення про внутрішньосімейну взаємодію дітей що часто хворіють, а саме: система міжособистісних відносин характеризується емоційно домінуючою прихильністю до матері й меншою прихильністю до батька; розширено уявлення про особистість дитини, яка характеризується паранойальними, сенситивними, залежними, інфантильними та астено-апатичними рисами; наукові знання щодо ставлення ЧХД до складних життєвих ситуацій, а саме: пасивність, пошук сильного наставника, інтрапунітивність тощо.

РОЗДІЛ 1 ОСНОВНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ ТА СТУДЕНТІВ

1.1. Особливості ставлення до здоров'я школярів у системі базових відношень

Часто хворіючі діти- це термін, що позначає групу дітей і підлітків, яка виділяється при диспансерному спостереженні й характеризується більш високим, ніж у їх однолітків, рівнем захворюваності на ГРЗ [7, 11, 16, 21, 23, 26, 41, 45, 47, 57, 70, 71, 80, 81, 85 і ін.], що виникають через транзиторні коректуємі відхилення в захисних системах організму при відсутності стійких органічних порушень у них. Підвищена сприйнятливість до респіраторних інфекцій у часто хворіючих дітей не пов'язана зі стійкими вродженими і спадковими патологічними станами [7, 34, 16, 21, 23, 26, 41, 45, 121, 122, 180, 190 та ін.].

Фактори, що сприяють частим респіраторним захворюванням дітей:

- певна незрілість імунної системи в дітей зумовлює менш диференційовану (в порівнянні з дорослими) відповідь імунної системи в цілому на вплив інфекції. Виникає це внаслідок того, що імунна система в дітей схильна до онтогенетичної послідовності «дозрівання» різних імунних факторів, яка завершується лише до 12-14 років;
- несприятлива екологічна обстановка в великих промислових центрах і містах;
- низький рівень санітарної культури, несприятливі соціально-побутові умови, недостатньо збалансоване харчування;
- ранній початок відвідування дошкільних навчальних закладів [244, 247, 263, 264, 273].

Різні автори пропонують різні критерії для виокремлення групи часто хворіючих дітей. Основним критерієм виокремлення пацієнтів у зазначену групу є частота захворюваності на гострі респіраторні інфекції [158, 171, 234, 237, 239]. Зокрема, до часто хворіючих відносять дітей відповідно до

інфекційного індексу (II), який визначається як відношення суми всіх випадків ГРЗ (упродовж року) до віку дитини. У часто хворіючих дітей II індекс становить від 1,1 до 3,5; у рідко хворіючих дітей - коливається від 0,2 до 0,3. Якщо спостереження за дитиною триває менше року, розраховують індекс резистентності (I). Це відношення числа перенесених дитиною гострих захворювань до місяців спостереження. Відповідно до цього часто хворіючою можна вважати дитину, якщо цей індекс становить 0,33 і більше.

Виокремлюють також «умовно» й «істинно» часто хворіючих дітей. «Умовно» часто хворіючі діти хворіють не більше 4-5 разів на рік, їх I становить 0,33-0,49. У «істинно» часто хворіючих дітей I вище 0,5. У цих дітей відзначаються: виражена спадкова обтяженість; висока частота гострих захворювань упродовж року (від 6-7 раз, при I 0,5 і вище) із тривалим і ускладненим перебігом; супутні морфофункціональні відхилення різних органів і систем; швидке формування хронічних захворювань і хронічних вогнищ інфекції. «Істинно» часто хворіючі діти є групою високого ризику з формування хронічних форм патології [23, 26, 45, 57, 63, 67, 107, 119].

Клінічні прояви ГРЗ у часто хворіючих дітей такі ж, як і у дітей, що хворіють не так часто: підвищення температури, риніт, катаральні прояви в ротоглотці. [107, 119, 266, 284 та ін..].

У цілому клінічні прояви залежать від збудника, який викликав черговий епізод ГРЗ. Так, при ГРЗ грипозної етіології в клінічній картині домінують інфекційний токсикоз, менінгеальні знаки, зумовлені гострим набряком головного мозку. Захворювання, викликане вірусом парагрипу, супроводжується помірним підвищенням температури тіла, рясними виділеннями з носа, чітко вираженою гіперемією ротоглотки. При аденовірусній інфекції поряд із вираженими катаральними явищами у верхніх дихальних шляхах відзначаються кон'юнктивіт, лімфаденопатія, можлива спленомегалія. Інфікування цитомегаловірусом поряд із катаральними явищами може викликати клінічні прояви паротита, а при інфікуванні мікоплазмою пневмонії можлива поява тонзиліту. Основним клінічним синдромом

респіраторного захворювання є ураження дихальних шляхів на фоні гарячкового стану [28, 38, 70, 81, 208, 226, 250, 328 та ін.]

Особливостями ГРЗ у часто хворіючих дітей є лише висока частота їх виникнення та схильність до затяжного і рецидивуючого перебігу аж до безперервно рецидивуючого. У окремого числа часто хворіючих дітей ГРЗ ускладнюється синуситом, отитом, бронхітом, нападами бронхіальної астми. Пневмонія виникає відносно рідко й лише у дітей перших 3 років життя [16, 28, 38, 70, 81, 208, 226, 250, 252, 319, 328 та ін.].

Найважливішими вхідними воротами для патогенних мікроорганізмів є верхні дихальні шляхи, але вони оснащені комплексною ефективною системою захисту, що перешкоджає колонізації слизової оболонки мікроорганізмами, їх розмноженню, порушенню цілісності епітеліального шару й потрапляння патогенів у підлеглі тканини і кров [1, 16, 28, 38, 70, 81, 208, 226, 250, 251, 296, 305, 311 та ін.].

Прийнято, що ЧХД – феномен виключно віковий. Цю групу складають переважно діти дошкільного віку, які хворіють на ГРЗ більше чотирьох разів на рік. Однак, дослідження вказують на те, що гострі респіраторні вірусні інфекції не єдина причина частих захворювань. У якості причин виокремлюють дитячі інфекції, отити, синусити та звернення з приводу хронічних захворювань лише у фазі загострення [315, 317, 331, 332].

У дослідженні Н.Г. Веселова [322] зазначено, що в медицині часто хворіючими вважаються:

- діти до 1 року, у яких випадки гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) - 4 і більше на рік;
- діти від 1 до 3 років - частота 6 і більше ГРЗ на рік;
- діти від 3 до 5 років - 5 і більше ГРЗ на рік;
- діти старше 5 років - 4 і більше ГРЗ на рік.

Також критерієм є те, що дитина хворіє не тільки часто, але і тривалий час (більше 10-14 днів одне ОРЗ) [18, 22, 25, 31]. У структурі хронічних захворювань ЧХД, із досліджень Н.Г. Веселова [322], найбільш значними є:

захворювання ЛОР-органів (від 32% до 87,3%), органів травлення (від 20% до 25%), опорно-рухового апарату (від 18,3% до 28,7%) і хвороби нервової системи (неврози - 23%, астеничний синдром - 16,4%, мала мозкова дисфункція - 9,8%, невротичні реакції - 6,5%).

Найбільшою групою є група захворювань, пов'язаних з органами дихання. За останні 10 років вони склали 60 - 80% усієї захворюваності дітей у віці до 14 років. У групі дітей дошкільного віку перше місце за частотою проявів займають гострі респіраторні інфекції, 49,5% із них припадає на контингент часто хворіючих дітей (хворіють більше 4-х разів на рік). Як показують дослідження, проведені такими вченими як В.Ю. Альбіцький, А.А. Баранов, Н.В. Михайлова, М.М. Слободян, В.К. Таточенко, понад 46% дошкільнят, які часто хворіють, згодом до 8-9 років набувають одного або кількох хронічних захворювань [6, 8, 15, 315, 319, 334, 335].

Із досвіду медичної практики вчені роблять висновки про відсутність стійких результатів у лікуванні таких дітей, адже після закінчення курсу лікування, вони незабаром хворіють знову й змушені повторно звертатися до лікаря. Відповідно, життя цих дітей обмежується колом сім'ї, вони позбавляються повноцінного спілкування з однолітками, що перешкоджає їх психічному розвитку [21, 32, 38].

Розвиток теорії сучасної медичної психології пов'язаний із адекватним використанням наукових концепцій. Для розвитку медицини актуальним є особистісний підхід до хворого. Такий підхід може бути науково обґрунтованим, якщо він спирається на загальнопсихологічну концепцію особистості. У загальній психології таких концепцій багато, й існує проблема вибору однієї з них у якості теоретичної бази. До переваг концепції ставлень стосовно особистісного підходу в медицині належить те, що ця концепція виникла в неврології як розділі психіатрії пограничних станів, так і в медичній психології [9, 73, 101, 139, 140]. Методологічно важливим є висновок В.Н.Мясищева про те, що ставлення пов'язують людину з усіма сторонами

дійсності, у якій можна встановити три основні категорії: світ речей, люди, сам суб'єкт -особистість.

Згідно з концепцією В.Н. Мясищева, сутністю особистості є ставлення до дійсності. Ставлення В. Н. Мясищев розглядав як психічний вияв зв'язку суб'єкта та об'єкта. Ставлення, згідно з В.Н.Мясищевим, об'єктивне, як реальний зв'язок між людським індивідом і предметами дійсності, але воно і суб'єктивне, з огляду на приналежність суб'єкту, людському індивіду, і отримує в його свідомості суб'єктивне відображення [139, 140, 141, 142, 143] ,

Психологічні ставлення людини В. Н. Мясищев представляв як цілісну систему індивідуальних, виборчих, свідомих зв'язків особистості з різними сторонами об'єктивної дійсності [139, 140, 141]. Формування цієї системи здійснюється під час конкретно-історичного процесу, висловлює особистий досвід людини, визначає його переживання, вчинки, поведінку.

До сутнісних характеристик ставлень відносяться: цілісність, активність, свідомість і вибірковість [101, 139].

Цілісність. Особистість є одиничне й унікальне ставлення людини до світу, що включає саму людину й інших людей. При вивченні особистості такий психологічний аналіз повинен бути доповнений синтезом виділених відносин у їх цілісну структуру.

Активність. Поняття відношення, на думку В. Н. Мясищева, виникає там, де є суб'єкт і об'єкт відносин. Чим більш виражена активність, тим більше виражене ставлення.

Свідомість. Свідомість визначається як здатність вітувати собі про дійсність, правильно відображати дійсність у її основних рисах, віддавати звітувати собі в сенсі впливу й обстановки.

Вибірковість. Виборчий характер ставлень означає, що особливості характеру, зокрема й сили реакцій, залежать від змісту предмета й від значущості його для людини. Вибірковість - це поняття, яке тісно пов'язане з поняттям значущості. Ставлення вибагливі, перш за все, в емоційно-оціночному сенсі. Вибірковість відображає суб'єктивність ставлень.

Особистість у своїх ставленнях - до інших людей, до себе, об'єктів, подій - завжди обирає, надає перевагу, обирає й відкидає.

Цілісність, активність, свідомість і вибірковість виступають як властивості, які завжди є у ставленні. Поряд із цими властивостями, в концепції відносин виділяються три компоненти, за допомогою яких психологічні ставлення описуються. Слід зазначити, що виокремлені В. Н. Мясищевим три компоненти кожного ставлення відповідають у сучасній психології виокремленню трьох сфер психічного: емоційної, когнітивної та мотиваційно-поведінкової [139].

Емоційний компонент ставлень. Емоції тісно пов'язані з найважливішим моментом в основній характеристиці ставлень, із їх вибірковістю, позитивною чи негативною, і їх активністю. Емоція, як цілісна реакція особистості, виражає й формує емоційне ставлення. Цілісність у емоції виражається єдністю способів прояву ставлення організму до зовнішнього об'єкта і змінами всієї внутрішньосоматичної динаміки в зв'язку з важливістю об'єкта, що викликає у людини емоцію [139, 140, 141].

Мотиваційно - поведінковий (вольовий) компонент ставлень. Поняття волі є видом активного перетворюючого ставлення людини до різних сторін об'єктивної дійсності й до самої себе [139, 140].

Когнітивний (пізнавальний) компонент ставлень. В. Н. Мясищев підкреслював, що ставлення пов'язують людину не стільки із зовнішніми сторонами речей, скільки з їх змістом. Результатом пізнання дійсності, що сприймається, є розуміння її змісту.

У системі ставлень людини особливе місце займає її ставлення до самої себе. Ставлення до себе є системним. При аналізі ставлення до себе можуть бути виділені такі ставлення: ставлення до свого фізичного і психічного стану, до своїх здібностей, до характеру, до виконуваних соціальних ролей, до особистісного та соціального статусу тощо.

Однією з інтегральних характеристик ставлення до себе є самооцінка. Людина оцінює своє становище в системі ставлень, в системі прийнятих нею

особистісних цінностей, ступінь відповідності своїм ідеалам, до яких вона прагне, з одного боку, і тому, що людина відкидає, із іншого [139, 140].

Ставлення до інших (конкретних) людей: до сім'ї і найближчих родичів (мати, батько, брати, сестри, чоловік, дружина, діти); до найближчого оточення поза сім'єю (друзі, знайомі, сусіди та ін.); до оточення на роботі (співробітники, керівництво, підлеглі, адміністрація та ін.); до оточення при інших формах соціального функціонування (шкільні вчителі, діти, лікарі, продавці та ін.) [139, 140, 141].

Ставлення до подій. Сюди можна віднести, перш за все, ставлення до подій у власному житті й житті інших конкретних людей.

Ставлення до окремих конкретних подій у власному житті: закінчення школи, народження дитини, смерть близької людини, переїзд в інший будинок або місто, вихід на пенсію, конфлікт і ін. [101, 139].

У психології прийнято уявлення про те, що розвиток психіки є нестабільним рухом, який є переривний процес, що може призвести до кризи [20, 21, 22, 25, 98, 105, 243, 247 та ін.]. Дослідження і ретельне вивчення суб'єктивної сторони захворювання є ефективним способом, який дає можливість об'єктивно оцінити внутрішній світ хворої дитини і намітити методи корекційно-розвивальної діяльності з нею.

Розвиток особистості дитини, яка часто та тривало хворіє, представляє собою особливий, якісно інший характер, обумовлений особистісними особливостями хворої дитини, які багато в чому тісно пов'язані з характером взаємин дитини з батьками, його суб'єктивними знаннями і ставленням до здоров'я, а не тільки об'єктивної тяжкості захворювання. Все це визначає своєрідну поведінку дитини в ситуації хвороби, яку дослідники характеризують як адаптивну.

Хвороба обмежує активність людини, формує дефіцітарні умови для розвитку особистості, може стати причиною кризи психічного розвитку, привести до появи новоутворень як нормального, так і патологічного типу, що тим самим має прямий вплив на життєвий досвід людини.

Психологічні особливості часто хворіючих дітей досить ретельно описані різними авторами, які пов'язують їх зі стійким емоційним напруженням дитини і, зокрема, зі складнощами в розвитку вольової поведінки [22, 5, 7, 11, 317, 320, 324, 331, 334].

Аналіз даної проблематики дозволяє нам виокремити психологічні особливості соматично хворих дітей. Є цілий ряд досліджень, у результаті яких встановлено, що розвиток соматично хворої дитини не є уповільненим, а є «якісно іншим».

У психологічній літературі наводяться дані, що вказують на відмінності часто хворіючих дітей від їх здорових однолітків за певними індивідуально-психологічними характеристиками. Так, їм властиві виражена тривожність, боязкість, непевненість в собі, швидка стомлюваність, залежність від думки оточуючих (насамперед від думки матері). Вони можуть довго бути зайняті однією і тією ж іграшкою, обходитись без спілкування з іншими дітьми, проте їм необхідна присутність поруч матері, від якої вони не відходять ні на крок [11, 39, 47, 56 та ін.].

Погане самопочуття, обмеження рухів, важке й тривале лікування призводять до розвитку емоційного занепокоєння, порушення сну, високої тривожності, депресивних і регресивних реакцій. Все це відображає соціальну ситуацію розвитку, яка складається в умовах хвороби. Основними наслідками цієї ситуації є зміни в спрямованості особистості в системі самооцінки, в установці на діяльність [7, 8, 11, 41, 56, 63, 78 та ін.].

Паралельно з адекватною й навіть дещо завищеною усвідомленою самооцінкою в часто хворіючих дітей співіснує негативне емоційне самооставлення. У цьому випадку часто має місце порівняння з матір'ю, що виявляється в самознищенні, приписуванні собі негативних емоцій, таких як горе (печаль), страх, гнів (злість) і почуття провини [63, 78, 112, 160 та ін.].

Л.С.Виготський увів поняття «соціальна ситуація розвитку». «Соціальна ситуація розвитку» не є просто середовищем, тобто тим, що знаходиться поза людиною у вигляді сукупності об'єктивних зовнішніх чинників розвитку, не є

простою обстановкою розвитку, а являє собою особливе поєднання внутрішніх процесів розвитку й зовнішніх умов, яке є типовим для кожного вікового етапу і обумовлює як психічний розвиток на цьому етапі, так і психологічні новоутворення, що виникають у цей період [51, 52, 53].

«Соціальна ситуація розвитку» представляє собою вихідний момент для всіх динамічних змін, що відбуваються в розвитку упродовж даного періоду. Вона цілком і повністю визначає ті форми й той шлях, слідуючи яким людина набуває нових і нових властивостей особистості, черпаючи їх із соціальної дійсності, як з основного джерела розвитку [49, 50].

Л.С.Виготський підкреслював, що головна ознака соціальної ситуації розвитку - особливе поєднання внутрішніх і зовнішніх процесів розвитку [50].

Соматичне захворювання якісно змінює всю соціальну ситуацію розвитку людини: рівень її психічних можливостей, веде до обмеження контактів з людьми, тобто воно змінює об'єктивне місце, яке людина посідає в житті, а також її «внутрішню позицію» [139, 144, 265] щодо до себе самої й життя в цілому. Розглянемо більш детально, в чому полягають ці зміни.

Перш за все, підкреслимо, що соматична хвороба може змінити самі біологічні умови протікання діяльності. Сама собою біологічна зміна організму не входить до змісту соціальної ситуації розвитку, а є тільки передумовою протікання психічної діяльності, однак, вона відбивається на загальній динаміці діяльності, витривалості людини стосовно навантажень (фізичних і психічних), стійкості енергетичного потенціалу діяльності, збереження її операційного складу [45, 56, 63].

Хвороба може змінити й перспективу людського життя в цілому. Будь-який справжній розвиток передбачає саме спрямованість у майбутнє, відкритість перспективі руху. Зміни ескізу майбутнього - одна з найбільш істотних характеристик нової соціальної ситуації розвитку, що складається в умовах хвороби

Нову соціальну ситуацію розвитку, що виникла в умовах хвороби, «ускладнює» наявність соціальних наслідків хвороби [80].

Нова соціальна ситуація розвитку стає предметом активної внутрішньої «роботи» самого хворого, внаслідок якої формується нова «внутрішня позиція» людини, зміст і динаміка якої відображають основні смислові зміни в структурі особистості. Нова соціальна ситуація розвитку може стати джерелом формування в людини як психологічно позитивних для розвитку її особистості новоутворень (у вигляді, наприклад, компенсаторних і пристосувальних проявів), так і негативних рис із тенденцією до оскуднення й збіднення всього психічного образу, звуження зв'язків зі світом тощо. Останнє в медичній літературі кваліфікується у поняттях невротичного, психопатоподібного й патохарактерологічного розвитку хворого [78, 93, 113, 117 та ін.]

Таким чином, для розуміння психології соматично хворого, необхідно розглядати соціальну ситуацію розвитку в умовах хвороби. Соціальна ситуація розвитку в умовах хвороби досить суперечлива за своїм змістом і може бути кваліфікована як кризова. Однак, як показують клініко-психологічні спостереження, незважаючи на подібний її об'єктивний контур, кризи психічного розвитку може й не бути [114].

Розглянемо відношення до хвороби в контексті концепції ставлень В. Н. Мясищева. Як і кожне ставлення, ставлення до хвороби має сутнісні характеристики. Ставлення особистості до хвороби цілісне, активне, свідоме й вибіркоче [153, 188].

Цілісність. Людина відноситься до хвороби в цілому, тому ставлення до хвороби пов'язане з усією системою відносин. Ставлення до хвороби пов'язане в тій чи іншій мірі з будь-яким іншим ставленням. Ставлення до хвороби формується всіма ставленнями особистості й саме впливає на всі інші ставлення.

Зрозуміти ставлення до хвороби можна лише за умови розуміння інших ставлень людини. Таке розуміння створює евристичну установку на розгляд ставлення до хвороби в контексті всіх інших відносин особистості, і ця евристична установка орієнтує дослідження на виявлення реакцій особистості на хворобу в усіх сферах функціонування особистості.

Крім того, цілісність ставлення до хвороби має й інший зміст. Ставлення до хвороби може виступати як ціла підсистема відносин, відповідних безлічі всіляких аспектів аналізу хвороби, однак, кожне ставлення цієї підсистеми визначається не тільки відповідним аспектом захворювання, а й ставленням до хвороби як цілого, відбитого в цілісному розумінні цієї події в житті людини [189, 192].

Активність. При розгляді активності, як сутнісної властивості відношення до хвороби, слід враховувати загальний стан концепції відносин про те, що поведінка особистості не може визначатися активністю окремого ставлення. Ставлення до хвороби активне й у взаємодії з іншими відносинами і визначає зміни в поведінці людини. Ставлення до хвороби обумовлює активність особистості, спрямовану на позбавлення від неї, усунення страждань і всіх, пов'язаних із хворобою, небажаних наслідків.

Ставлення до хвороби стосується всіх сфер поведінки в тій мірі, у якій відношення до хвороби зачіпає всі інші відносини особистості. Активність ставлення до хвороби може змінювати активність всіх інших відносин. Таким чином, ставлення до хвороби змінює в тій чи іншій мірі всю поведінку людини.

Свідомість. Ставлення до хвороби представлено в свідомості хворої людини. Людина усвідомлює факт захворювання як подію життя, своє ставлення до цієї події й зміни в інших ставленнях до дійсності, що відбуваються в зв'язку з хворобою. [189, 192].

При розгляді свідомого ставлення до хвороби необхідно звернути увагу на те, що при психологічному аналізі проблеми «особистість -хвороба» під хворобою слід розуміти не об'єктивно існуючий патологічний процес організму, а хворобу, як подію в житті особистості. Ставлення до хвороби виступає як феномен свідомості особистості хворого.

Істотним фактором, що впливає на усвідомлення ставлення до хвороби, є її фруструючий характер. Будь-яка хвороба, в більшій чи меншій мірі, завжди фруструє особистість. Ступінь фрустрації залежить від ступеня й широти впливу хвороби на задоволення потреб особистості [198, 322].

Потрібно враховувати той факт, що хвороба, будучи руйнівною подією в житті людини, може, тим не менше, відкривати для неї й сприятливі можливості. Факт хвороби може бути використаний як інструмент у спілкуванні з іншими людьми, близькими, а також соціумом у цілому.

Вибірковість. Ставлення до хвороби залежить не тільки від того, якою є хвороба, але й від того, якою є особистість самого хворого. Ставлення до хвороби у хворих визначається не клінічною картиною захворювання, яку описує об'єктивна медицина, а тим, як сам хворий сприймає, розуміє й оцінює свою хворобу як подію в житті. Неповторність особистості хворого створює неповторність, унікальність сенсу хвороби як події життя й тим самим формується унікальне, неповторне ставлення до хвороби [188].

Поняття про компоненти ставлення відображає можливість його розгляду в трьох різних смислових ракурсах.

Емоційний компонент ставлення до хвороби представляє ті зміни в емоційній сфері особистості хворого, які відбуваються з виникненням хвороби й у процесі її перебігу й лікування. Із хворобою пов'язаний широкий спектр почуттів - багатство і сила емоційних переживань, обумовлених хворобою, залежить від ступеня значущості тих відносин, яких торкається хвороба. Емоційний компонент ставлення до хвороби, як правило, характеризується негативними емоціями. Обумовлено це тим, що хвороба фруструє особистість, блокує її потреби.

Емоції, що відображаються емоційним компонентом ставлення до хвороби, пов'язані з соматичним станом хворого. Ці емоції включаються як один із патогенетичних факторів у цілісний процес патогенезу захворювання. Зміни в емоційній сфері можуть призвести до зміни його соматичного стану, а новий соматичний фон, в свою чергу, може змінити перебіг захворювання. Таким чином, ставлення до хвороби може впливати на її розвиток [180, 192].

Мотиваційно-поведінковий компонент. Мотиваційно-поведінковий компонент ставлення до хвороби представляє ті зміни в мотиваційно-

поведінкової сфері особистості хворого, які відбуваються з виникненням хвороби й у процесі її перебігу.

Хвороба приносить фізичні й душевні страждання, загрожує благополуччю людини. У зв'язку з цим виникають нові мотиви діяльності, спрямовані на позбавлення від страждань і на лікування захворювання [188, 189, 190].

Зміни у мотиваційній сфері особистості хворого викликані також тим, що хвороба блокує можливість досягнення багатьох з цілей, які раніше визначали поведінку особистості. У зв'язку із цим у мотиваційній сфері відбувається відмова від старих цілей або формування нових цілей [53 та ін.].

Когнітивний компонент. Когнітивний компонент ставлення до хвороби відображає ті зміни в когнітивній сфері особистості хворого, які відбуваються з виникненням хвороби й у процесі її перебігу.

Смислова структура когнітивної сфери, що відображає хворобу як об'єктивне явище, є репрезентацією хвороби в психіці. У когнітивному компоненті ставлення до хвороби може бути виокремлена інша смислова структура, яка містить знання про можливий вплив хвороби. Хвороба може містити в собі загрозу смерті, інвалідизації, втрати працездатності. Хворий може побоюватися змін свого соціального статусу. Хвороба викликає незліченну кількість наслідків у житті не тільки хворого, але і його оточення. Хвороба може в цілому змінити особистісну перспективу на майбутнє, оцінку сучасного, впливати на оцінку минулого хворого [191, 192].

Про важливість вивчення суб'єктивної сторони захворювання писав ще 1944 р Р. А. Лурія, продовжуючи розвиток ідей Гольдшейдера про «аутопластичну картину захворювання» [153].

Р.А. Лурія зазначав, що добре знання скарг, переживань і змін характеру хворого є таким же важливим для постановки діагнозу, як і результати об'єктивного дослідження його хвороби.

Р.А. Лурія, створивши поняття внутрішньої картини хвороби (ВКХ), відніс до нього «все те, що відчуває й переживає хворий, усю масу відчуттів, не тільки місцевих хворобливих, але його загальне самопочуття,

самопостереження, уявлення про свою хворобу, про її причини, все те, що пов'язано для хворого з його відвідуванням лікаря, - весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття і відчуттів, емоцій, афектів, конфліктів, психологічних переживань і травм». ВКХ необхідна не тільки для розуміння психіки хворого, але й для лікування (психотерапії) [153, 175].

На формування в дитини ставлення до себе, до світу, до своєї хвороби тощо вирішальний вплив має сім'я. У перші місяці життя під впливом батьківської любові й доброго відношення близьких у дитини виникає загальна самооцінка. Вона стає фундаментом для формування особистості. При дефіциті батьківської любові в дитини не виникає позитивна спрямованість загальної самооцінки. Це призводить до різних деформацій у розвитку особистості: збільшенню відчуття своєї неповноцінності, страху перед новим, агресивності, озлобленості тощо. Відсутність позитивної загальної самооцінки в ранньому віці важко компенсувати в більш пізні періоди [9, 330, 331].

Юстицькій та Ейдемільер виділяли два типи батьківських стосунків та їх складові. Автори виокремлюють гіперротекцію (опіку), яка в свою чергу поділяється на домінуючу й потураючу, а також гіпопротекцію (бездоглядність), яка також буває прихована та потураюча. Вважається, що гіперпротекція характеризується надмірною батьківською турботою, завищеним рівнем протекції. Основою гіперпротекції може стати любов до дитини, а в деяких випадках гіперпротекція може поєднатися з емоційним відкиданням. Досить частою причиною гіперопіки стає фобія втрати дитини, тривожне очікування можливого нещастя. Ці типи батьківського ставлення особливим чином впливають на рівень самооцінки в дітей. Кожен із них може стати причиною формування як завищеної так і заниженої самооцінки, в залежності від свого типу [31, 32].

Домінуюча гіперпротекція - надмірний контроль, постійні заборона й нагляд за дитиною. Батьки все вирішують за дитину, що призводить до нівелювання почуття власної чесноти та відповідальності. При потураючій

гіперпротекції дитина стає кумиром родини. Батьки задовольняють усі потреби та бажання дитини.

Гіпопротекція проявляється у недостатній увазі до дитини та низькому контролі з боку батьків. При прихованій гіпопротекції контроль за поведінкою та життям дитини також відбувається, але він скоріш формальний. Дитина відчуває, що батькам не до неї, й нерідко починає вести таємне життя. Потураюча гіпопротекція характеризується поєднанням безконтрольності з некритичним ставленням до поведінки дитини. У разі якогось поганого випадка, батьки намагаються виправдати власну дитину, перекласти її провину на інших.

В.В.Ніколаєва сформулювала загальну гіпотезу дослідження соматично хворих дітей: хронічне соматичне захворювання, створюючи особливу дефіцитарну соціальну ситуацію розвитку, активізує власну пізнавальну активність дитини (підлітка), спрямовану на подолання перешкод, створених хворобою, в реалізації життєво важливих потреб. Психічне співіснування з хворобою залежить від віку хворої дитини, її провідної діяльності. Не володіючи достатнім життєвим досвідом, дитина виявляє прагнення отримати допомогу від близького дорослого (батьків). Останні, встановлюючи певний тип виховного ставлення до дитини, можуть як сприяти подоланню психологічних перешкод, викликаних хворобою, так і перешкоджати цьому процесу, навіть у разі благополучного відновлення соматичного здоров'я [197].

Р.В. Овчарова [201] зазначає, що приблизно 80% батьків ЧХД використовують тип сімейного виховання за типом гіперопіки. Спілкування батьків із дитиною стає схематичним: на всі випадки життя даються прямі поради, роз'яснюються варіанти поведінки. У результаті такого стилю виховання в дитини не напрацьовується досвід взаємодії з людьми, вона не вчиться самостійно приймати рішення й нести відповідальність за свої вчинки. ЧХД живуть за суворо встановленими правилами, які їй запропонували дорослі, вони перестають досліджувати життя й межі власних

можливостей. Батьки часто хворіючих дітей, як зазначає Шарова, висувать до своїх дітей занижені вимоги.

Г. А. Аріною і Н. А. Коваленко [11, 113] розглянуто особливості ставлення матері до часто хворіючої дитини. Автори наголошують, що майже всі матері ЧХД реалізують «відкидаюче з елементами інфантилізації та соціальної інвалідизації» батьківське ставлення. Матері емоційно низько оцінюють особистісні якості дитини, відкидають дитину, не співвідносять дитину з її реальним віком, іноді приписують їй погані тенденції. Таке материнське ставлення проявляється або в постійному крику на дитину, або в надмірній опіці й постійному контролі будь-якої дії дитини. Автори вказують на стереотип ставлення матерів ЧХД до своєї дитини, у якому неусвідомлюване емоційне відкидання дитини поєднується з тенденцією до авторитарного контролю всього психічного й тілесного життя дитини.

Дослідження А. А. Міхеєвої [179, 180] уточнює уявлення про специфіку материнського ставлення до часто хворіючих дошкільників. У більшості випадків, коли дитина хворіє 4-5 разів на рік, вона явно відкидається матір'ю, не відповідає її очікуванням; мати не приймає хвороби дитини, хоче бачити її здоровою й висуває досить високі соціальні вимоги. У тих випадках, коли дитина хворіє 6 і більше разів на рік, відкидання дитини матір'ю не усвідомлюється, хоча і наявне; на перший план виступає симбіотичний зв'язок, а хвороба служить засобом її підтримки. Це викликає ставлення до дитини як до «маленького невдахи», соціальні вимоги до неї зводяться до мінімуму через впевненість у тому, що вона, в силу свого фізичного стану, не може обійтися без участі й опіки матері.

Часто хворіючу дитину сприймають як людину, якій із самого раннього дитинства довелося зіткнутися з важкими проблемами і яка потребує особливої підтримки і допомоги. Саме сім'я повинна стати розвивальним середовищем для такої дитини. Здоровий психологічний клімат є гарантією її гармонійного розвитку й дозволяє повніше розкрити потенційні можливості. Багато в чому це залежить від прийняття батьками інформації про захворювання дитини, вибору

стилю і тактики її виховання, адекватного сприйняття захворювання на всіх етапах розвитку дитини і збереження поважних відносин між усіма членами сім'ї [252].

Із моменту постановки діагнозу дитині, життя в родині може змінитися докорінно, батьки спочатку можуть перебувати в «шоковому стані». Вони живуть в умовах хронічної психотравмуючої ситуації, постійному емоційному напруженні. Спочатку батьки відкидають саму думку про можливість серйозного захворювання і про те, що їхня дитина не така, як усі. Найчастіше вони схильні звинувачувати один одного і близьких родичів у поганій спадковості та генах, неправильній поведінці. Заперечення захворювання змінюється переживанням провини. Екстравертовані матері, як правило, звинувачують у трагедії медичний персонал у недогляді, неякісній роботі тощо. Вони неадекватно сприймають хворобу дитини, вважаючи, що вона цілком виліковна - так проявляється механізм психологічного захисту від травмуючих переживань. Інтровертовані матері звинувачують у трагедії себе. Вони впадають у відчай і виявляють депресивні реакції, їх настрій сповнений сумом, а в свідомості домінує думка про те, що трапилося. З плином часу матері стають більш замкнутими, втрачають інтерес до навколишнього середовища, до колишніх захоплень. В емоційній сфері відзначається уразливість, дратівливість, нестриманість афектів, сльозливість при розмовах про дітей [31, 55, 157, 253 та ін.]. У більшості випадків через різні фізичні, емоційні й соціальні навантаження, обумовлені наявністю хронічних захворювань дитини, матері страждають і переживають набагато сильніше і гостріше, ніж батьки.

У батьківської пари, починаючи з перших місяців хвороби дитини, на думку Д.М. Ісаєва, може сформуватися три типи ставлення до захворювання [90]:

- адекватний, що обумовлює гармонійне виховання;

- надцінний (тривожно-недовірливий), пов'язаний із вихованням дитини в умовах гіперопіки;

- байдужий, пов'язаний із недооцінкою стану хвороби дитини та супроводжується гіпоопікою.

Оцінка дітьми свого стану в більшій мірі являє собою копію батьківської. При надцінному підході батьків до захворювання дитини, у самої дитини відзначається фіксація на соматичному неблагополуччі, «відхід у хворобу», іпохондричні скарги, негативна прогностична оцінка одужання. При байдужому ставленні батьків до захворювання, діти демонструють явне незрозуміння важливості комплексного лікування та зміст госпіталізації. Тим самим, неадекватне ставлення батьків до хвороби дітей, виступає в якості чинника, що призводить до формування в дитини спотвореної внутрішньої картини хвороби, що має місце для розстановки акцентів при проведенні психотерапії [90, 91].

У дослідженні Н.А.Мосіної [183] показано, що ЧХД мають занижену самооцінку, особливо це проявляється у ЧХД учнів другого класу. Також автором робиться висновок, що існує взаємозв'язок між заниженою самооцінкою ЧХД і неадекватним ставленням батьків до хвороби і здоров'я дитини [134].

Ж.Г.Дускадзієва [74] показала, що хлопчики, які часто хворіють, мають більш високий рівень самооціночної й міжособистісної тривожності, а також негативне сприйняття власної статевої ролі, ніж дівчатка. Автор пояснює це суперечливим батьківським ставленням до часто хворіючих хлопчиків, як наслідок невиправданого очікування матері, так як вимоги соціуму до маскулінного типу поведінки суперечать його особистісним особливостям. Також автором показаний прямий взаємозв'язок між рівнем тривожності хлопчиків і дівчаток старшого дошкільного віку і неефективним батьківським ставленням до них, а також зворотній зв'язок між тривожністю

дітей старшого дошкільного віку і ефективним типом батьківського ставлення до них.

Серед особливостей розвитку особистості часто хворюючої дитини старшого дошкільного віку можна виділити переважання позиції «малоцінності», ущербності й безпосередньо-чуттєве ставлення до себе (Ліванова М.Н., Миколаєва В.В.) [150]. Для дітей, які часто хворіють, характерно приписування собі негативних емоцій, таких, як горе, страх, гнів і відчуття провини (Аріна Г.А., Коваленко Н.А.) [11]. Крім того, яскраво виражена тривожність, невпевненість в собі, залежність від чужої думки (Касаткін В.Н., Румянцев А.Г.) [106, 107, 237]. У хворої дитини формується негативне уявлення про власну особистість, відзначається нестійка оцінка хвороби, наростання песимізму і депресивності, змінюється ієрархія мотивів, знижується їх спонукальна сила. Зміна соціальної ситуації розвитку призводить до затримки розвитку особистості - інфантилізму (Ліванова М.Н.). У молодшому і середньому дошкільному віці у дітей, що часто та тривало хворіють, більш ніж у їхніх здорових однолітків виражена тенденція до адекватної самооцінки, але вона багато в чому залежить від типу сімейного виховання. Основна спрямованість бажань часто хворюючих дітей звернена на запобігання таких симптомів хвороби і уникнення страждань, в той час як у їх здорових однолітків переважають бажання, спрямовані на перетворення навколишнього середовища і на взаємодію з іншими людьми (В.А. Ковалевський) [113, 114].

Молодший шкільний вік є переломним у житті дитини. Зміна соціальної ситуації розвитку й ведучого типу діяльності сприяє за собою виникненню у неї нових відносин з учителем, а згодом і з однолітками.

Міжособистісні відносини - це, з одного боку, суб'єктивно пережиті взаємозв'язки між людьми, що об'єктивно проявляються в характері та способах взаємних впливів, які люди демонструють в процесі спільної діяльності і спілкування. З іншого боку, міжособистісні відносини являють собою систему

установок, орієнтацій, очікувань, стереотипів та інших диспозицій, через які люди здійснюють взаємне сприйняття і взаємну оцінку [73].

Для дитини, що нещодавно прийшла до школи, вирішальними факторами соціалізації стають оволодіння навчальною діяльністю і соціальним досвідом у процесі міжособистісних відносин. Дитина з перших днів перебування в школі включається в процес міжособистісної взаємодії з однокласниками й учителем.

Ставлення до друзів і саме розуміння дружби дітьми мають певну динаміку. Для дітей 5-7 років друзі – це, перш за все, ті, із ким дитина грає, кого бачить частіше за інших. Між 8 і 9 роками діти вважають друзями тих, хто допомагає їм, озивається на їхні прохання і розділяє їх інтереси. Поступово, у міру освоєння дитиною шкільної дійсності, у дитини складається система особистих відносин у класі. Її основу складають безпосередні емоційні відносини, які превалюють над усіма іншими. [14].

У той же час, для встановлення дружніх відносин з однолітками велике значення має наявність у дитини таких якостей, як самостійність, упевненість у собі, ініціативність, основою яких є позитивна самооцінка. Для молодших школярів принципово важливим є знання своїх здібностей і наявність можливості для їх реалізації. Незадовільний стан у групі однолітків переживається дітьми дуже гостро й нерідко є причиною неадекватних афективних реакцій. Однак, якщо у дитини існує хоча б одна взаємна прихильність, вона перестає усвідомлювати й не дуже переживає своє об'єктивно погане становище в системі особистих відносин. У формуванні міжособистісних відносин, які тільки-но виникають, вирішальна роль належить педагогу [83].

Часта і тривала відсутність дитини в шкільному колективі через хворобу не дає їй повної можливості потрапити в групу зірок, проте і не заважає перебувати в групі бажаних дітей. Хвороба і переживання пов'язані з нею, сприяють, в певній мірі, формуванню в даної категорії дітей менш конфліктного й більш сенситивного ставлення до оточуючих або викликають,

за певних умов, більше співчуття до себе [14]. Хороша успішність молодшого школяра й позитивне ставлення вчителя до дитини, не дивлячись на часту і тривалу відсутність на заняттях, дають їй можливість залишатися значущою в системі соціальних відносин дітей.

Як джерела психологічних особливостей часто хворюючих дітей [11, 47, 63 та ін.]. можна розглядати наступні:

- частота захворювань;
- умови життя;
- особливості сім'ї;
- методи виховання.

На користь впливу умов життя говорить той факт, що істинно часто хворючі діти рідко відвідують дошкільні установи, набагато частіше їх життя замкнуте в колі сім'ї. Отже, основний соціалізуючий вплив вони відчують з боку батьків.

У дослідженні Л.В. Доманецької [70] визначено, що спілкування з батьками ЧХД старшого дошкільного віку має свої специфічні особливості, а саме: розвиток видів спілкування визначається показниками, характерними для більш ранніх періодів онтогенезу (ситуативно-ділове спілкування домінує над позаситуативно-пізнавальним і позаситуативно-особистісним); значно знижена активність дітей у спілкуванні за показниками ініціативності, чутливості, інтересу; зниження показників емоційного благополуччя (тривожність, конфліктність, почуття неповноцінності). Автор вказує на сильний взаємозв'язок між наступними показниками, які характеризують спілкування ЧХД старшого дошкільного віку з батьками - ситуативно-ділова форма спілкування, низький рівень ініціативності в спілкуванні, прояв ознак емоційного неблагополуччя; а також між переважанням позаситуативно-особистісної форми спілкування, високим рівнем ініціативності, чутливості до реакцій дорослого в процесі спілкування, проявом емоційного благополуччя.

До особливостей пізнавальної діяльності у групи часто хворіючих старших дошкільників відносять:

- 1) виснаженість психічної діяльності, яка проявляється в зниженні показників розумової працездатності;
- 2) труднощі перемикання уваги;
- 3) зниження продуктивності відтворення;
- 4) зниження продуктивності уваги;
- 5) зменшення рівнів розвитку творчої уяви;
- 6) зменшення обсягу довільної, зорової пам'яті;
- 7) велику емоційність, виразність монологічного мовлення, але меншу самостійність, повноту й логічну послідовність [150].

У дослідженні І.П. Бадьїної [14] визначено, що процес адаптації ЧХД в молодшій школі полягає в наростаючому зниженні показників фізіологічної та психологічної адаптованості й стабільності показників адаптованості в соціальній та педагогічній сферах. Особливості шкільної адаптації ЧХД визначаються особливостями сприйняття дитиною сімейної ситуації й батьківського відношення: підвищення рівня протекції й мінімум санкцій із боку матері; гіпопротекція з боку батька.

Підвищення адаптованості в ЧХД пов'язано з розвитком компенсаторних механізмів, сутність яких полягає в розвитку рефлексії й довільності поведінки та діяльності. Компенсаторні механізми сприяють успішній адаптації у фізіологічній, педагогічній та соціальній сферах, але призводять до порушень психологічної адаптації та негативних емоційно-особистісних переживань. Передумовами формування компенсаторних механізмів є особливості сприйняття дитиною сімейної ситуації: конфліктів, ворожості, переживання тривоги, почуття власної неповноцінності в сім'ї, а також особливості ставлення до дитини з боку батьків (матері - надмірна вимогливість, проекція на дитину власних небажаних якостей, страх втрати дитини, батька - нерозвиненість батьківських почуттів) [84].

Г.Г.Вилегжаніна показала [55], що мотивація часто хворіючих дітей дошкільного віку відрізняється за змістом переважаючих мотивів діяльності від мотивації їх здорових однолітків: у часто хворіючих дітей молодшого, середнього та старшого дошкільного віку, у спілкуванні з дорослими домінуючим мотивом є отримання нових вражень, у взаємодії з дорослим сформований практичний тип спілкування (спільна гра з іграшками); у взаємодії з однолітками в дітей відсутнє мотивування свого вибору в спілкуванні з партнером; у дітей старшого дошкільного віку ігровий мотив переважає над навчальним.

При дослідженні стану фактора ортобіозу в батьків, з'ясувалось, що реальне дотримання ортобіозу нижче ідеального уявлення про нього. Причинами того, що ортобіозу реально не дотримується, можуть служити, на думку автора: відсутність саморегуляції; низька культура поведінки в побуті; недалекоглядність дорослих у тому плані, що діти повторюють їх помилки, копіюючи приклади поведінки [56].

В.О.Штумф показала [209-2012PD], що когнітивні здібності часто хворіючих старших дошкільників (на прикладі розуміння часто хворіючими дітьми феномена обману) характеризуються рядом особливостей. ЧХД частіше зазнають труднощів і рідше використовують синоніми обману при його поясненні; частіше приймають обман за правду в галузі знань, у меншій мірі використовують стратегію заперечення правдивої інформації в галузі знань, змішану стратегію розпізнавання обману в області емоцій; частіше спираються на контекстуальні ознаки ситуації в ситуації власного обману; рідше спираються на поведінкові прояви, контекст ситуації й індивідуальні особливості в ситуації обману з боку іншого; менш схильні до обману в області намірів. Кращому розумінню обману часто хворіючих дітей сприяють вік матері, вік дитини, рівень освіти матері,

літератури, межу між наявністю повної сім'ї, більша кількість дітей у сім'ї; тип материнського ставлення «кооперація»; реалізація сім'єю ортобіозу. Труднощі в розумінні обману викликають такі типи ставлення

матері, як «емоційне відкидання», «симбіоз», «авторитарна гіперсоціалізація», «маленький невдаха»; недостатнє дотримання сім'єю ортобіозу.

1.2. Теоретичні засади дослідження ставлення до здоров'я студентів в системі базових відношень

У психологічній літературі поняття «ставлення» прийнято розглядати як структурний або функціональний компонент більш широкого поняття – «спілкування». При цьому, на думку А. Леонтьєва, у визначеннях спілкування через категорії «відображення» і «ставлення» підкреслюється його ідеальна сторона. Тут відображення людини людиною виступає в єдності з ставленням партнерів один до одного [115]. Для подальшого аналізу матеріалу нам важливо співвіднести поняття «спілкування», «взаємини» (стосунки), «взаємні оцінні ставлення» (взаємооцінки) і «взаємодія», які найбільш часто зустрічаються в роботах, присвячених проблемі комунікації в системі «вчителі – учні» і є для неї найбільш значимими.

Г.Ф., Пономарьова зазначає, що в навчанні і вихованні саме через живе, безпосереднє спілкування здійснюється основниц педагогічний вплив на особистість, тому спілкування є важливим професійним інструментом педагогічної діяльності. [154 С.155]. О. Бодальов висловив думку про те, що спілкування - це неодмінно відображення людьми одна однією під час взаємодії, якою є спілкування, і одночасно це ставлення, їх одна до одної (якщо розуміти під ставленням емоційний відгук, який викликає людина і її справи в учасника спілкування) [28].

Як видно зі спеціальної поняттями «спілкування» і «взаємини» можна провести лише умовно. На думку Я. Коломінського, в більш вузькому тлумаченні «спілкування» зіставляється з поняттями «ставлення» або «взаємини». В цьому випадку ставлення виступає як мотиваційно-потребнісна основа процесу, який спостерігається зовні і який являє собою спілкування [100]. В. Панфьоров вважає, що взаємини є контекстним компонентом

спілкування як умова людської життєдіяльності [162] М. Гінзбург, підкреслюючи стержневу роль взаємин у суспільних контактах між людьми, предмет соціальної психології визначає як «дослідження ставлень (оцінок) до соціальних відносин (зв'язку)» [48, с. 114]. Як стверджують В. Ядов, Є. Беляєв, Г. Аванесян, ставлення людини через синтез досвіду і наявність абстрактних понять набирають узагальненого характеру, утворюють ніби внутрішню умову її дій і вчинків [1; 22; 250]. Можна вважати, що потреби, мотиви, цілі, емоції, оцінки і, нарешті, акти поведінки суть різновиду ставлень, їх складові або їх прояви. Тобто, всі основні характеристики особистості детерміновані ставленнями, в свою чергу, самі їх детермінують і, отже, органічно пов'язані з усією системою взаємин особистості в конкретній діяльності.

У взаєминах можна виділити три компоненти (за відомою в психології тріадою Тетейса): перший емоційний (емотивний); другий – когнітивний (раціональний); третій – інтеракційний (поведінковий). На доцільність вирізнення саме цих компонентів у структурі взаємин і спілкування вказує, наприклад, М. Обозов [154]. Такий підхід дає змогу логічно зіставляти та інтегрувати зовнішні прояви та латентні аспекти феномену взаємин.

У зарубіжній психології поняттю «ставлення» й більш близьке поняття «атитюд», і більшість психологів, які використовують його в своїх роботах, говорять про наявність в атитюдах перерахованих трьох компонентів, які дуже тісно між собою пов'язані і взаємообумовлені.

В. М'ясищев писав, що ставлення людини відображують не лише сучасне або минуле, а й мають перспективний характер [150]. Багато вітчизняних психологів, а саме, В. Богословський [27], Л. Божович [30], Г. Костюк [108], А. Щербаков [247] пов'язують феномен ставлення зі схильністю особистості до певних дій, підкреслюючи тим самим значення ставлень для поведінки в цілому і перспектив розвитку особистості.

Серед ставлень людини В. М'ясищев спеціально виділяв оцінні ставлення, які відіграють важливу роль у формуванні морального обличчя особистості, у збереженні її здоров'я Оцінні ставлення, які він відзначав,

утворюються в результаті співставлення суб'єктом дій і вчинків з певними взірцями. Ставлення формуються в зв'язку з етичними, естетичними, юридичними та іншими критеріями вчинків і переживань людини. В. М'ясищев говорив про два види оцінок – емоційних і усвідомлених [150]. По суті, термін «оцінні ставлення» і дозволяє об'єднувати вказані два види оцінок.

В оцінках усвідомлених або, за іншою термінологією, когнітивних, раціональних має місце пряме логічне співвіднесення, порівняння того чи іншого вчинку (вчинків) особистості з прийнятою суб'єктом системою ціннісних орієнтацій і виведенні на основі цього конкретних якісних характеристик.

Більш складний феномен – оцінки емоційні. В. М'ясищев писав, що емоція являє собою реакцію, яка включає безпосередню можна сказати інстинктивну, позитивну або негативну оцінку тих чи інших об'єктів або процесів об'єктивної дійсності [150]. Емоційна оцінка є переважно результатом тривалого досвіду в філогенетичному і онтогенетичному розвитку, коли людина звикає негайно, без попереднього раціонального аналізу, реагувати на ту чи іншу подію, явище, вчинок (із зовнішніми проявами або без таких). В. Ковальов відзначає, що особливо значимою виявляється регулююча функція моральних почуттів у такій складній сфері людського життя, як сфера спілкування і взаємин людей [97].

Емоційні і когнітивні оцінки частіше всього існують в єдності, ніби резонують одні з іншими, але інколи можуть знаходитись і в протиріччі. Наприклад, учень під впливом негативних емоцій може бурхливо і різко реагувати на погану оцінку, поставлену йому вчителем, хоча раціональний, когнітивний аналіз, зроблений школярем пізніше, дасть йому змогу переконатись у справедливості дій педагога.

Виходячи зі сказаного вище, оцінне ставлення може визначити як тісно пов'язане з емоційними реакціями співставлення суб'єктом вчинків, поведінки або особистості оцінюваного з прийнятою суб'єктом системою ціннісних

орієнтацій і виведення на основі цього якісних характеристик із відповідною градацією між полюсами позитивного й негативного.

Звідси, взаємні оцінні ставлення (взаємооцінки) являють собою взаємозв'язок і взаємообумовленість оцінних ставлень один до одного суб'єктів спілкування.

Крім теоретичних визначень, нам необхідні і операційні визначення, які можна використати для об'єктивного виявлення конкретних психологічних феноменів. У цьому плані оцінне ставлення доцільно вважати якісною характеристикою, яка дана суб'єктом у формі оцінок у балах, слів-визначень або ж більш розширених суджень, які несуть оцінний елемент і пов'язані з емоційними реакціями суб'єкта (відкритими чи латентними). Взаємні оцінні ставлення при такому розумінні є конкретним взаємозв'язком відповідних характеристик.

Говорячи про оцінки, слід вказати на їх залежність від самооцінок, причому, як пише О. Бодальов, хороше знання себе, своїх недоліків, своїх пристрастей є однією з важливих умов об'єктивної оцінки інших людей. На такий зв'язок оцінок і взаємооцінок вказують М. Боришевський [31], В. Панфьоров [29].

Взаємні оцінні ставлення, на наш погляд, доцільно розглядати в плані висунутої В. Ядовим теорії диспозиційної регуляції поведінки особистості. Згідно цієї теорії регуляція соціальної діяльності суб'єкта може бути описана формулою С – Д – П (ситуація – диспозиція – поведінка). Диспозиція являє собою схильність людини до певного сприйняття умов діяльності, її поведінкову готовність і включає в себе три основних компоненти – емотивний, когнітивний і поведінковий [250].

Ми вважаємо, що оцінне ставлення однієї особистості до іншої можна віднести до таких елементів, які входять у диспозицію соціальних установок. Соціальна установка впливає на поведінку особистості більшою чи меншою мірою опосередковано, через дію інших факторів [83], тому, природно, оцінне ставлення визначає вплив одного суб'єкта спілкування на іншого не

прямо, а в «контексті всієї диспозиційної системи особистості» [49]. Тобто, оцінні ставлення узгоджуються з іншими соціальними установками, загальною спрямованістю інтересів особистості, системою ціннісних орієнтацій на мету життєдіяльності і засоби її досягнення.

Взаємні оцінні ставлення суб'єктів значною мірою визначають їх об'єктивну (зовнішню) поведінку, і тому можна говорити про тісний зв'язок взаємооцінок і взаємодії. Взаємодія, як психологічна і педагогічна категорія відносяться до базових категорій. Умови взаємодії передбачають активність обох сторін, з чого можливий різний ступінь її впливу» [1.с.152-153].

Взаємодія, згідно визначення Я. Щепанського, – це система етичних стійких дій, спрямованих на те, щоб викликати зворотну реакцію з боку партнера; причому, викликана реакція викликає, в свою чергу, реакцію того, хто здійснював початкову дію [246]. Характеризуючи взаємодію, М. Каган підкреслює, що «це процес, рух, причина розвитку, прогресу» [85].

Навчальна діяльність вищого навчального закладу не може бути відірваною від виховної роботи, разом із тим, власне виховна мета визначає і свою функціональну специфіку взаємодії. Взагалі, як зауважує О. Бодальов, великий потенціал взаємодії вчителя з учнями для розвитку особистості, поки що не виявлений повною мірою, повинен бути максимально використаний для підвищення ефективності виховної роботи [28].

Взаємини і взаємні оцінні ставлення в навчально-виховному процесі є важливою умовою і засобом формування особистості учня і оптимальної корекції діяльності вчителя. Говорячи про спілкування педагогів і учнів, А. Гебос включає в структуру їх взаємин такі компоненти, як взаємна вимогливість, взаємодопомога, взаємні інтереси і прагнення. Прояви всіх цих психологічних компонентів пов'язані передусім із внутрішньою структурою взаємин (через вербальні характеристики, оцінки і самооцінки) [47]. Перераховані компоненти не можуть не мати явної градації в спектрі відповідних альтернатив, і тому велику цікавість викликає проблема ефективності взаємин для навчально-виховного процесу.

Передусім відзначимо, що практично всі дослідники, які займаються цією проблемою, вказують на велику значимість взаємин і взаємооцінок для становлення особистості в підлітковому та юнацькому віці. Бо саме в це період є ризики проявів узалежненої поведінки. А. Мудрик назвав їх «міжособистісним способом» формування характеру учнів [149]. Взаємини педагога і підлітків у кінцевому рахунку здійснюють великий вплив і на зміст моральних стосунків безпосередньо в колективі класу чи студентської групи [71; 72]. За певних умов спілкування виступає своєрідним каталізатором формування моральних якостей особистості, оскільки сприяє тому, що ці якості стають бажаними для кожного члена групи; формування сталення до здоров'я в юнацькому середовищі [86; 98].

У зарубіжній психології поняттю «ставлення» є більш близьке поняття «атитюд», і більшість психологів, які використовують його в своїх роботах, говорять про наявність в атитюдах перерахованих трьох компонентів, які дуже тісно між собою пов'язані і взаємообумовлені. Д. Олпорт пов'язує феномен ставлення зі схильністю особистості до певних дій, підкреслюючи тим самим значення ставлень для поведінки в цілому і перспектив розвитку особистості [156].

В. Франкл вважав, що рушійною силою людської поведінки і розвитку особистості є пошук Логосу, сенсу життя, який має здійснювати конкретна людина за своєю власною потребою. Людина не вибирає сенс свого життя, швидше виявляє, знаходить його. Пошук сенсу і цінностей швидше зумовлює напруження, ніж рівновагу.

Ноогенні неврози нерідко виникають як наслідок так званого екзистенціального вакууму, коли людина усвідомлює беззмістовність свого життя, порожнечу існування. В основі таких поширених явищ, як депресія, правопорушення, агресивність, моральні падіння, лежить екзистенціальний вакуум. Цей список продовжують прояви узалежненої поведінки особистості – алкоголізм, наркоманія, тютюнопаління. Тому перед психологами ставиться завдання допомогти особистості, особливо юнацького віку, знайти не

абстрактний сенс життя взагалі, а специфічний для цієї особистості сенс життя в цей момент часу. У кожній особистості, на думку В.Франкла, є своє призначення і своє місце в житті, тому кожна людина має знайти й реалізувати їх [229].

На початку ХХ ст. виникає так звана «описова психологія». Один з її засновників є Е. Шпрангер, який вважав, що не варто шукати якихось об'єктивних причин розвитку людської особистості, потрібно лише співвіднести структуру окремої особистості з духовними цінностями суспільства. Головне в особистості, за Е. Шпрангером, – це ціннісна орієнтація, яка є включенням суб'єкта у пізнання. У своїй класифікації типів пізнання світу Е. Шпрангер показав, що люди відрізняються не тільки темпераментом, конституцією, поведінкою, а передусім цінностями своєї духовної орієнтації. Це утворює духовну індивідуальність особистості, її духовну сутність [152].

Одним з перших почав розробляти проблему особистості на науковій основі видатний американський психолог В. Джемс. З погляду вчинків для особистості, за В. Джемсом, характерні піклування про себе і самозбереження: а саме: піклування про фізичну особистість. Увага і звичка є основними змінними, за допомогою яких індивід здійснює вибір.

Користуючись надбаннями зарубіжних психологів, ми розуміємо всю важливість знаходження сенсу життя, цінність утворення духовної індивідуальності, необхідність формування корисних звичок та ставлення до здоров'я юнацтва як протидії виникненню uzалежненої поведінки.

Актуальною для розвитку в області психології здоров'я (тобто науки про психологічні основи здоров'я, про методи і засоби його збереження та поліпшення) є розробка особистісного підходу до проблем психологічного забезпечення здоров'я здорової людини протягом її життєвого шляху. Про можливість використання концепції «психології ставлень» твердили такі науковці В. Бехтерев, А. Лазурський, В. М'ясищев, Б. Ананьев, Б. Ломов.

Вперше програма вивчення ставлення особистості була запропонована О. Лазурським на початку ХХ сторіччя для характеристики й дослідження

психологічних властивостей особистості [114]. Як предмет наукового дослідження «ставлення до здоров'я» з'явилося в науковій літературі в 1980 р. в роботі Д. Лоранського з співавторами, основний висновок їх полягає в тому, що інтенсивність піклування людини про своє здоров'я визначається не стільки його об'єктивним станом скільки саме ставленням [124]. Теоретичне обґрунтування і опис даного феномену був продовжений в працях І.В.Журавльової. Вона розглядає ставлення до здоров'я як соціокультурний феномен, як механізм удосконалення здоров'я на рівні індивіда, групи, суспільства [67].

Разом з терміном «ставлення до здоров'я» зустрічаються терміни (концепти) такі як «внутрішня картина здоров'я» (В. Ананьєв, В. Каган, Є. Коржова, І. Мамайчук); «валеоустановка» (Т. Белінська, О. Васильєва, О. Малоземов, Ф. Філатов); «соціальні уявлення про здоров'я» (І. Бовіна, Н. Русінова, Ф. Філатов). Порівняльний аналіз названих вище понять, проведений на основі зіставлення їх основних структурних компонентів, дозволяє розглядати їх як цілком синонімічні поняття.

Ставлення особистості до зовнішніх об'єктів, до середовища О. Лазурський відніс до екзопсихічних виявів особистості на відміну від ендопсихічних, зміст яких визначається внутрішньою взаємозалежністю психічних елементів і функцій. У О. Лазурського виокремлено 15 груп (рубрик) ставлень особистості: 1) ставлення до речей, 2) ставлення до природи і тварин, 3) ставлення до окремих людей, 4) ставлення до протилежної статі (ставлення до кохання), 5) ставлення до соціальної групи, 6) ставлення до сім'ї, 7) ставлення до держави, 8) ставлення до праці, 9) ставлення до матеріального забезпечення і власності, 10) ставлення до права і норм поведінки (зовнішні норми життя), 11) ставлення до моралі, 12) ставлення до світосприйняття і релігії, 11) ставлення до науки і знань, 14) ставлення до мистецтва, 15) ставлення до самого себе [114]. У контексті нашого дослідження важливо відзначити групу «ставлення до самого себе», бо зокрема в ній О. Лазурський розглядає фізичне і психічне здоров'я особистості. У роботах О. Лазурського

наголошується на суб'єктивній характеристиці ставлення та визначаються його параметри (характеристики, сторони), а саме: наявність ставлення або його відсутність, форми та якісні особливості інтересу, рівень розвитку або диференційованість інтересу; широта або об'єм ставлення. Так, серед форм інтересу до свого фізичного та психічного життя виділена посилена турбота про своє здоров'я: про їжу, сон, відпочинок; схильність до загартування, тренування [113].

Подальше закріплення терміну «ставлення» як психологічної дефініції пов'язане з іменами В. М'ясищева, учня О. Лазурського, та інших науковців цієї школи. У роботах В. М'ясищева простежується формування теорії ставлень, на якій ґрунтуються сучасні психологічні дослідження зв'язків особистості з об'єктами навколишнього світу. Як зазначає В. М'ясищев, сутністю особистості виступає ставлення до дійсності, яке характеризує особистість у якості активного суб'єкта з його вибіркоким характером внутрішніх переживань і зовнішніх дій. Для нашого дослідження актуальним є твердження В. М'ясищева, що зокрема психічні ставлення до різних сторін дійсності визначають діяльність і поведінку особистості, тобто ставлення до здоров'я впливатиме на спосіб життя учнів професійно-технічних навчальних закладів. Отже, особистість розглядається як система ставлень, а психічні ставлення – як структурні первинні елементи особистості, її утворення.

Заслугою В. М'ясищева можна вважати те, що в теорії ставлень він конкретизує поняття ставлення як «...потенціал, що виявляється у свідомій активній вибірковості переживань і вчинків людини, які ґрунтуються на її індивідуальному, соціальному досвіді»; на відміну від широкого, нечіткого та розпливчастого розуміння ставлення (за словами самого В. М'ясищева) у багатьох наукових роботах того часу. Також він обґрунтовує й підкреслює, що ставлення існують між особистістю людини – суб'єктом і об'єктом його ставлень. На відміну від О. Лазурського В. М'ясищев виділяє вже не п'ятнадцять рубрик ставлень, а лише три основні категорії: ставлення до явищ природи або світу речей, ставлення до людей та суспільних явищ, ставлення

суб'єкта до себе як особистості [150]. Завдяки теорії В. М'ясищева поняття «ставлення» набуває методологічного значення. Він доказово стверджував, що психічні ставлення виступають внутрішньою стороною «...зв'язку людини з дійсністю, що змістовно характеризує особистість як активного суб'єкта з його вибіркоким характером внутрішніх переживань і зовнішніх дій спрямованих на різні сторони об'єктивної дійсності. Іншими словами ставлення виступають як внутрішній механізм саморегуляції діяльності і поведінки людини. Отже, ставлення до здоров'я можна розглядати як один із основних акцентів на який повинно бути спрямовано психокорекційний вплив спеціалістів.

В більшості випадків структура теоретичного конструкту «ставлення до здоров'я» визначається через вивчення і опис наступних компонентів:

1. Когнітивний – сукупність суб'єктивних або міфологічних умовиводів, суджень про причини, зміст, можливі прогнози, а також оптимальні засоби збереження, зміцнення та розвитку здоров'я.

2. Емоційний – чуттєва сторона ставлення до здоров'я, а саме, переживання здорового самопочуття, пов'язане з комплексом відчуттів, які формують емоційний фон (спокій, радість, свобода, легкість, симпатія тощо).

3. Поведінковий – моторно-вольова сторона ставлення до здоров'я, що являє собою сукупність зусиль, прагнень, конкретних дій здорової людини, що обумовлено її системою вірувань та спрямованих на досягнення суб'єктивно значущих цілей.

Поняття «компоненти ставлення» фіксують лише результат наукового і психологічного аналізу. В. М'ясищев твердив, що три компоненти ставлення відповідають в сучасній психології виділенню трьох основ психічного – це є когнітивний, емоційний та емоційно-поведінковий компоненти.

На наш погляд поведінковий та ціннісно-мотиваційні особливості слід розглядати окремо. Бо ціннісно-мотиваційний компонент відіграє важливу роль того ланцюжка, що пов'язує когнітивні і поведінкові компоненти ставлення до здоров'я. Сформована мотивація особистості на засвоєння понять «здоров'я» та «здоровий спосіб життя» реалізується і в поведінці. Однак роль мотиваційного

компоненту більш важлива чим просто регуляція зв'язків «знання» – «поведінка» так як пов'язана з внутрішнім усвідомленням цінності здоров'я та визначення рівня активності для поліпшення та збереження власного здоров'я. На підставі проведених раніше емпіричних досліджень, а власне досліджень ставлення до здоров'я Р. Березовської, ми можемо стверджувати про нерівномірність вивчення, опису та усвідомлення основних компонентів ставлення людини до здоров'я, що знаходить своє продовження в дослідженні емоційного компонента, ціннісно-мотиваційного і суттєвих особливостей ставлення.

Загальні дані сучасних досліджень ставлення до здоров'я в нашому суспільстві дають змогу звернути увагу на парадоксальний характер ставлення до свого здоров'я людини так як існує значна прірва між декларацією високої цінності здоров'я і її практичної реалізації на поведінковому рівні. В структурі мотивації до здорового способу життя виявлені численні зовнішні і внутрішні бар'єри.

Сьогодні до критеріїв здоров'я відносять позитивне самопочуття, стійку, динамічну рівновагу, структурну цілісність, функціональність, адаптивність, продуктивність та ресурсність людини. Отже, здоров'я можна розглядати з різних точок зору, оскільки воно є тією віссю, на яку нанизуються різні концепції. Здоров'я можна вивчати з позиції активності, здатності до адаптації й компенсації, з точки зору репродуктивної функції тощо. Узагальненим та загальноприйнятим є визначення ВООЗ: здоров'я – це відсутність психічних та фізичних дефектів, а також повне фізичне, душевне й соціальне благополуччя.

Подальші наукові дослідження ставлення до здоров'я дозволили уточнити й обґрунтувати його суть. Приблизно з 2000 року в Росії та з 2004 року в Україні зростає інтенсивність психолого-педагогічних досліджень ставлення до здоров'я, про що свідчить і кількість захищених дисертаційних робіт. Проблеми ставлення до здоров'я в Україні розглядалися Т. Андрющенко [9], О. Башмаковою [19], Н. Зимівець [74], О. Соколенко [206]; в Росії – В. Белєновим [32], Т. Белінською [33], С. Беловою [34], В. Бурцевим [65], І.

Вершиніною [73], О. Водневою [75], С. Дерябо [114], П. Дрібінським [121], В. Кабаєвою [174], В. Кучменко [127], О. Масаловою [155], Г. Нікіфоровим [153], Н. Смірною [175], В. Соломоновим [182] та іншими.

У роботах психолого-педагогічного напрямку можна виділити три основні підходи до визначення поняття «ставлення до здоров'я»: 1) визначення Д. Лоранського [124], в основі якого загальне визначення ставлення В. М'ясищева, залишається практично без суттєвих змін, лише з незначними доповненнями. Так, у підручнику «Психологія здоров'я» за редакцією Г. Нікіфорова розміщено визначення ставлення до здоров'я, аналогічне визначенню в роботі Д. Лоранського та Л. Водогреєвої «Ставлення до здоров'я» [124]: «ставлення до здоров'я уявляє собою систему індивідуальних, вибіркових зв'язків особистості з різними явищами навколишнього середовища, які сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людини, а також конкретне оцінювання індивідом свого фізичного та психічного станів» [133, с. 279].

У дисертаційному дослідженні В. Кабаєвої ставлення до здоров'я доповнюється тим, що представляє не тільки зв'язки особистості з явищами навколишнього світу та оцінку свого здоров'я, а ще й оптимально організовану самою людиною життєдіяльність, яка сприяє збереженню здоров'я, особистісному зростанню, творчому функціонуванню [173, с. 81]; 2) ставлення до здоров'я характеризують через його складові (когнітивний, ціннісно-мотиваційний, діяльнісно-поведінковий компоненти).

Так, ставлення до здоров'я в роботі О. Масалової визначається як системне і динамічне особистісне утворення, що зумовлене певним рівнем спеціальних знань, наявністю соціально-духовних цінностей, накопичених внаслідок освіти та самоосвіти, виховання й самовиховання, мотиваційно-ціннісної орієнтації, які мають втілення у практичній життєдіяльності [155].

На думку С. Белової ставлення до здоров'я – це складна, інтегративна якість особистості, сутність якої міститься: у сприйнятті та розумінні здоров'я як стану рівноваги між біологічними, соціальними, фізичними, психоемоційними можливостями людини і постійно змінними умовами

довкілля, видами діяльності, в емоційній виразності цього ставлення, у реалізації розуміння та сприйняття здоров'я в конкретних вчинках і діях [34].

У роботах І. Журавльової ставлення до здоров'я визначається як оцінка власного здоров'я на основі знань, що має особистість, усвідомлення значення здоров'я, а також дії, що спрямовані на зміни стану здоров'я [67]. Як складне новоутворення визначає ціннісне ставлення до власного здоров'я у дітей старшого дошкільного віку Т. Андрющенко, що характеризується наявністю в особистості необхідних знань про основи здоров'я, мотивації щодо його збереження, усвідомлення цінності здоров'я, навичок здорового способу життя [9]; 3) ставлення до здоров'я виражають через споріднені психічні утворення. Наприклад, Н. Зимівець використовує у визначенні ставлення до здоров'я інше психічне утворення – позицію. Автор стверджує, що «...ставлення до здоров'я – це позиція особистості, яка зумовлює регуляцію реакцій і вольове здійснення діяльності стосовно факторів здоров'я для оптимального поєднання особистих можливостей і можливостей середовища задля досягнення благополуччя» [74, с. 9].

Такий погляд для визначення ставлення до здоров'я малочисельний, хоча для інших предметів дослідження – непоодиноким. Наприклад, О. Колонькова визначає ставлення як внутрішню готовність [88], В. Марущак – як установку [154], О. Потужній – як внутрішню позицію [117], В. Лаппо – як спрямованість [132], К. Шевчук – як особистісну якість [141].

Необхідно враховувати думку В. Ананьєва, що здоров'я – це процес максимальної природної тривалості життя при високій його якості, оптимальній працездатності та соціальній активності. В. Ананьєв виділяє такі аспекти здоров'я, які складають його потенціал:

1. Потенціал розуму – здатність людини розвивати інтелект та вміти ним користуватися; вміння здобути об'єктивні знання та втілювати їх у життя.
2. Потенціал волі – здатність людини до самореалізації; вміння ставити цілі та досягати їх, обираючи адекватні засоби.
3. Потенціал почуттів. Емоційна компетентність – це здатність людини

конгруентно виражати свої почуття, розуміти й без оцінки погоджуватися з почуттями інших.

4. Потенціал тіла – здатність розвивати фізичну складову здоров'я, «усвідомлювати» власну тілесність як властивість своєї особистості. До цього ж відносять аліментарну (культура харчування) й сексуальну компетентність. Можна виділити такі цілі стосовно підвищення тілесної компетентності: пізнання свого тіла, вивчення мови тіла – «системи раннього повідомлення», власної «тілесної топографії» емоційних проявів; розвиток уміння усувати й контролювати м'язові зажими, бути стійким, гнучким, спонтанним; засвоєння методів психосоматичної саморегуляції як конструктивної форми зняття наслідків стресу; отримання задоволення від узаємодії з тілом через спорт, танці, секс як засіб пізнання себе в умовах інтимної взаємодії відкритого тіла й душі.

5. Соціальний потенціал. Соціальна компетентність визначається як здатність людини оптимально адаптуватися до соціальних умов; прагнення постійно підвищувати рівень культури спілкування, соціального інтелекту, комунікативної компетентності; набуття почуття приналежності до всього людства. Людина, яка вдосконалюється, удосконалює природньо-соціальне середовище, що, у свою чергу, сприяє досконалості людини.

6. Креативний потенціал – здатність людини до творчої активності, уміння творчо самовиражатися в життєдіяльності, виходячи за рамки стандартних знань, які обмежують.

7. Духовний потенціал. Духовна компетентність – це здатність розвивати духовну природу людини, виражати (втілювати) вищі цінності в житті.

Культура формує еталонні уявлення про здоров'я та оздоровчі техніки, а індивід обирає власне ставлення до цього. Соціокультурна й дискурсивна функція еталона здоров'я полягає у структуруванні наукових і соціальних уявлень про здоров'я. Характеристики соціокультурних еталонів здоров'я представлені у роботі В. Ананьєва [6] (табл. 1.1).

Е. Фромм був переконаний в існуванні базових людських потреб і

непересічних вічних цінностей, ігнорування яких призводить до деформації не тільки окремої особистості, а й усього суспільства. Відповідно до його думки, суспільне життя стає нездоровим, якщо воно не узгоджується з людською природою. У роботі «Здорове суспільство» Е. Фромм так визначає своє завдання: досліджувати характер конфліктів між природою людини і суспільством і водночас виявити «сприятливий вплив суспільного життя на людський розвиток», тобто той позитивний соціальний вплив, посилення якого буде сприяти оздоровленню окремих індивідів [232].

Таблиця 1.2.1

Характеристики соціокультурних еталонів здоров'я

Структурні елементи еталонів	Античний еталон	Адаптаційний еталон	Антропоцентричний еталон
Дефініція здоров'я	Внутрішня узгодженість. Оптимальне співвідношення елементів людської природи.	Пристосованість індивіда до навколишнього середовища	Усебічна самореалізація, розкриття творчого і духовного потенціалу особистості
Характеристики здорової особистості.	1. Урівноваженість 2. Панування розуму над пристрастями. 3. Духовна автономія	1. Пристосування до навколишнього середовища. 2. Відповідність соціальним нормам. 3. Стрессова стійкість. 4. Гармонійне включення в людську спільноту	1. Прагнення до самоактуалізації, творча спонтанність. 2. Конгруентність. 3. Духовна автономія. 4. Цілісність
Основні умови і	1. Помірність.	1. Усебічна	1. Відкритість

принципи оздоровлення	2. Піклування про себе. 3. Життя за принципом природо відповідності	соціалізація особистості. 3. Примирення біологічного й соціального в людині	досвіду. 2. Розвиток, особистісний ріст. 3. Інтеграція
Шляхи оздоровлення.	1. Ритуал очищення. 2. Атартика. 3. Гімнастика й музика. 4. Філософія й робота над собою	1. Узгодженість особистісних характеристик із соціальними нормативами. 2. Єдність із природою. 3. Гуманізація міжособистісних стосунків. 4. Оздоровлення суспільства	1. Творче саморозкриття. 2. Самопізнання. 3. Духовні практики самовдосконалення (медитація). 4. Містичний шлях звільнення

Спробу описати інтегровану, здорову особистість зробив і К. Роджерс, який виділив наступні риси повноцінно функціонуючих людей:

- відкриті для внутрішнього і зовнішнього світу;
- цінують спілкування як засіб представляти речі такими, які вони є;
- відрізняються певною недовірою до сучасної науки та технологій;
- здебільшого прагнуть до цілісного життя;
- постійно самовдосконалюються;
- беруть участь у житті інших і завжди готові допомогти тим, хто потребує цього;
- відчувають безпосереднє єднання з природою і готові захищати її;
- відчувають антипатію до бюрократичних інститутів;
- довіряють власному досвіду і не довіряють зовнішнім авторитетам;

- байдужі до матеріальних стимулів та нагород, можуть жити у достатку, але не відчувають сильної потреби в цьому;

- перебувають у духовному пошуку, вони хотіли б знайти сенс та мету свого життя [184].

За К. Роджерсом «повноцінно функціонуюча людина» постійно перебуває в процесі всебічної самоактуалізації, що дозволяє їй жити по-справжньому «хорошим життям». Хороше життя – це процес, а не стан буття. Це напрямок, а не кінцевий пункт. Причому напрямок, обраний усім організмом при психологічній свободі рухатися куди завгодно. Цей організмично вибраний напрямок має визначені спільні якості, що проявляються у більшості людей [231].

Е. Фромм одним з перших визначив проблему соціального здоров'я, коли насмілювався стверджувати, що суспільству в цілому може не вистачати психічного здоров'я, і поставив під сумнів основні положення соціологічного релятивізму, згідно з яким норми людського існування задаються соціумом і можуть змінюватися на різних етапах історичного розвитку.

Е. Фромм був переконаний в існуванні базових людських потреб і непересічних вічних цінностей, ігнорування яких призводить до деформації не тільки окремої особистості, а й усього суспільства. Відповідно до його думки, суспільне життя стає нездоровим, якщо воно не узгоджується з людською природою. У роботі «Здорове суспільство» Е. Фромм так визначає своє завдання: досліджувати характер конфліктів між природою людини і суспільством і водночас виявити «сприятливий вплив суспільного життя на людський розвиток», тобто той позитивний соціальний вплив, посилення якого буде сприяти оздоровленню окремих індивідів [232].

Спробу описати інтегровану, здорову особистість зробив і К. Роджерс, який виділив наступні риси повноцінно функціонуючих людей:

- □ відкриті для внутрішнього і зовнішнього світу;
- – цінують спілкування як засіб представляти речі такими, які вони є;
- відрізняються певною недовірою до сучасної науки та технологій;

- здебільшого прагнуть до цілісного життя;
- постійно самовдосконалюються;
- беруть участь у житті інших і завжди готові допомогти тим, хто потребує цього;
- відчувають безпосереднє єднання з природою і готові захищати її;
- відчувають антипатію до бюрократичних інститутів;
- довіряють власному досвіду і не довіряють зовнішнім авторитетам;
- байдужі до матеріальних стимулів та нагород, можуть жити у достатку, але не відчувають сильної потреби в цьому;
- перебувають у духовному пошуку, вони хотіли б знайти сенс та мету свого життя.

На сучасному етапі соціальне здоров'я вміщує:

- соціальну значимість тих чи інших захворювань відповідно до поширеності економічних витрат, які вони викликають, важкості (загрози для існування популяції або страху перед такою загрозою);
 - вплив суспільного устрою на причини виникнення хвороб, характер їх перебігу (можливості видужання або смерті);
- оцінку біологічного стану визначеної частки або всієї людської популяції на основі інтегрованих статистичних показників, які складають соціальну статистику.

Різні аспекти проблеми ціннісного ставлення до здоров'я вивчалися у роботах Г.Пономарьової, Б. Братуся, О. Васильєвої, В. Дорфмана, Л. Драгунської, О. Ієрусалімцевої, О. Калітієвської, Д. Леонтьєва, Г. Нікіфорова, В. Новикова, В. Озерова, Ф. Філатова та ін. У роботах сучасних українських авторів зазначається зв'язок ставлення до здоров'я із стилем та способом життя особистості (Л. Бевзенко, Н. Волошко, Л. Коробка, Л. Сохань, Ю. Швалба та ін.).

Отже, ставлення до здоров'я дослідники розглядають як систему індивідуальних, вибіркового зв'язків особи із різними явищами навколишньої дійсності, які сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю особи, а також

певна оцінка індивідом свого фізичного і психічного стану [12]. Позитивне ставлення до здоров'я визнається одним з найбільш важливих психологічних утворень і вагомих чинників, що детермінують процес саморегуляції поведінки особистості.

У сучасних дослідженнях ставлення до здоров'я зроблено висновки щодо існування демографічних (стать, вік), психосоціальних (рівень освіти і доходів, соціально-економічний статус, віросповідання, характер зайнятості) та психологічних (групові цінності, самооцінка, відчуття психологічного благополуччя, здатність людини до передбачення проблем, персональні цілі, почуття самоефективності, локус контролю, глибина віри, психоемоційна напруга) детермінант ставлення до особистості до власного здоров'я [5].

Однією з найактуальніших проблем здоров'я людини є адиктивна поведінка, яка розглядається в рамках деструктивної, тобто такої поведінки, яка спричиняє шкоду самій людині та суспільству в цілому. Тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія вважаються видами адиктивної (узалеженої) поведінки.

Категорія «ставлення» вважається ключовою для процесу становлення особистості. За допомогою ставлення «розкривається становлення смислового зв'язку, єдності людини й світу, самого змісту цієї єдності: буде вона морально конструктивною чи деструктивною щодо індивіда» [3, с. 9].

На думку В. М'ясищева, психологічні ставлення у розвинутому вигляді являють собою цілісну систему індивідуальних, вибіркових свідомих зв'язків особистості з різними сторонами об'єктивної дійсності [150].

Ю. Приходько зазначає, що ставлення виступають як цілісна форма синтезу потреб, мотивів, ціннісних орієнтацій, емоцій, знань, уваги, інтересів особистості, тобто її системним утворенням [11].

У відповідності до основних сфер людської психіки у структурі ставлення більшість дослідників виділяють емоційний, когнітивний та поведінковий компоненти. Емоційний компонент включає систему почуттів, які пов'язані у людини з певним об'єктом чи подією. Когнітивний – складають знання про

об'єкт, оцінні судження про нього. Поведінковий – це готовність діяти певним чином стосовно об'єкта, який має для людини особистісну значущість. Поведінковий компонент базується на когнітивному та емоційному [11].

До базових ставлень особистості традиційно відносять ставлення до себе і оточуючого. На думку С. Рубінштейна, «ставлення до оточуючого - це насамперед ставлення індивіда до того, що складає умови його життя. Але найперша з перших умов його життя – це інша людина. Ставлення до іншої людини, до людей складають основну тканину людського життя, його серцевину» [188; 190]. Ставлення особистості до себе встановлюється опосередковано через ставлення до інших людей.

Одним з компонентів системи ставлень особистості виступає її ставлення до здоров'я, яке визначають як систему зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють чи, навпаки, загрожують її здоров'ю, а також певну оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану та організовану самою людиною життєдіяльність, що сприяє збереженню здоров'я, особистісному росту, творчому функціонуванню або навпаки [189].

В якості критеріїв міри адекватності ставлення до здоров'я вчені виділяють ступінь відповідності дій і вчинків людини вимогам здорового способу життя, нормативно запропонованим вимогам медицини, санітарії і гігієни, рівень поінформованості індивіда, відповідність або невідповідність самооцінки індивіда його фізичному і психічному здоров'ю [187].

В якості основних параметрів суб'єктивного ставлення до здоров'я виділені суб'єктивний психологічний зміст, модальність ставлення як якісно-змістовна характеристика та інтенсивність як структурно-динамічна характеристика. В структурі інтенсивності ставлення до здоров'я виділяють емоційний (афективний), пізнавальний (когнітивний), практичний на індивідуальному рівні та практичний на соціальному рівні компоненти. Локус контролю стосовно здоров'я спряжений із ставленням до здоров'я та розглядається як атрибуція контролю та міра відповідальності ставлення [2].

Н. Зимівець під відповідальним ставленням до здоров'я розуміє позицію особистості, яка обумовлює регуляцію реакцій і вольове здійснення діяльності стосовно факторів здоров'я для оптимального поєднання особистих можливостей і можливостей середовища задля досягнення благополуччя. У структурі відповідального ставлення до здоров'я авторка виділяє когнітивно-пізнавальний, емоційно-оцінний, потребово-ціннісний, мотиваційно-вольовий, практично-діяльнісний та рефлексивно-результативний компоненти. До їх критеріїв авторка відносить усвідомленість, позитивність, домінантність, керованість, успішність, осмисленість [74].

О. Бартків під відповідальним ставленням до здоров'я розуміють інтегральну властивість особистості, що базується на самоповазі, усвідомленні власного життєвого вибору та готовності брати на себе відповідальність за своє здоров'я, здоров'я своєї родини та суспільства загалом. Дослідники зазначають, що у ставленні до власного здоров'я визначальну роль відіграє ставлення особистості до себе. Позитивне ставлення до самого себе обумовлює прийняття рішень відповідно до внутрішньої переконаності про їх необхідність та важливість для власної життєдіяльності. Людина, яка негативно ставиться до самої себе часто орієнтується не на внутрішні переконання та бажання, а зовнішні судження й оцінки. Тому в основі відповідального ставлення до здоров'я лежить позитивна установка стосовно себе як фізично здорової особистості [16].

В. Серіков у відповідальному ставленні до здоров'я передбачає наявність простору вибору, а відповідно, прояву та розвитку особистості й особистісних функцій, таких як вибіркова, пов'язана з вибором цінності здоров'я та здорового способу життя; опосередкована, пов'язана із зовнішніми впливами та внутрішніми імпульсами поведінки щодо свого здоров'я; критична – ставлення до впливу зовнішніх цінностей та норм до здоров'я, відповідальності за прийняті рішення стосовно власного здоров'я й забезпечення рівня духовності відповідно до домагань [199].

Відповідальне ставлення до здоров'я є наслідком сформованості в особистості почуття відповідальності за своє здоров'я перед собою, близькими людьми та суспільством [1].

Ціннісне ставлення до здоров'я – є усвідомлена потреба в здоровому способі життя й побудові проекту роботи над собою в напрямку відновлення, збереження й збільшення здоров'я. Ціннісне ставлення до здоров'я у своїй структурі має когнітивний, емоційно-оцінний і поведінковий компоненти. Показниками когнітивного компонента є: повнота й адекватність уявлень про своє здоров'я, про цінність здоров'я в цілому, про шляхи організації здорового способу життя; пізнавальна активність у сфері здоров'я. Когнітивний компонент ціннісного ставлення до здоров'я поєднує в собі розуміння сутності й значимості здоров'я на всіх рівнях організації людини, а також наявність готовності до безперервного пошуку, одержання, обробки й застосуванню інформації щодо загальних питань здоров'я, стану власного здоров'я й способів реалізації здорового способу життя. Емоційно-оцінний компонент ціннісного ставлення до здоров'я відбиває пріоритетність деяких аспектів здоров'я на індивідному, суб'єктному та особистісному рівнях. У якості показників сформованості даного компонента виступають: тривожність відносно здоров'я на тому або іншому рівні його організації; пріоритетна значимість того або іншого рівня здоров'я, а також перевага певних способів організації здорового способу життя. Поведінковий компонент ціннісного ставлення до здоров'я включає: володіння вміннями й навичками, необхідними для підтримки здоров'я; дії по підтримці здоров'я й здорового способу життя; засоби збереження, відновлення й збільшення свого здоров'я [15].

Отже, більшість сучасних дослідників ставлення до здоров'я визначають як систему зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють чи, навпаки, загрожують її здоров'ю, а також певну оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану та організовану самою людиною життєдіяльність, що сприяє збереженню здоров'я, особистісному росту, творчому функціонуванню або навпаки. У ставленні до здоров'я, як і

ставленнях особистості в цілому, виділяють афективний, когнітивний і поведінковий (практичний) компоненти. У сучасній вітчизняній психології найбільш дослідженими виявляються ціннісне та відповідальне ставлення до здоров'я. Студенти є своєрідною групою ризику щодо розвитку узалежненої поведінки, що обумовлено кризовістю студентського віку. Суттєвим чинником збереження здоров'я в юнацькому віці, високого рівня працездатності в період оволодіння майбутньою професією, на нашу думку, є усвідомлене, ціннісне і відповідальне ставлення молодшої особистості до здоров'я.

Саме в методологічному плані, з нашої точки зору, переваги слід віддавати категорії «ставлення», бо вона найбільш цінна з позиції теорії особистості і вступає в інтеграцію з усіма психологічними категоріями в полі яких аналізуються інші поняття. Оскільки ставлення до здоров'я входить у якості складової у загальну систему ставлень особистості, перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні ставлення до здоров'я в системі базових ставлень особистості студентів з узалежненою поведінкою.

За останні роки спостерігається різке збільшення розповсюдження адиктивних розладів, різноманітність їх форм, поява нових різновидів. У сучасній літературі, говорячи про залежну поведінку, часто використовують термін «адиктивна поведінка», уведений В. Міллером для визначення зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан, включаючи алкоголь, наркотики й тютюн, до того, як від них сформується фізична залежність. Перевага терміна «адиктивна поведінка» полягає в його інтернаціональній транскрипції, а також у можливості ідентифікувати особистість з подібними звичками як «адикта», або «адиктивну особистість». Термін «узалежнена поведінка» є аналогією терміну «адиктивна поведінка». Адикція у загальному розумінні залежність – це прагнення покластися на когось чи щось з метою отримання задоволення або адаптації, залежність від деяких предметів, речовин чи видів діяльності. Залежність поділяють на нормальну та надмірну. Усі люди мають вроджену схильність до формування залежності від таких життєво необхідних об'єктів, як повітря, вода, їжа.

Більшість людей протягом життя мають стійку здорову прихильність до батьків, друзів, дружини, чоловіка. Схильність до надмірної залежності породжує залежну поведінку, тісно пов'язану як зі зловживанням особистістю кимось або чимось, так і з порушенням її потреб.

Проблеми узалежненої поведінки аналізувались в ряді сучасних досліджень: медичні аспекти вживання психоактивних речовин (А. Личко, В. Битенський, В. Херсонський, Б. Братусь, П. Сидоров, Н. Буторіна, М. Буянов, І. П'ятницька), правові аспекти (Ю. Аргунова, А. Габіані, С. Дворяк, Р. Готліб), педагогічні аспекти (О. Маюров, Б. Левін, М. Левін, В. Матвєєв, О. Гройсман, Д. Колесов, В. Оржеховська, О. Удалова, О. Пилипенко, Н. Максимова, С. Толстоухова, Н. Пихтіна). Значний внесок у вивчення узалежненої поведінки внесли зарубіжні (Р. Браун, Х. Мілкман, С. Сандервірт, Д. Пайнз) та російські (О. Личко, В. Битенський, Ц. Короленко, А. Єгоров, Є. Змановська, В. Менделевич, А. Худяков) дослідники. Зараз в Україні проблеми адиктивної поведінки досліджують Н. Максимова, Толстоухова, Н. Пихтіна, Г. Золотова та інші.

Узалежнена поведінка юнацтва традиційно вивчається медичною спільнотою. У той же час зазначається, що залежність від тютюну, алкоголю, наркотиків тощо є складним поведінковим актом, у виникненні й розвитку якого беруть участь не тільки фізіологічні фактори, але й цілий комплекс соціальних і психологічних умов (А. Акопов, А. Артемчук, Н. Бородіна, Б. Братусь, Н. Бугайова, В. Великий, В. Уркаєв, Н. Дмитрієва, А. Єгоров, Ц. Короленко, В. Семке, О. Харькова та ін.) [221].

Адикція в сучасній науковій літературі визначається як пристрась до якоїсь речовини або роду діяльності, яка включає безконтрольне прагнення приймати цю речовину або практикувати вид діяльності для досягнення бажаного психічного ефекту [8]. Пояснюючи сутність будь-якої психологічної залежності, дослідники наголошують, що за своєю суттю адиктивна поведінка – це неповноцінний адаптивний механізм, недосконалий спосіб пристосування до умов діяльності і життя, які виявилися занадто складними для особистості.

Увага науковців багатьох галузей звернена до проблеми адиктивної поведінки. Існує деяка розбіжність у визначенні понять адикція та адиктивна поведінка серед психологів. Більшість авторів, які займаються проблемами адиктивної поведінки вважають, що це одна з форм деструктивної (руйнівної) поведінки, яка виражається у прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану через вживання деяких речовин чи постійній фіксації уваги на окремих предметах чи активностях (видах діяльності), що супроводжується розвитком інтенсивних позитивних емоцій. При чому, такі форми адиктивних реалізацій, як алкоголізм, наркоманія, – розглядаються цими авторами як хвороба, до виникнення яких привели адиктивні форми поведінки. Процес прив'язаності настільки захоплює людину, що починає управляти його життям. Людина стає безпомічною перед своєю пристрастю. Вольові зусилля слабшають і не дають змоги протистояти адикції. Вибір адитивної стратегії поведінки обумовлюється труднощами адаптації до проблемних життєвих ситуацій (складні соціально-економічні умови, багато чисельні розчарування, руйнування ідеалів, конфлікти в родині і на виробництві, утрата близьких, різка зміна звичних стереотипів тощо).

Реальність така, що прагнення до психологічного і фізичного комфорту не завжди можливо реалізувати. Характеристикою сучасності є стрімке зростання змін у всіх сферах суспільного життя. Є два способи виживання: боротьба і адаптація. Адиктивна особистість шукає свій універсальний і надто однобокий спосіб виживання – відхід від проблем. Природні адаптаційні можливості адикта порушені на психологічному рівні. Першою ознакою цих порушень є відчуття психологічного дискомфорту.

Психологічний комфорт може бути порушений з різних причин, як внутрішніх, так і зовнішніх. Такі люди мають низьку витривалість до фрустрацій. У якості способу встановлення психічного комфорту, вони обирають адикцію, намагаючись штучно змінити психічний стан і одержати суб'єктивно приємні емоції [1; 3]. Так складається ілюзія вирішення проблеми.

Подібний спосіб «боротьби» з реальністю закріплюється в поведінці людини і стає стійкою стратегією її взаємодії із дійсністю.

Привабливість адикції для людини в тому, що вона є шляхом найменшого опору. Складається суб'єктивне враження, що таким чином, звертаючись до фіксації на якихось предметах чи діях, можливо не думати про свої проблеми, забути про тривогу, відійти від важких ситуацій тощо. Форми такої поведінки різноманітні і відокремлюються одна від одної засобами адикції, а також наслідками для життя людини (біологічними, особистісними і соціальними). Це може бути епізодичне чи регулярне вживання будь-яких речовин (алкоголю, тютюну, наркотиків, продуктів побутової хімії, медикаментів, солодошів), комп'ютерні і азартні ігри, заняття екстремальними видами спорту, трудоголізм тощо. Незалежно від обраного засобу адикції, метою адиктивної поведінки є втеча від самотності, нудьги, емоційних і міжособистісних проблем, зняття напруженості і переживання інтенсивних емоцій.

Форми адиктивної поведінки мають принципово схожі психологічні механізми. У зв'язку з цим виділяють такі загальні ознаки адиктивної поведінки:

Узалежнена поведінка виявляється у стійкому прагненні особистості до зміни психофізичного стану. Будь-який об'єкт залежності (алкоголь, наркотик, гра та ін.) дозволяє адикту випробовувати значущі для нього переживання, до яких він прагне, але не може досягти самотійно.

Формування адикції супроводжує зниження контролю особистості над прагненням до об'єкта залежності. Це прагнення особистість переживає як імпульсивно-категоричне, непереборне, ненасичуване. Зовнішньо це може виглядати як боротьба з самим собою, а частіше – як втрата самоконтролю спочатку над своєю поведінкою, а потім і над своїм життям.

Адиктивна поведінка – безперервний процес формування й розвитку залежності. Адикція нерідко має нешкідливий початок, індивідуальне протікання з посиленням залежності та результат.

Циклічність залежної поведінки має фази: наявність внутрішньої готовності до адиктивної поведінки; посилення бажання та напруги; очікування й активний пошук об'єкта адикції.; отримання об'єкта й досягнення специфічних переживань; розслаблення; стадія відносного спокою (ремісія).

Адиктивна поведінка не обов'язково призводить до захворювання або смерті, але закономірно викликає міжособистісні зміни та соціальну дезадаптацію.

Соціальні чинники є одними із значущих для виникнення адиктивної поведінки. Найбільшого значення набувають порушення сімейного контексту виховання. Фахівці відзначають, що практично у всіх випадках підліткової та юнацької наркоманії виявлялися ознаки одного з типів (а інколи і декілька) проблемних сімей: неповна сім'я, сім'я, що розпалася, ригідна, псевдосолідарна, деструктивна (автономія і сепарація окремих членів сімей, відсутність взаємності в емоційних контактах); гіперопіка з боку матері, що переймає на себе всю відповідальність за вчинки дитини; зайняті і недбайливі батьки, гіпоопіка; відсутність меж між поколіннями; нерозвиненість батьківських почуттів; проєкція на підлітка власних негативних якостей; емоційне відкидання і відсутність дійсної батьківської любові тощо.

Серед інших соціальних передумов можна назвати вплив груп однолітків. На думку багатьох авторів це провідний соціопсихологічний чинник. Очевидно, що в основному залучення підлітків до наркотиків і алкоголю відбувається в компаніях однолітків. Тут також може йти мова про таку психологічну якість, як навіюваність. Також грає роль «мода» на вживання наркотиків і вплив засобів масової інформації. Важливе значення має відсутність дозвілля, соціально схвалюваних розваг в суспільстві. Молоді люди відмовляються від нав'язаних ним форм дозвілля і роблять свій вибір на користь пасивних розваг, в яких не треба перемагати і прагнути до чогось.

Визначають такі психологічні особливості осіб з адиктивними формами поведінки (Б. Сегал): знижена переносимість труднощів повсякденного життя, поруч із гарною переносимістю кризових ситуацій; прихований комплекс

неповноцінності і зовнішній прояв переваги; зовнішня соціабельність, поєднана зі страхом перед стійкими емоційними контактами; бажання казати неправду; прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони не винні; схильність уникати відповідальності в прийнятті рішень; стереотипність, повторюваність поведінки; залежність; тривожність.

В роботах Б. Братуся, І. Коцана, А. Личко, та ряду інших вказано на вплив біологічних чинників, якими є попередня психопатологія, різні прояви органічного ураження ЦНС (синдром дефіциту уваги, енурез, мовні порушення, дислексія), акцентуації і психопатії, порушення біохімічного балансу головного мозку, генетична схильність тощо. [32, 109, 118].

Серед психологічних передумов С. Березін та ін. виділяють три основні мотиви вживання наркотиків: стрес (як спосіб зняття стресу) – 32 % опитаних; навіюваність (під впливом референтних осіб) – 28 %; цікавість – 39 % [5].

Психоаналітичні дослідження зводяться до пояснення виникнення залежності як зупинки в психосексуальному дозріванні, що призводить до орального незадоволення. Оскільки така потреба ніколи не може бути задоволена повністю, то фрустрована особистість реагує на світ вороже, що може призвести до психічного руйнування. Наркотики є засобом, що звільняє від фрустрації шляхом ейфорії.

Порушення індивідуалізації і відділення (від батьків) в ранньому дитинстві також визначаються серед психологічних детермінант адитивної поведінки. Потреба в прихильності і підтримці батьків може бути задоволена негайно за рахунок наркотиків. Яковлева Є.Л. називає хімічну залежність патологічною формою самовираження. Унікальність кожної людини не викликає сумнівів. Проте, уміння презентувати себе світу – виразити свою унікальність – є проблемою для більшості людей. Люди схильні до дій по заздальгідь заданих програмах, схемах, шаблонах. Така «запрограмованість» поведінки призводить до переживання відчуття протесту проти вимог суспільства, яке не дозволяє відхилятися від прийнятих норм. Цей процес може набувати патологічної форми: наркоманія, алкоголізм, девіантна поведінка.

Різними дослідниками називаються наступні риси людини, схильної до адиктивної поведінки: – егоцентризм (всі роздуми наркомана концентруються на його власній особі, тому він не здатний до повноцінного спілкування з іншими людьми); – боязнь успіху (поведінка наркомана деструктивна, його боязнь успіху ґрунтується на страху, що успіх короточасний та плінний, щоб усунути цей страх, наркоман прагне зруйнувати свій успіх); – сильне відчуття агресії і садизму по відношенню до інших (підлітка, що пережив в дитинстві образи і фізичні покарання, приваблюють опіати через їх антиагресивну дію, що дозволяє йому залишатися спокійним і розслабленим); – низька самоповага (прийом наркотиків виступає у такому разі як компенсаційний механізм збідненої самопрезентації, низької самоповаги).

М. Хрістофорова, Л. Шипіцина відзначають порушення емоційного контакту між матерями і підлітками та юнаками і вважають, що порушені, дисгармонійні внутрішньо сімейні стосунки є одним з базових чинників становлення адиктивної поведінки. Особливістю таких стосунків є дратівливість і авторитарне придушення матерями агресивності дитини. За результатами обстеження підлітків-наркоманів, взаємини в таких сім'ях характеризуються як автономне, паралельне існування матери і дитини [7].

Міжособистісні взаємини стали предметом вивчення Ф. Шереги, А. Ареф'єва: ворожі, конфліктні міжособистісні стосунки з тими, що оточують, особливо з батьками, рідними, вчителями, сусідами, міліцією можна також вважати як передумову адиктивної поведінки [8].

Важливою психологічною та світоглядною передумовою адитивної поведінки є ставлення до життя. За даними В. Сорокіна особливістю психосемантики підліткової самосвідомості є те, що на відміну від дорослих, поняття «життя» має інший особистісний сенс. Життя не завжди є тією домінуючою, абсолютною цінністю, якою вона є для дорослого. Чим старшою стає людина, тим більшої цінності набуває для неї життя, стаючи цікавішим і різноманітнішим за своїм змістом. Саме тому в профілактичних програмах для

підлітків та молоді вказівка на те, що тютюн та алкоголь представляють загрозу життю, не завжди досягає мети [6].

Вибір адитивної стратегії поведінки обумовлюється труднощами адаптації до проблемних життєвих ситуацій (складні соціально-економічні умови, багато чисельні розчарування, руйнування ідеалів, конфлікти в родині і на виробництві, утрата близьких, різка зміна звичних стереотипів тощо).

Початок формування адиктивного процесу відбувається на емоційному рівні. Наступний етап адитивної поведінки характеризується формуванням визначеної послідовності звертання до засобів адикції. На третьому етапі адиктивний ритм стає стереотипним, звичним типом реагування, методом вибору при зустрічі з вимогами реального життя. Четвертий етап характеризується повною домінацією адиктивної поведінки. Відбувається повне занурення в адиктивний процес, остаточне відчуження і ізоляція від суспільства. П'ятий етап носить вже характер катастрофи. Адиктивна поведінка руйнує і психіку, і біологічні процеси.

Узалежнена поведінка у юнаків, як і у дорослих, нерідко слугує способом самоствердження, вияву протесту проти дійсності або упередженості, несправедливості. Ця поведінка може поєднуватися з поверхневим усвідомленням моральних норм, що вказує на необхідність формування у дитячому, підлітковому та юнацькому віці моральних засад поведінки, потреби у дотриманні правил суспільного співжиття, порядності і взаємоповаги у міжособистісних стосунках, ставлення до життя і здоров'я свого та інших як до найвищої цінності.

То ж необхідно виділити психологічні чинники, які обумовлюють виникнення узалежненої поведінки в юнацький період:

- акцентуації характеру;
- інфантилізм;
- підвищений рівень тривожності;
- різноманітні реакції (емансипації, групуванню з друзями, відмови, компенсації, захоплення (хоббі);

- задоволення почуття цікавості;
- потяг до самоствердження;
- потреба змінити психічний стан у стресовій ситуації.

Необхідно враховувати й інші фактори ризику виникнення узалежненої поведінки в юнацькому віці:

Біологічні:

- наслідки спадковості;
- вплив природного середовища;
- порушення роботи ферментативної та гормональної систем організму;
- вроджені психопатії;
- мінімальні мозкові дисфункції внаслідок органічного враження головного мозку.

Соціально-економічні:

- зниження життєвого рівня населення;
- майнове розшарування суспільства;
- обмеження соціально схвалених способів заробітку;
- безробіття;
- доступність алкоголю, тютюну, наркотиків.

Соціально-педагогічні:

- зростання кількості сімей з конфліктними та асоціальними стилями виховання.

Соціально-культурні:

- зниження морально-етичного рівня населення;
- поширення кримінальної субкультури;
- руйнування духовних цінностей;
- наростання неформальних об'єднань, в яких домінує культ сили;

пропаганда в засобах масової інформації насильницьких та безвідповідальних стереотипів поведінки.

Отже, адикції не що інше як багаторівневий розлад, фіксований на використанні якого-небудь об'єкта з метою компенсації емоційного дисбалансу

та міжособистісних відносин, які не задовольняють людину. Це виявляється в різних формах, становить серйозну соціальну проблему й регулюється переважно моральними та медичними нормами. Вибір особистістю конкретного об'єкта залежності визначається його специфічним впливом на організм людини. Люди мають індивідуальну схильність до тих чи тих об'єктів адикції.

Особливо небезпечні прояви узалежненої поведінки для юнаків, в момент їх інтеграції у соціум. В цей момент відбувається накладка типових проблем для підлітків та проблем власної вікової специфіки, автономії від дорослих. Юність – це завершальний етап формування особистості, етап самовизначення та вибору свого життєвого шляху. Життєвий шлях особистості – це історія формування і розвитку особистості в певному суспільстві, сучасника певної епохи і однолітка певного покоління. Життєва дорога є своєрідним портретом особистості: у ньому відображаються її світогляд і життєва спрямованість, домагання і досягнення, стосунки з життєвими труднощами і способи їх подолання. Основним новоутворенням у юнацькому віці є відкриття власного Я, розвиток рефлексії, усвідомлення своєї індивідуальності, налаштованість на побудову власного життя, розвиток самовизначення.

Юнацький вік будується навколо кризи ідентичності. Сама криза складається з ряду ідентифікацій, виборів, самовизначень. Ідентичність – «почуття самототожності, власної істинності, повноцінності, співпричетності світу та інших людей. Почуття набуття, адекватності і стабільного володіння особистістю власним Я незалежно від змін останнього і ситуації; здатність особистості до повноцінного вирішення завдань, що постають перед нею на кожному етапі розвитку».

Однією з характеристик студентського віку є його кризова насиченість. До криз студентського віку відносять кризу адаптації до навчання у виші, кризу професійної ідентичності, кризу, пов'язану із необхідністю працевлаштування після закінчення вищого навчального закладу. Якщо студенту не вдається розв'язати життєві завдання, у нього формується неадекватна ідентичність,

розвиток якої може йти такими основними напрямками, як відхід від психологічної інтимності, уникнення тісних міжособистісних взаємин; розмитість почуття часу, нездатність будувати життєві плани, страх дорослішання та змін; розмивання продуктивних, творчих здібностей, невміння мобілізувати свої внутрішні ресурси та зосередитися на якійсь головній діяльності; формування «негативної ідентичності», відмова від самовизначення та вибір негативних зразків для наслідування [10]. Саме такі негативні наслідки можуть виступити у якості чинників формування і розвитку адиктивної поведінки студента, чому можуть сприяти й недоліки у формуванні ціннісного, відповідального ставлення до власного здоров'я.

Слід зазначити, що ставлення до здоров'я осіб з адиктивною поведінкою залишається практично невивченим у психологічній науці, що, зокрема, стосується і адиктивної поведінки у студентському середовищі. Разом з тим, дослідники наголошують, що розвиток адикцій відбувається під впливом безлічі різноманітних чинників. Зокрема до психологічних чинників належать незрілість особистої ідентифікації, слабка або недостатня здатність до внутрішнього діалогу, низьке долаття психологічних стресів і обмеженість саморегуляції поведінки, висока потреба в зміні станів свідомості як засіб вирішення внутрішніх конфліктів [16].

Узалежнена поведінка в широкому сенсі слова – це та чи інша форма рабства, що обмежує можливості юної особистості і применшує її здатність до саморозвитку. Будь-яка з відомих залежностей виявляється нездоланною перешкодою на шляху особистості до повноти самореалізації, в просторіччі іменується щастям. Залежності – це психологічні причини всіляких особистих катастроф, руйнувань і захворювань. Вони являють собою самі міцні ланцюги, які утримують людський розум в ганебному полоні. Товариство з залежностями його членам обходиться значно дорожче, ніж самі смертоносні епідемії і стихійні лиха. Вони викрадають у людей час повноцінного життя і енергію здоров'я, заважають розвиватися, перешкоджають здійсненню

заповітних бажань. Фактично залежності викрадають у людей саме їхнє життя – без жодних застережень і двозначностей.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ БАЗОВИХ ВІДНОШЕНЬ ПРЕДСТАВНИКІВ ШКІЛЬНОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

2.1. Особливості системи ставлень дітей шкільного віку

У контексті даної роботи важливо провести аналіз психологічних особливостей дітей молодшого шкільного віку. Дитина, яка відвідує початкову школу, психологічно переходить у нову систему відносин із оточуючими її людьми. Живучи серед тих же близьких, у тому ж просторі, що носить назву «будинок», вона починає відчувати, що її життя принципово змінилось – на неї лягли зобов'язання не тільки щодня відвідувати школу, але й підкорятися вимогам навчальної діяльності. Сім'я починає по-новому контролювати дитину в зв'язку з необхідністю вчитися в школі, виконувати домашні завдання, суворо організовувати режим дня. Жорсткість вимог до дитини, навіть у найдоброчливішій формі, покладає на неї відповідальність за саму себе. Необхідність утримання від ситуативних імпульсивних бажань і обов'язкова самоорганізація створюють спочатку в дитини почуття самотності, відчуженості себе від близьких – адже вона повинна нести відповідальність за своє нове життя й самоорганізувати його. Звичайно, дорослі стурбовані навчальними проблемами дитини. Саме вдома намагаються організувати його правильне ставлення до навчальної діяльності – відношення до взятої на себе відповідальності. Найголовніше, що може дати сім'я молодшому школяреві, - навчити її утримуватися від розваг в урочний час, відчути, що означає «справі час - потісі годину», брати відповідальність на себе, тим самим навчитися керувати своєю волею. Успіхи дитини при засвоєнні норм життя в нових умовах формують у неї потребу у визнанні не тільки в колишніх формах відносин, але і в навчальній діяльності. Характер адаптації до умов життя в молодшому шкільному віці й ставлення до дитини з боку сім'ї визначають стан і розвиток її почуття особистості. В умовах чутливої до зміни соціального статусу дитини сім'ї дитина знаходить нове місце й усередині сімейних відносин: вона – учень, вона – відповідальна людина, з нею радяться, до неї дослухаються. Учитель

стає для дитини фігурою, що визначає її психологічний стан не тільки в класі, на рівні й у спілкуванні з однокласниками, його вплив поширюється і на стосунки в сім'ї.

Для діагностики особистісних особливостей ЧХД було використано адаптований модифікований варіант дитячого особистісного опитувальника Р. Кеттелла (адаптований Е. М. Александровською). За допомогою t-критерія Стьюдента було визначено значимі відмінності, та відмінності, які не є значимими для цих двох груп.

Таблиця 2.1.1

Результати отримані за методикою Кеттела

Риса	t
Фактор А (-) (холодність-доброзичливість)	-2,51*
Фактор С (-) (емоційна нестійкість стабільність)	-2,24*
Фактор Е (-) (покірність-незалежність)	-3,12**
Фактор F (-) (стурбованість-безтурботність)	-2,67**
Фактор Н (-) (боязкість-сміливість)	-2,81**
Фактор О (+) (самовпевненість-пригніченість)	2,32*

Примітка ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$

Виявляється низка значущих відмінностей між групою часто хворіючих дітей і їх здоровими однолітками. ЧХД відрізняються недовірливістю, надмірною уразливістю, відсутністю інтуїції в міжособистісних відносинах, у їх поведінці часто спостерігаються негативізм, упертість, егоцентризм, у той час як здорові діти - емоційно теплі, товариські, веселі, добре соціально адаптовані. ЧХД гостро реагують на невдачі, оцінюють себе як менш здатних у порівнянні зі своїми однолітками, виявляють нестійкість настрою, погано контролюють свої емоції, відчувають труднощі в пристосуванні до нових умов; існують труднощі в навчальній діяльності.

Здорові діти характеризуються упевненістю в собі, спокоєм, стабільністю, кращою підготовленістю до успішного виконання шкільних вимог. ЧХД залежні від дорослих та інших дітей, легко їм підкоряються; їхні здорові однолітки схильні до самоствердження, лідерства та домінування. У ЧХД відзначається низький рівень енергійності, оптимізму, недооцінка своїх можливостей порівняно з їх здоровими однолітками.

Часто хворіючі діти проявляють сором'язливість і боязкість у спілкуванні з батьками та вчителями, у той час як їхні здорові однолітки невимушені й сміливі у спілкуванні, легко вступають у контакт із дорослими. ЧХД повні передчуття невдач, легко виводяться з душевної рівноваги, часто мають знижений настрій, тривожні, у той час як здорові діти – спокійні, рідко втрачають рівновагу.

Отже, особистість ЧХД відрізняється недовірливістю, надмірною уразливістю, відсутністю інтуїції в міжособистісних відносинах, у їх поведінці часто спостерігаються негативізм, упертість, егоцентризм, вони гостро реагують на невдачі, вирізняються нестійкістю настрою, поганим контролем емоцій, поганою адаптованістю, залежністю від дорослих, підкореністю, зниженими енергійністю та оптимізмом, боязкістю, легкою втратою внутрішньої рівноваги.

На основі отриманих даних можна скласти характерологічний профіль ЧХД, що складають такі риси: *паранойальність* (недовірливість негативізм), *сенситивність* (надмірна уразливість, знижений емоційний самоконтроль, нестійкість настрою), *залежність* (підкореність, готовність слідувати правилам), *інфантильність* (упертість, егоцентризм, відсутність міжособистісної інтуїції) та *астено-апатичність* (зниження енергійності, песимізм, тривога, апатичність). Важливою особливістю особистості ЧХД є дискордантність – сполучення контрарних рис: відособленості та залежності, упертості та покірності, еготизму та центрації на значимій людині. Така дискордантність створює внутрішньоособистісну конфліктність – високу

тривожність і напруженість селф-системи, що безумовно відбивається в системі забезпечення нарцистичного балансу, у самостваленні.

Для поглиблення уявлень про особливості особистості ЧХД був використаний графічний тест «Зірки і хвилі» із таблиці видно, що результати обох груп відрізняються між собою. Для перевірки значимості цієї різниці було використано критерій Фішера.

Встановлено достовірно значимі відмінності в образному вирішенні малювання, до такого рішення частіше вдавалися здорові діти. Таке виконання відрізняється обдуманною організованістю елементів простору малюнка, з доповненнями барвистих елементів. Такий спосіб зображення свідчить, що у авторів даних малюнків при малюванні відбувалася емоційна включеність у процес малювання. Для ЧХД характерне формальне рішення, що перешкоджає проникненню в психологічні особливості авторів малюнків.

Здоровим дітям характерний гармонійний розподіл елементів малюнка. Малюнки втілюють органічне природне утворення й указують на те, що їх автори гармонійні, спокійні, духовно розвинені, урівноважені.

ЧХД властиве прагнення до формальної збалансованості зображення, що вказує на готовність їх авторів слідувати правилам і пристосовуватись. ЧХД властиві зображення бар'єрів між водою і небом, що вказує, що обидві стихії, а значить і дві сфери психічного, протистоять один одному, породжуючи внутрішньоособистісний конфлікт.

ЧХД властиве зображення скель, що вказує на опір власним вітальним прагненням. Також ЧХД властиве слабке промальовування зірок, що вказує на те, що проблема духовності на малюнку витіснена на задній план. Також ЧХД зображували грозу, що вказує на наявність переживань загроз і негараздів у житті дітей, які це намалювали.

Гармонійні хвилі в малюнках здорових дітей вказують на емоційність, що легко проявляється ззовні. Слабкі хвилі в малюнках дітей, які часто хворіють, указують на апатію й знижений фон настрою.

Острів, корабель і маяк, зображувані здоровими дітьми, є позитивними символічними показниками. Острів може бути розглянутий як підгрунття й міцне місце, маяк є світлом, що вказує дорогу, корабель – місце перебування й захисту під час плавання.

Були встановлені значущі відмінності в особливостях графіки. Техніка одинарного штриха частіше зустрічається в малюнках здорових дітей. Така техніка свідчить про цілісність дитини – автора малюнка, люди, які вдаються до такого малювання, здатні до раціонального управління, здатні брати під контроль свої імпульси й цілеспрямовано добиватися наміченої мети. Також цій групі дітей притаманне малювання маятниковим штрихом, даний рух відбувається шляхом розслаблення й характерний людям, які можуть довіряти своїм ритмам. Упевнений штрих свідчить про те, що людина впевнено і без коливань йде до наміченої мети.

Невпевнений штрих, а також штрих із відривом, значно частіше зустрічаються в групі хворих дітей. Дані штрихи свідчать про те, що дитину легко збити з пантелику, вона невпевнена у собі, нерішуча. Лінія з відривом указує на те, що дитина в процесі малювання перевіряла себе.

Тонування значно частіше зустрічається в групі ЧХД і вказує на нестійкість емоцій. Здорові діти значно частіше обробляли поверхню малюнка штрихуванням, яка за своїм проєктивним змістом ближча до свідомої галузі.

Діти, які часто хворіють, значно частіше фарбували поверхню малюнка безсистемними окремими штрихами, що вказує на знервованість дітей та наявність проблем у комунікативній сфері.

Для вивчення агресивних тенденцій була використана проєктивна методика «Малюнок неіснуючої тварини». За вказаною методикою були отримані такі результати: частота повторюваності ознаки відкритої агресії (роги, зуби, кігті) склаладали в групі частохворюючих дітей 29%, у той час, як у групі здорових дітей – 34%; ознака пригніченої агресивності (гострі кути в малюнках) зустрічались у групі хворих дітей у 54%, а в групі здорових дітей – у 19% випадків.

Отже, хворі діти відрізняються від здорових дітей за параметром стриманої агресивності. Окрім того, була відмічена неузгодженість між зображенням тварин та їх вербальними описами під час післямалюнкової бесіди. Так 22% дітей, які зобразили відверто агресивних тварин із ознаками хижості, описали їх як таких, що їдять траву, добрих та дружелюбних. При цьому розходження в графічних ознаках тварин та їх вербальних описів у здорових дітей відмічено лише в 5%. Цей феномен ще раз доводить, що діти, які часто хворіють, схильні придушувати агресивні імпульси, агресивні прагнення дітьми не усвідомлюються та, можна припустити, переводяться в інші емоційні комплекси.

Слід відзначити, що тенденція до придушування агресії більш характерна дівчатам, ніж хлопцям ($\phi = 2,50$, $p < 0,01$). Саме у їх розповідях, відверто агресивні тварини з рогами, іклами та кігтями описувалися як добрі, або такі, що не можуть заподіяти шкоди (рисунок 2.1.1).

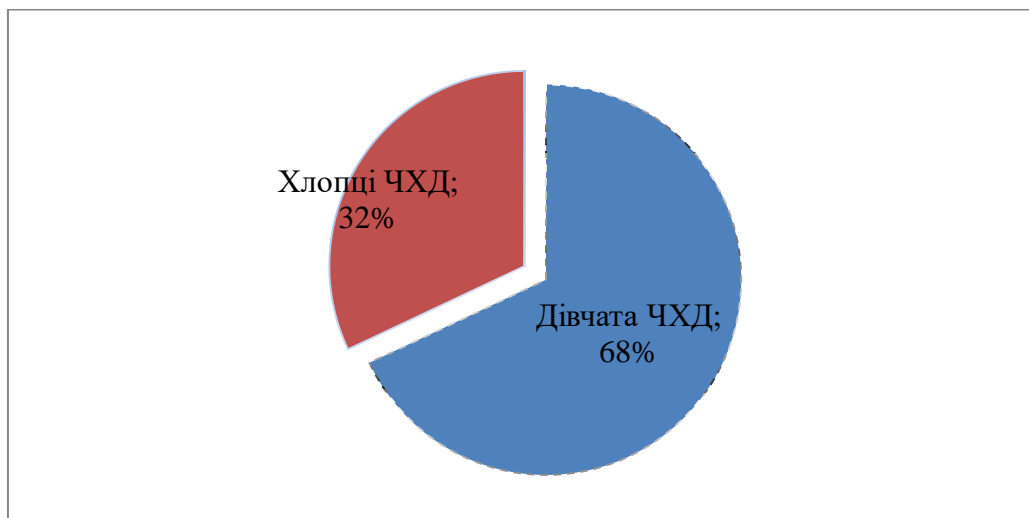


Рис. 2.1.1 Частота проявів стриманої агресії у дівчат та хлопців ЧХД.

Окрім того, відмічено, що діти, при відповіді на питання під час післямалюнкової бесіди, схильні до шаблонних відповідей, не схильні наділяти тварин настроєм, особливо складно дітям визначити емоційний стан тварини. Так, лише 22% хворих дітей змогли назвати конкретну емоцію (радість,

здивування, страх, злість, сором), у той час як здорові діти в 62% були здатні назвати емоції (аналогічні тим, що не назвали часто хворіючі діти).

Також слід зазначити, що діти, які часто хворіють, схильні замінювати емоційні стани (37%), які приписуються тварині, фізичними станами (вона стомлена, у неї болить голова, вона хоче їсти, спати). Дана обставина може бути пов'язана із феноменом алекситимії.

Алекситимія буквально означає: «без слів для почуттів» (або в близькому перекладі – «немає слів для назви почуттів»). Алекситимія є психологічною характеристикою, яка визначається наступними когнітивно-афективними особливостями: 1) труднощами у визначенні (ідентифікації) та описі власних почуттів; 2) труднощами в виявленні відмінностей між почуттями та тілесніми відчуттями; 3) зниження здатності до символізації. Існує гіпотеза, згідно з якою обмеженість усвідомлення емоцій і когнітивної переробки афекту веде до фокусування на соматичних компонентах емоційного збудження і його посилення. Клінічний досвід підтверджує концепцію алекситимії в тому відношенні, що багато соматичних хворих виявляють обмежену здатність описувати, диференціювати афекти й продукувати фантазії [13].

У дітей з групи часто хворіючих, оповіді про тварин позбавлені уяви та погано презентовані. На відміну від «бідних» розповідей дітей, які часто хворіють, здорові діти схильні наводити яскраві, різноманітні оповідання, з використанням різних лексичних форм. Наведемо приклад.

Софія, 9 років, часто хворіюча дитина.

- Софія, що це за тварина, яка в неї назва?

- Це кіт.

- Скільки йому років?

- 8 років.

- А де живе цей кіт?

- У себе вдома.
- Він чимось займається?
- Так, він любить спати та їсти.
- Може, ще щось?
- Навряд, погана погода, ідуть дощі, він сидить вдома, щоб не мочити та не забруднювати лапи.
- А який у нього настрій?
- Нормальний.
- А ось тут на малюнку, які в нього почуття?
- Він хоче їсти.
- А де він бере їжу?
- В холодильнику.
- І звідки вона в холодильнику?
- Він тільки їсть.
- А звідки ж береться їжа?
- Ну він може ходити раз на тиждень в гості до бабусі.
- Так, а що він там робить?
- Ну як, бере їжу в неї.
- А чим він ще займається?
- Я вже казала, він їсть і спить.

- Він спілкується з кимось?

- Ні, кіт, який гуляє сам собою.

- Він сам живе? Чи ще хтось мешкає поряд із ним?

- Він сам.

- Ще щось хочеш розповісти про нього?

- Та нічого такого.

Олена, 10 років (група контролю).

- Олена, що це за тварина, яка в неї назва?

- Шурша.

- Розкажи щось про Шуршу, про її життя.

- Шурша – це тварина-дівчинка, вона дуже весела та товариська. Живе на схилі гори, поряд багато таких тварин. Вони ходять один до одного в гості, спілкуються. Шурша відвідує коледж, «коледж для шурш», навчається добре, але занадто не старається, бо в житті ще є багато всього цікавого. Наприклад, вона ходить гуляти зі своїми подругами та друзями. Шурші грають у різні ігри. Вона любить гуляти довго-довго, до темна, але її батьки хвилюються, коли її довго немає й тоді батьки телефонують їй та кажуть, щоб Шурша поверталася додому. Що ще сказати? А, ось що. Шурша любить слухати музику, це її улюблена справа, навіть коли вона робить уроки, вона слухає музику. У неї гарний смак. Вона гарно одягається. У неї дуже красива кімната, вона сама собі дизайнер. Можливо, вона стане в майбутньому дизайнером або стилістом. Що ще вам розказати?

- Розкажи, на цьому малюнку в неї які почуття?

- О, радість! Бачите, вона посміхається.

- А чому вона радіє?

- Вона дізналася, що її батько дозволить їй літом поїхати до сестри. Її сестра також Шурша, живе далеко-далеко, тому вони рідко зустрічаються. Шурша любить мандрувати.

- А що їсть Шурша, де вона бере їжу?

- Шурша ще не доросла, тому її поки що годують батьки, а взагалі такі тваринки збирають ягоди, трави, а з більш сильними тваринками шурші домовляються.

- А які є можливості в Шурші, можливо вона літає, швидко бігає, ще щось?

- Ні, літати шурші не вміють. Проте вони швидкі й високо стрибають, вони можуть так стрибнути, що одразу зривають яблука чи банани.

- А чому така назва у цієї тварини?

- Шурша шарудить, дуже приємний звук виробляє ця тварина. А коли вона плаває в озері, цей звук дуже гучний та красивий. Шурші великі музиканти, їх поважають.

- Ще щось розкажеш про Шуршу?

- Так, вона починає вчитися писати вірші. Ось і все.

Слід зазначити, що діти(47%), які часто хворіють, малюють банальні фігури. У цих зображеннях відсутній творчий початок, вони часто використовують «готові» форми існуючих тварин (люди, коти, собаки, бики тощо), до яких лише додається якась «готова» деталь. Це зображення дельфіна з крилами, собаки з риб'ячим хвостом, кішки з пір'ям. У той час, як здорові діти проявляють більшу креативність і гнучкість у зображеннях, більш схильні до оригінальних зображень, що знаходять відображення у формі побудови фігури з елементів, а не цілих заготовок.

Усі ці дані свідчать про алекситимічно-подібні прояви емоційної сфери дітей, які часто хворіють. У частохворюючих дітей існує дефіцит здатності психіки до диференціації на рівні тілесної складової. Цей дефіцит виражається у відсутності сформованості базових категорій організації тілесного досвіду: на рівні емоційної складової – у слабкій здатності до диференціації емоційного досвіду; на рівні когнітивної складової – у дефіциті способів знаково-символічного опосередкування.

Отже, існує загальна нездатність психіки дітей, що часто хворіють, до диференціації. Окрім опису феноменів нездатності до диференціації було виявлено ще один феномен. Так діти, які часто хворіють, не могли визначитися зі статтю тварини (можливо – жіноча, а можливо – чоловіча) у 40% випадків; стать тварини визначалась як протилежна своїй – у 26% випадків. У групі здорових дітей лише 10% дітей не змогли визначити стать тварини і 15% визначили стать, як протилежну власній.

У цілому, отримані результати за методикою «Зірки й хвили» та малюнок неіснуючої тварини підтвердили дані особистісного опитувальника Р. Кеттелла.

Таким чином, встановлено, що дітям, які часто хворіють, притаманна недовірливість, надмірна вразливість, у них відсутня інтуїція в міжособистісних відносинах, у їх поведінці часто спостерігаються негативізм, упертість, егоцентризм, вони гостро реагують на невдачі, вирізняються нестійкістю настрою, поганим контролем емоцій, комунікативною незграбністю, залежністю від дорослих, підкореністю, зниженими енергійністю та оптимізмом, боязкістю, легкою втратою внутрішньої рівноваги, готовністю слідувати правилам та пристосувальністю, апатичністю.

Для вивчення самоствавлення ЧХД був використаний «Метод колірних відносин», де дітям пропонувалося співвіднести колір із категоріями самоствавлення й категоріями тілесності. У межах вивчення самоствавлення, при використанні кореляційного аналізу в групі ЧХД виявлено п'ять кореляційних зв'язків, із них два позитивні й три негативні (рис.2.1.2).

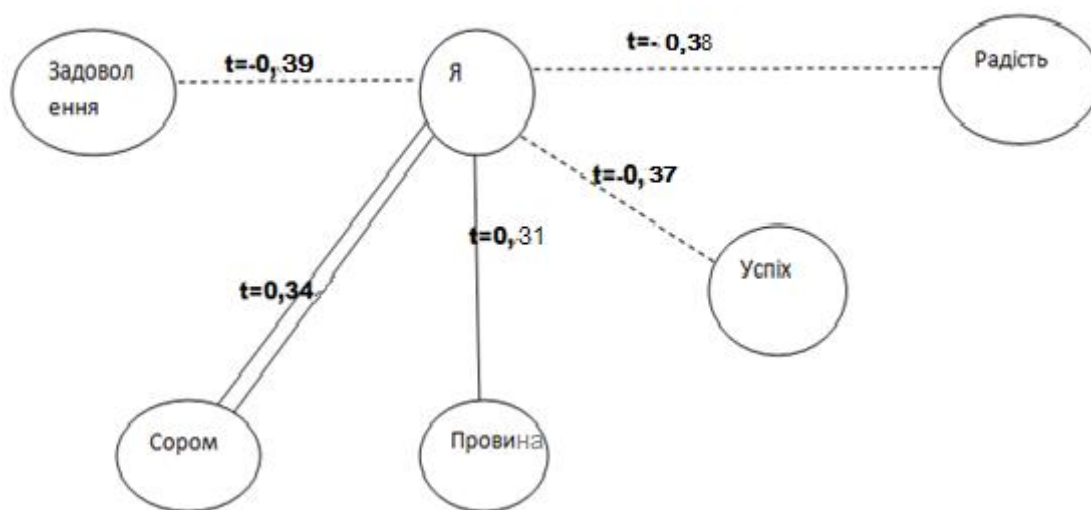


Рис.2.1.2 Корреляційна плеяда самоствавлення ЧХД

Примітка: дві риси – $p=0,01$, одна риска $p=0,05$; _____ прямий кореляційний зв'язок, ----- зворотній кореляційний зв'язок

Виявлено прямий кореляційний зв'язок між «Я» і соромом ($\tau = 0,34$; $p = 0,01$). Сором визначається як хвороблива емоція, що виникає внаслідок усвідомлення чогось ганебного, безглузлого або непристойного в поведінці або обставинах життя (або в поведінці та житті інших, чий честь або ганьба людина розглядає як свої власні), або ж у результаті попадання в ситуацію, що ображає власну скромність або пристойність індивіда.

Уявлення про сором засновані на положенні про те, що сором супроводжується гострим і болючим переживанням усвідомлення власного «Я» і окремих сторін власного «Я» [83, 88, 89 й ін.]. Коли людина соромиться, то вона відчуває себе безпорадною, скутою, маленькою, дурною, ні до чого не здатною. Переживання сорому супроводжується гострим почуттям невдачі, провалу й повного фіаско. Сором породжує особливого роду відчуженість [59].

Феноменологічно, що сором розглядається як «вибух навпаки», або «всередину», який надає паралізуючий вплив і змушує завмерти. Сором породжує бажання «провалитися крізь землю». Феноменологія сорому містить також спокусу відмовитися від своєї ідентичності, із метою забезпечення

прийняття з боку іншого. Сором захоплює все «Я», виражається в повороті голови в сторону і погляді, опущеному донизу [59, 127, 133].

Сором містить спокусу відмовитися від своєї ідентичності з метою забезпечення прийняття з боку іншого й пов'язаний з труднощами вираження нарцистичних прагнень і з прийняттям себе (собою та значущими особами). Наслідками цього є дисфорія, субдепресивні та тривожні стани. ЧХД схильні обривати контакти з оточенням, закриваючись всередині самих себе й збільшуючи дистанцію у відносинах. Це також є проявом вищезазначеної особистісної дискордантності. Переживання сорому та провини викликає самоосуд і супроводжується зниженням самооцінки. Позбавлення системи «Я» радощів, успіху та задоволення свідчить про генералізоване напруження, невдоволеність собою, про почуття «безпорадності», про можливу психічну дезадаптацію.

Найбільш адекватним, на наш погляд, поясненням виявленого кореляційного зв'язку між «Я» і соромом у психосемантичному просторі дітей, які часто хворіють, є теорія психоаналізу, зокрема теорія об'єктних відносин [281].

Традиційний психоаналіз розглядає сором як захисну подію, пов'язану з розкриттям вираження потягів і нарцистичних спрямованостей особистості, із невдалою спробою їх реалізувати. Е. Рехардт і П. П. Іконен [227] указують, що формулою сорому є паралізуюча, така, що усуває та відгороджує особистість реакція, яка пов'язана з невдалою спробою отримати схвалюючу взаємність. Джерелом прагнення до взаємності є лібідо, Ерос; джерелом реакції сорому – Танатос, який блокує прагнення до реципрокності.

Сором – це сильне незадоволення, яке переживається, коли бажана взаємність не реалізується, хоча людина розраховувала, що вона буде реалізована. Звідси можна припустити, що вираз прагнення до взаємності ЧХД стикається з відсутністю взаємності з боку інших, наслідком чого є колапс,

внутрішній параліч, зникнення життєвості «Я», падіння ентузіазму; дієвість змінюється відходом у себе й прагненням сховатися [311].

Відповідно до поглядів психоаналітиків, спроба сховати себе, яка пов'язана із соромом, є парадоксальним виразом надії - відмовившись від себе або від частини себе «яким я є насправді», я, можливо, зможу зберегти важливих для мене інших людей і їх прийняття. Наслідком сорому є потреба ховатися і йти в себе, що може поширюватися на повсякденне життя.

Гештальт-терапія розглядає сором як одне з перших соціальних почуттів, які є основою соціалізації дитини. Сором передбачає наявність контакту й має відношення до образу «Я», а також не може бути без наявності іншого (того, кого я соромлюся). У гештальт-терапії, як і в психоаналізі, зазначається, що сором характеризується нестачею або перериванням підтримки в полі особистості. Ф. Перлз зауважував, що сором, є «зрадником» організму, який зумовлено нездатністю переживати неприємні ситуації [207]. Сором взаємопов'язаний із гордістю; будь-яка емоція трансформується з приємної в неприємну, коли її напруга перевищує певну межу – на місце гордості стає сором.

Якщо природне вираження почуттів дитини не знаходить відгуку, гордість перетворюється на сором. Дитина, яка соромиться, відчуває себе під прицілом пильних поглядів у центрі загальної уваги. Звідси сором викликає бажання злиття з фоном, зникнення, але цього не відбувається; ізоляція від середовища здійснюється символічним шляхом: особа й інші частини тіла закриваються (фарбою сорому або руками), дитина відвертається [59].

У гештальт-терапії розглядається два види сорому: творчий, адекватний ситуації, що виконує регулюючу функцію в усвідомленні меж свободи й у формуванні зрілої особистості; глобальний або токсичний, виникає в місці, що не залежить від контексту, тобто існує завжди, та не може бути пережитий і усвідомлений. У таких ситуаціях виникає вторинний сором, який проявляється

у вигляді страху сорому. Токсичний сором є почуттям аутичним – контакти блокуються, що передбачає самотність. Токсичний сором формується, якщо дитині упродовж життя ніколи не говорили, яка вона, внаслідок чого стає неможливим сформований образ «Я» [260].

Таким чином, сором, як почуття, пережите в контакті з соціумом, обриває ці контакти, спонукає часто хворіючу дитину замикатися всередині самих себе й збільшує дистанцію у відносинах. Е. Еріксон описує сором як межу можливостей переносити важкі переживання через неадекватні вимоги. Сором змушує вважати себе, своє тіло, свої потреби та бажання хибними й брудними, і змушує повірити в непогрішність тих, хто засуджує. Автор розглядає сором у межах поняття засудження. Сором пов'язаний із бажанням відповідати батьківським очікуванням, які ігнорують або грубо порушують індивідуальну ідентичність хворої дитини [305, 306].

Також виявлено прямий кореляційний зв'язок між «Я» і «Провиною» ($r = 0,31$, $p \leq 0,05$). У літературі зазначається, що переживання провини викликається самоосудом і супроводжується зниженням самооцінки. К. Ізард наголошує, що причиною провини стають власні дії людини або нездатність до дій [88]. Розуміння провини в класичному психоаналізі зводиться до протиріччя між учинками індивіда й моральними нормами, невідповідності вчинків Воно або Его – вимогам Суперего. Умовами формування Суперего, а значить і провини, є інкорпорація / інтроєкція, яка обумовлює інтерналізацію чужих думок і почуттів та розгляд їх як своїх власних, і ідентифікація, що передбачає усвідомлення своєї тотожності з певною групою людей [89]. Провина, із точки зору психоаналізу, – це «тривога совісті», тривога щодо реального чи уявного промаху

Розуміння провини і її джерел представлено в теорії наuczіння, згідно з якою процес розвитку провини проходить в основному під впливом навчання. Коли хороші вчинки дитини винагороджуються, а погані - засуджуються, виникає розуміння про правильність / неправильність своєї поведінки. Провина,

таким чином, є страхом, який охоплює індивіда після вчинення проступку, за який він раніше був покараний.

Визнання своєї провини супроводжується болісними й досить стійкими переживаннями, які переслідують людину: відчуттям власної неправоти щодо іншої людини або до самої себе, докорами сумління, жалем про скоєне, незручністю [89]. Переживання провини пов'язане з негативним ставленням до себе, самозвинуваченням, пов'язаних з усвідомленням учиненого проступку або порушенням власних моральних принципів.

Виявлено негативний кореляційний зв'язок між «Я» і «Задоволення» ($\tau = -0,39, p \leq 0,05$). Основний принцип психоаналізу – принцип задоволення \ недоволення, говорить, що метою будь-якої психічної активності є пошук задоволення й уникнення незадоволення. Ця ідея заснована на тому, що психіка містить певну кількість енергії, і що зростання рівня енергії, який створюється прагненням, викликає незадоволення, а усунення напруги, що виникає в результаті зростання енергії – задоволення. Велика кількість енергії спонукає людину до дій, що за своєю суттю і є життям. Таким чином, можна припускати, що «Я» ЧХД переповнене (завантажене) енергією не знаходить розрядки, що призводить до безсилля, апатії й депресії.

Онтогенетично близьким до задоволення почуття радості, яке негативно корелює з «Я» ($\tau = -0,38, p \leq 0,05$) ЧХД. Радість переживається як приємне, позитивне почуття, яке можна назвати почуттям психологічного комфорту й благополуччя. При радісному переживанні душа й тіло перебувають у стані релаксації або гри. Коли людина радіє, вона стає більш упевненою в собі. Радість загострює сприйнятливність до світу, дозволяє захоплюватися й насолоджуватися ним. При відсутності цього почуття діти, що часто хворіють, не бачать світ у його красі і гармонії, не здатні сприймати людей у їх кращих проявах. «Я» ЧХД безрадісне, а, отже, окреме від світу, немає причетності до світу і почуття власної приналежності до нього. Радість супроводжується відчуттям енергії і сили, а її відсутність – занепадом життєвих сил і нестачею

енергії. Радісні переживання корисні для людського організму. Коли людина відчуває радість, усі системи організму функціонують легко й вільно, розум і тіло знаходяться в розслабленому стані. Радісні переживання прискорюють процес одужання, відсутність радості є причиною багатьох фізичних недуг [127].

Також виявлено негативний кореляційний зв'язок між «Я» і «Успіх» ($\tau = -0,37$, $p \leq 0,05$). Успіх розглядається як наявність або відсутність результату діяльності; якість того, що робить людина; результативність; ефективність. Негативний зв'язок між «Я» і успіхом свідчить про незадоволення потреб ЧХД у їх діяльності, яка може бути заснована як на результаті самооцінок, так і на оцінках оточуючих. Відштовхуючись від ідей про успішність [44, 127], можна говорити про те, що у часто хворіючих дітей самооцінка є вразливою через порушення в сфері мотивації на досягнення, цінностей, комунікативних навичок; когнітивних здібностей; ефективного контролю емоцій.

На відміну від хворобливих дітей, у групі здорових дітей було отримано три позитивні кореляційні зв'язки (рис. 2.1.3).

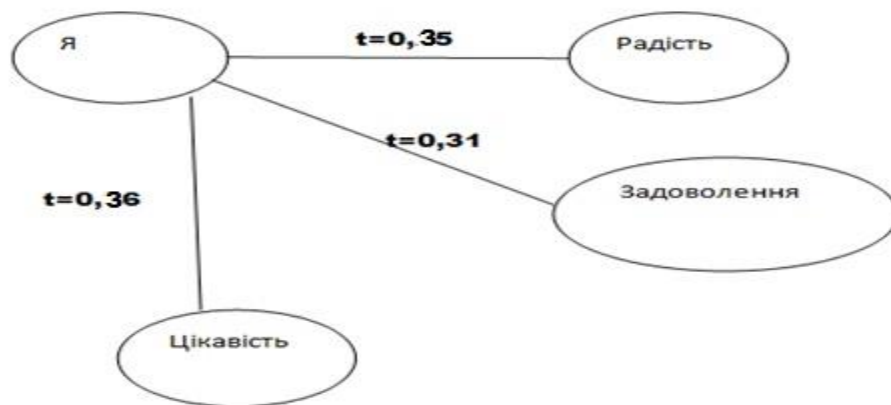


Рис. 2.1.3 Кореляційна плеяда здорових дітей

Примітка $p=0.05$, прямиї кореляційні зв'язки

Як видно з кореляційної плеяди, «Я» здорових дітей пов'язано з радістю ($\tau = 0,35, p \leq 0,05$), задоволенням ($\tau = 0,31, p \leq 0,05$) і цікавістю ($\tau = 0,36, p \leq 0,05$), таким чином, самоставлення здорових дітей, на відміну від їх часто хворюючих однолітків, – позитивне. Здорові діти відчувають енергію й силу, інтерес – все це є мотивацією, що забезпечує працездатність людини й необхідна для творчості. Здорові діти натхненні, переживають почуття захоплення. Феноменологія цікавості також характеризується відносно високим ступенем почуття задоволення й почуття впевненості в собі. У патерн емоцій, пережитих у ситуації інтересу, часто входить емоція радості, що й відобразило отримані кореляційні зв'язки самоставлення здорових дітей.

Було проаналізовано достовірність розходжень у частоті статистично значущих кореляційних зв'язків ЧХД і групи контролю окремо за групами хлопців та дівчат. Дані наведено у таблицях 2.1.2 та 2.1.3.

Таблиця 2.1.2

Достовірність розходжень частоти повторюваності кореляцій конструкту «Я» з основними емоціями у хлопців між групами ЧХД і групою контролю

Тип зв'язку	Модальність зв'язку	Група 1%	Група 2%	ϕ
«Я» - «сором»	+	65,5	26,7	3,07**
«Я» - «провина»	+	72,4	40,0	2,56**
«Я» - «задоволення»	-	34,5	58,6	1,87*
«Я» - «радість»	-	31,0	51,7	1,62*
«Я» - «успіх»	-	27,6	48,3	1,66*

Примітка: * $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Отже, у хлопців з групи ЧХД спостерігається психосемантичне спотворення «Я»-системи: образ «Я» насичений «соромом», «провиною» та позбавлений «радісті», «задоволення» й «успіху».

Достовірність розходжень частоти зустрічаємості кореляцій конструкту «Я» з основними емоціями у дівчат між групами ЧХД і групою контролю

Тип зв'язку	Модальність зв'язку	Група 1 %	Група 2%	ϕ
«Я» - «сором»	+	66,7	43,8	1,87*
«Я» - «провина»	+	54,5	37,5	1,38
«Я» - «задоволення»	-	48,5	66,7	2,30*
«Я» - «радість»	-	39,4	45,5	0,50
«Я» - «успіх»	-	36,4	59,4	1,87*

Примітка: * - $p < 0,05$.

Із наведеної таблиці 3.4 видно, що «Я»-система дівчат із групи ЧХД є менш спотвореною: вона не є конотованою «провиною» й не відрізняється від дівчат групи контролю за насиченістю «радістю». У літературі (Р. Т. Поттер-Ефрон) зазначається, що «сором» адресований до системи «Я», а почуття провини до системи дії [212]. Дівчата не відчують того, що не відповідають рольовим зразкам – вони відчують себе менш успішними, але позиція «інфанта» у сім'ї й школі для них більш природна, не викликає внутрішніх заперечень. Приблизно в шість років починається новий етап психосексуального розвитку (препубертат), пов'язаний із формування статевої ідентичності (Г. С. Васильченко). Хлопці мають пройти через систему маскулінічних фільтрів (ідентифікація з батьком, статева сегрегація, гомосоціофілія, чоловічий шовінізм, дружбу тощо), що забезпечує їх нормативну гендерну соціалізацію. Ухилення від нормативного розвитку створює гендерну тривогу, яка відбиває порушення гендерної соціалізації. А система обмежень є стержневою характеристикою соціальної ситуації розвитку ЧХД і є особливо небезпечною саме для гендерного розвитку хлопців.

У дівчат із групи ЧХД конструкт «радість» не пов'язаний із конструктами «успіх» ($\tau = -0,20$, $p < 0,01$) та «задоволеність» ($\tau = -0,21$, $p < 0,01$), що вказує на

те, що «радість» має не «ділове» походження. У той час як у хлопців вказаної групи конструкт «радість» пов'язаний із конструктами «успіх» ($\tau = -0,34$, $p < 0,01$) та «задоволення» ($\tau = -0,39$, $p < 0,01$), що свідчить про традиційно-культурну (Т. Парсонс) інструментальність (ділову направленість) хлопчиків.

Слід зауважити, що у хлопців з групи ЧХД спостерігається поєднання почуттів «сорому» й «провини» ($\tau = 0,44$, $p < 0,01$), у дівчат, навпаки – вони є диференційованими ($\tau = 0,19$, $p > 0,05$). Отже, у дівчат система «Я» менш спотворена, ніж у хлопців.

Суспільство наказує хлопчикам і чоловікам досягати успіху, бути унікальними, неповторними, конкурентними, тоді як часті й тривалі хвороби не дають можливості відповідати цьому стереотипу. Цих хлопців не хвалять, не поважають, не захоплюються, як наслідок – негативна оцінка Я. Хлопчики змушені вдаватися до більш потужного захисту своєї самооцінки, що може не спрацювати. Хворий хлопець – це не сильний хлопець, він поступається своїм ровесникам, відчуває себе невдахою, соромиться себе та відчуває провину. Для хлопців дуже важливі фізичні кондиції, які також зумовлюють їх соціальний статус. Неможливість конкурувати на рівних з іншими хлопцями, доводити свою силу та фізичну вправність залишає лише можливість пасти задніх, це призводить до того, що хлопцям, які часто хворіють, не залишається нічого, що могло б викликати в них радість і задоволення. Задоволення, зазвичай, викликається саме певним здобутком і досягненням, це призводить до почуття того, що є успіх; ситуація постійних і тривалих хвороб стає перешкодою до цього. Для чоловічої статі також дуже важливим є відчуття влади, яка стає недосяжною для хлопців, які часто хворіють [315, 324 та ін.].

Дівчатка більше хлопчиків цінують свої соціальні якості – свою сенситивність і міжособистісну гармонію, на що в меншій мірі впливають часті й тривалі ГРЗ. У дівчат найбільш уразливою є самооцінка, коли зачіпають їх здатність налаштовувати гарні стосунки з іншими людьми, а у хлопців – щодо їх незалежності. Зазвичай, вважається, що чоловіки з дитинства мають велику

потребу в досягненні в галузях, пов'язаних із неживими предметами й не пов'язаних із особистістю, причому вони мотивовані на нього задля самого досягнення. Жінки ж мають мотивацію досягнення в галузях, пов'язаних із взаємодією з людьми, і їх зусилля спрямовані не на сам успіх, а на бажання подобатися іншим або уникати засудження. Отже, дівчата можуть відчувати радість від власної реалізації у сфері міжособистісних контактів, вони вільні від почуття провини, часті та тривалі хвороби менше зачіпають «Я» дівчаток. [133, 143 та ін.].

Таким чином, встановлено, що самооставлення ЧХД пов'язано з почуттям сорому, діти відчувають себе скутими, ні на що не здатними, безпорадними. Ставлення до себе супроводжується гострим почуттям невдачі й відчуженості від інших людей. Їх «Я» прагне сховатись і дистанціюватись від інших людей. Онтогенетично близьким до цього я, в структурі самооставлення ЧХД, є «звинувачуюче» Я – самоосуджуюче, негативне ставлення до себе. Також самооставлення ЧХД конотовано відсутністю радості й неуспішністю, що призводить до падіння життєвих сил і порушень у сфері мотивації на досягнення, цінностей, комунікативних навичок; когнітивних здібностей; ефективного контролю емоцій.

Гендерні особливості психосемантичної організації зазначеної системи полягають у тому, що у дівчат вона менш спотворена, ніж у хлопців – не конотована почуттям провини й не позбавлена насиченістю радістю. У дівчат конструкт «радість» не пов'язаний із конструктами «успіх» та «задоволеність». У той час як у хлопців названої групи конструкт «радість» пов'язаний із конструктами «успіх» та «задоволення». Спотворення статевої ролі розвитку, ухилення від нормативного його варіанту в хлопців створює гендерну тривогу, яка відбиває ретардацію гендерної соціалізації.

Як показав аналіз літературних даних, ситуації соматичного захворювання пред'являють до особистості дитини підвищені вимоги до її внутрішніх ресурсів, у тому числі до її адаптаційних ресурсів [60, 148]. Часті захворювання

ГРЗ можуть бути додатковими джерелами стресу, які вимагають зусиль щодо його подолання, спроб жити з ним. Організація адаптаційного процесу – важлива й необхідна частина розвитку особистості дитини [150, 335]. У цьому віці виробляються стратегії адаптації, а з огляду на велике значення стресогенеза в походженні й перебігу ряду захворювань, виникає об'єктивна необхідність у вивченні особливостей ставлення ЧХД до ситуацій, що вимагають активізації адаптаційного потенціалу [87, 143, 195, 315].

Результати, отримані за допомогою методики «Людина під дощем», розміщені в таблицях 2.1.4 – 2.1.10.

Таблиця 2.1.4

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем» (одиниця аналізу: положення на аркуші).

Одиниця аналізу: положення на аркуші	гр.1 %	гр.%	φ
1.1 Людина йде	35%	11%	3,29 *
1.2 Зсув фігури вгору	37%	15%	2,24 *
1.3 Зсув фігури вниз	31%	13%	2,44 *
1.4 Зображення фігури зі зміщенням вліво	27%	15%	1,78
1.5 Зображення фігури зі зміщенням вправо	31%	16%	1,93
1.6 Людина зображена зі спини	27%	10%	2,61*

Примітка * $p < 0,01$

Значно частіше ЧХД, ніж їхні здорові однолітки, зображують людину, що йде, такі особливості зображення вказують на тенденцію до відходу хворих дітей від важких життєвих ситуацій, на уникнення складних життєвих колізій і «втечу» від неприємностей. Також відзначені значні відхилення між ЧХД і

здоровими дітьми при зображеннях людської фігури, розміщеної у верхній частині листа, що є індикатором схильності групи хворих дітей до відходу від реальності за допомогою включення захисних механізмів за типом фантазування. Разом із цим ЧХД у 31% випадків, що значно частіше, ніж у групі здорових дітей, зображували людську фігуру, зміщуючи її вниз листа, що свідчить про почуття беззахисності, заниженої самооцінки, наявності депресивних тенденцій, страхи, пов'язані з самопред'явленням. Зміщення зображення людської фігури вліво, на малюнках часто хворіючих дітей, може бути показником орієнтованості цієї частини дітей на минуле й залежністю від матері. Зображення зі зміщенням вправо є сигналом того, що ця частина дітей орієнтована на соціальне оточення. Положення фігури спиною до глядача є показником прагнення ЧХД відмовитися від світу, закритості від оточуючих, заглибленості в світ власних переживань.

Таблиця 2.1.5

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем»
(одиниця аналізу: трансформація фігури)

Одиниця аналізу: трансформація фігури	гр.1%	гр.2%	Ф
Збільшення фігури	5%	24%	-3,25 *
Зменшення фігури	50%	15%	4,39 *
Зміна статі (лише у жіночій фігури)	21%	5%	2,82 *
Зміна віку (у бік зменшення)	21%	5%	2,82 *

Примітка * $p < 0,01$

Малюнки «Людини під дощем» здорових дітей у 24% випадків виявляють відмінність їх малюнків «людини» в бік збільшення фігури, така трансформація малюнка вказує на те, що неприємності здатні мобілізувати, зробити більш сильними й упевненими в собі. Інша картина спостерігалася в групі ЧХД,

трансформація фігури зазнавала її зменшення, така зміна фігури свідчить про те, що часто хворіючі діти у важкій ситуації відчують себе «маленькими», беспорядними, такими, які потребують більш сильного наставника й не здатні до самостійного протистояння труднощам. Про аналогічні психологічні реакції також свідчать малюнки часто хворіючих дітей, на яких «людина під дощем» зображувалась молодшого віку, ніж на малюнку «людина».

Таблиця 2.1.6

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем»
(одиниця аналізу: засоби захисту від дощу)

Одиниця аналізу: засоби захисту від дощу	гр.1%	гр.2%	Ф
Парасолька	39%	40%	0,18
Парасолька великих розмірів	29%	11%	2,52 *
Плащ	24%	23%	0,21
Об'єднання захистів: парасолька, плащ, взуття тощо.	31%	15%	2,18 *
Відсутність захистів	6%	23%	-2,64 *

Примітка * $p < 0,01$

Зображення парасольки великих розмірів часто хворіючими дітьми свідчить про сильну залежність від матері, яка є для дитини фігурою, яка вирішує все за неї, допомагає долати всі труднощі. Крім цього ЧХД схильні до формування великої кількості захистів, що утворюють непроникний панцир, що захищає ЧХД від життєвих стихій і негараздів. Якщо хворі діти схильні до утворення надмірного достатку захисних механізмів, здорові діти в 23% випадків демонструють відсутність таких взагалі, що говорить про несформованість механізмів, що дозволяють зустрічати життєво складні обставини, про несерйозне, «дитяче» ставлення до загрозливих ситуацій та їх недооцінки.

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем»
(одиниця аналізу: атрибути дощу)

Одиниця аналізу: атрибути дощу	гр.1 %	гр.2 %	Φ
Рідкісні краплі	23%	45%	-2,69*
Важкі, зафарбовані краплі	27%	6%	3,27 *
Урівноважені штрихи	5%	47%	-5,91 *
Безладні штрихи	95%	53%	5,91 *
Калюжі	55%	18%	4,44 *
Калюжі справа	15%	5%	1,88
Калюжі зліва	15%	5%	1,88
Людина в калюжі	13%	5%	1,62
Безліч калюж	15%	3%	2,08
Хмари	39%	8%	4,27 *

Примітка * $p < 0,01$

У методиці «Людина під дощем» дощ розглядається як небажаний вплив, що вимагає від людини якимось чином упоратись із ним. Характер його зображення вказує на сприйняття дитиною важких ситуацій. Так, характер зображення ЧХД – важкі, зафарбовані краплі дощу – свідчить про те, що труднощі сприймаються як важка перманентно існуюча проблема, у той час як здорові діти значимо відрізняються від часто хворюючих дітей у зображенні. Вони малюють небагато крапель, що є індикатором сприйняття складнощів як тимчасових і переборних.

За допомогою критерія Фішера було виявлено низку значимих відмінностей, що характеризують ставлення ЧХД до складних життєвих ситуацій. Виявлено значущі відмінності між лініями, якими діти обох груп зображували дощ. Урівноважені, однакові штрихи, зображені в 47% випадків здоровими дітьми, є показником того, що діти ставляться до оточуючого

середовища з довірою, сприймають його збалансовано. Неупорядковане штрихування властиве 95% часто хворіючих дітей, це вказує на те, що навколишнє середовище сприймається як загрозливе, тривожне й нестабільне.

Виявлено значущі відмінності при зображенні калюж, які вказують на те, що складності, які виникають у житті часто хворіючих дітей, не проходять безслідно, діти фіксуються на їх наслідках, передбачають і побоюються їх повторення в майбутньому. Крім цього, ЧХД значно частіше зображують хмари, ніж їхні здорові однолітки, що також є показником очікування неприємностей.

Аналіз додаткових деталей у малюнку «Людини під дощем» укажує, що здорові діти значно частіше зображують веселку й сонце, що є показником того, що діти в складних життєвих ситуаціях не втрачають оптимізм, не схильні фокусуватись на неприємностях (табл. 3.8).

Таблиця 2.1.8

Розподіл досліджуваних за результатами методики «Людина під дощем» (за додатковими деталями)

	гр.1%	гр.2%	φ
Одиниця аналізу: додаткові деталі			
Веселка	5%	21%	-2,82 *
Сонце	5%	23%	-3,04 *
Блискавка	10%	16%	-1,07

Примітка * $p < 0,01$

Після завершення роботи над малюнком «Людина під дощем» була проведена постмалюнкова бесіда з метою виявлення додаткових даних про особливості ставлення дітей до складних життєвих ситуацій.

У результаті проведеного опитування було встановлено, що часто хворіючі діти наділяють зображеного персонажа поганим самопочуттям, у той час, як

здорові діти, навпаки, приписують герою гарне самопочуття. Аналогічні результати були отримані й під час відповіді дітей на запитання «Який настрій у людини?». ЧХД значно частіше відповідали «поганий», здорові діти – «гарний». ЧХД значно частіше на питання «Що хочеться зробити людині?» відповідали - «Прийти додому». Це означає, що у важких ситуаціях ці діти шукають підтримку в батьківській родині, у «будинку», який приховує їх від неприємні. Про бажання сховатися також свідчила відповідь «Сісти в автобус». Крім цього ЧХД давали відповідь «Одягтися», що свідчить про посилення психологічних захистів у ситуації труднощів, у той час як здорові діти відповідали на це питання «Погуляти», що свідчить про слабе усвідомлення труднощів. Поряд із цим діти з групи контролю вважали, що людина хотіла б бігти, що вказує на мобілізацію резервів у важких ситуаціях і на розрахунок на власні сили й ресурси.

На питання «Що сама людина може зробити в цій ситуації?» частохворіючі діти відповідали «Нічого»; у той час, як їхні здорові однолітки значно частіше відповідали «Швидше йти». Такі відмінності вказують на нездатність ЧХД справлятися самостійно з труднощами, на відсутність опори в самих собі і способів подолання труднощів; здорові ж діти схильні брати відповідальність у подібних ситуаціях на себе.

Щоб виявити значимість цих показників було використано критерій Фішера. Результати представлені у табл.3.9. Після опрацювання було виявлено, що всі відмінності в групі здорових дітей та ЧХД є значимими.

Таблиця 2.1.9

Розподіл досліджуваних за результатами постмалюнккового опитування методики «Людина під дощем»

Питання		Ф
1. Як почувається людина в цій ситуації?	1.1 Добре	-3,31*
	1.2 Погано	4,61*
2. Який у неї настрій?	2.1 Добрий	-3,31*

Продовження
таблиці 3.9

	2.2 Поганий	4,61*
3. Що їй найбільше хочеться зробити?	3.1 Швидше прийти додому	2,37*
	3.2 Погуляти	-4,06*
	Продовження таблиці 3.9	
	3.3 Сісти в автобус	1,98*
	3.4 Бігти	-3,49*
	3.5 Вдягнутися	1,98*
4. Що сама людина може зробити, щоб упоратися з дощем?	4.1 Нічого	3,39*
	4.2 Швидше йти	-3,67*
5. Чи любите ви дощ?	5.1 Так	-5,76*
	5.2 Ні	5,76*

Примітка * $p < 0,01$

Подальша обробка результатів методики «Людина під дощем» полягала в аналізі колірної рішення, до якого прибігли діти. Було встановлено, що найбільш частим колірним рішенням часто хворіючих дітей були коричневий і чорний кольори. М. Люшер розглядає коричневий колір, як пасивну рецептивність, зокрема, акцент на відчуттях тіла [25]. К. Г. Юнг також відзначав, що коричневий колір у роботах його клієнтів може бути пов'язаний із функцією відчуттів. М. Люшер розглядає коричневий колір як відображення потреби в емоційній безпеці, що може спостерігатися при наростанні фізичного дискомфорту. Згідно з М. Люшером, перевага коричневого говорить про сильне бажання звільнитися від ситуації, що викликає дискомфорт, від небезпеки або соматичного захворювання, конфліктів чи проблем, із якими людина не може впоратися [25, 313]. Використання чорного кольору в

малюнках ЧХД указує на пригніченість, депресію, порожнечу, стриманість, обмеження.

Здорові діти найбільш часто використовували зелений, жовтий і помаранчеві кольори. Зелений колір – це вираз завзятості, твердості, жорсткості, він є сталим у всіх формах самоствердження й самоволодіння. Самоволодіння підвищує впевненість і особливо самовпевненість. Домінування зеленого вказує на те, що здорові діти намагаються підвищити впевненість у собі, за допомогою самоствердження, щоб зберегти ідеальну картину власного «Я», або шляхом підтвердження, якого вони чекають від інших. Цим дітям необхідне визнання, вони прагнуть самостверджуватися.

Використання жовтого кольору є показником веселості, легкості, оптимізму. У своїй зовнішній чистоті жовтий колір несе в собі природу світлого, йому притаманні радість, бадьорість. Жовтий колір висловлює основну психічну потребу – розкритися [25]. У розвитку й розкритті закладено індивідуальний сенс усіх змін. У них укладена надія, прагнення до радості, щастя.

Помаранчевий колір відповідає за почуття ідентичності й позитивного самоствердження. Це колір радості, він стимулює товариську, пов'язаний із емоційним здоров'ям і м'язовою системою тіла. Цей колір є важливим енергетичним джерелом для сприйняття нових ідей і одночасно дає імпульс для їх реалізації. Використання даного кольору вказує на оптимізм, доброзичливість, радість здорових дітей, уособлює дружні стосунки. Разом із тим помаранчевий колір символізує допитливий розум, сприяє розвитку інтелектуальних можливостей [40, 336].

Для створення більш повної картини адаптаційних можливостей часто хворіючих дітей їх фрустраційної толерантності і стереотипів емоційного реагування в ситуаціях об'єктивно (або які суб'єктивно сприймаються як такі) непереборних перешкод на шляху до мети був використаний тест фрустраційних реакцій, розроблений С. Розенцвейгом (дитячий варіант).

Фрустрація, як сприйняття (суб'єктивне) ситуації як безвихідної, має відношення до емоційної саморегуляції. Нездатність гнучко реагувати на складану життєву подію може сприяти хроніфікації афекту, що й призводить до постійних захворювань дітей.

За допомогою критерія Стьюдента було виявлено низку значимих відмінностей (табл. 3.10). Встановлено значимі відмінності в реакціях дітей на навколишнє середовище й зовнішнє соціальне оточення. ЧХД властива інтропунітивна спрямованість реакцій, що свідчить про самокритичність, невпевненість, знижений рівень самоповаги; у той час, як здорові діти відрізняються від своїх частохворюючих однолітків імпунітивною спрямованістю реакцій, якій характерна позиція примирення. Крім цього, здорові діти фіксовані на задоволенні потреб, що є показником адекватного реагування. У здорових дітей відзначається більш висока ступінь соціальної адаптації до свого оточення, ніж у ЧХД.

Таблиця 2.1.10

Середні показники фрустраційної толерантності ЧХД

Параметри		гр.1	гр.2	Т
		М(σ)	М(σ)	
Напрямок реакцій	Екстрапунітивна	39,75(7,34)	33,49(9,10)	0,54
	Інтропунітивна	35,27(2,20)	21,12(2,23)	4,52 **
	Імпунітивна	20,55 (2,39)	28,17(1,13)	-2,88 **
Тип реакції	Із фіксацією на перешкоді	31,79(2,24)	33,15(2,10)	0,44
	Із фіксацією на самозахисті	32,99(2,10)	34,69(2,29)	-0,55
	Із фіксацією на задоволенні потреби	29,99(2,25)	38,69(2,10)	2,83 **
Ступінь соціальної адаптації		39,56(2,79)	57,45(8,29)	-2,02 *

Примітка * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Отже, можна зазначити, що ставлення часто та тривало хворіючих дітей до складних життєвих ситуацій характеризується тенденцією до «відходу» від дискомфорту, утечею від реальності, надмірністю психологічних захистів, зокрема за типом фантазування; ЧХД не роблять активних дій із подолання складнощів, відчувають себе розгубленими, безпорадними, беззахисними. Вони фіксуються на минулому; шукають сильного наставника (частіше матір); характеризуються нездатністю до самостійного протистояння труднощам; потребою в емоційній безпеці та зростанням фізичного дискомфорту.

ЧХД властива інтропунітивна спрямованість реакцій, що свідчить про самокритичність, невпевненість, знижений рівень самоповаги; у той час, як здорові діти відрізняються від своїх частохворіючих однолітків імпунітивною спрямованістю реакцій, якій характерна позиція примирення. Здорові діти фіксовані на задоволенні потреб, що є показником адекватного реагування. У здорових дітей відзначається більш висока ступінь соціальної адаптації до свого оточення, ніж у ЧХД.

Провідною діяльністю дитини молодшого шкільного віку є навчання, а школа – основний інститут її соціалізації [4, 22, 53, 65 та ін.]. Шкільне середовище, міра включеності дитини в нього і є соціальною ситуацією розвитку, специфічною для цього вікового періоду, яка визначає систему відносин дитини в соціальній дійсності [14, 217, 268 та ін.]. Виходячи з цього, на першому етапі нашого дослідження особливостей міжособистісних відносин часто хворіючих дітей стало вивчення шкільної тривожності. Для діагностики рівня шкільної тривожності була використана методика діагностики шкільної тривожності Філліпса.

У результаті проведеного дослідження й використання критерія значимих відмінностей Стюдента було виявлено ряд значимих відмінностей (табл. 2.1.11). Було виявлено, що загальний емоційний стан часто хворіючих дітей, пов'язаний із різними формами включеності в життя школи, характеризується високим рівнем тривожності. Переживання соціального стресу, тобто

емоційний стан часто хворіючих дітей, на фоні якого розвиваються їх відносини з однолітками, знаходиться на рівні норми, однак, у порівнянні з групою контролю виявляються значні відхилення, що вказує на те, що часті епізоди ГРЗ позначаються на емоційних переживаннях дітей, які супроводжують її соціальні контакти. Виявлена підвищена фрустрація потреби в досягненні успіху, несприятливий психічний фон, який не дозволяє ЧХД розвивати свої потреби в успіху, досягненні високого результату.

Зокрема, часто хворіючим дітям притаманний підвищений рівень страху самовираження, негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних із необхідністю саморозкриття, пред'явлення себе іншим, демонстрації своїх можливостей. Ситуації перевірки знань викликають у часто хворіючих дітей страх і підвищений рівень тривоги. Діти, що часто хворіють, відчувають страх не відповідати очікуванням оточуючих, орієнтуються на значимість інших у оцінці своїх результатів, думок, вчинків, відчувають підвищену тривогу з приводу оцінок, яку дають оточуючі й очікують негативного оцінювання.

У часто хворіючих дітей виявляється вираженим низький рівень опірності до стресів, особливо психофізіологічну організацію даної категорії дітей знижують їх опірність і пристосовність до ситуацій стресового характеру, що підвищує ймовірність неадекватного, деструктивного реагування на тривожний фактор навколишнього середовища. У часто хворіючих дітей виявлено підвищення тривожності в сфері відносин з учителями, емоційний фон - негативний, що позначається на зниженні успішності навчання часто хворіючих дітей.

Таблиця 2.111

Відмінності шкільної тривожності ЧХД і здорових дітей

Фактори	Групи	t
Загальна тривожність у школі	гр.1	2,80 **
	гр.2	
Фрустрація потреби в досягненні успіху	гр.1, гр..2	2,47 *

Продовження
таблиці

Страх самовираження	гр.1	1,98 *
	гр.2	
Страх ситуації перевірки знань	гр.1	2,18 *
	гр.2	
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	гр.1	2,13 *
	гр.2	
Низька фізіологічна опірність стресу	гр.1	3,90**
	гр.2	

Примітка * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Таким чином, часто хворіючим дітям властиве підвищення рівня шкільної тривожності. У змістовному аспекті висока тривожність діагностована за чинниками загальної тривожності в школі й низькою фізіологічною опірністю стресу. Підвищення тривожності в часто хворіючих дітей діагностовано в сферах потреби в досягненні успіху, невідповідності очікуванням оточуючих, а також у ситуаціях перевірки знань і відносин з учителями. Емоційний стан дитини, на тлі якого розвиваються її контакти з однолітками, опиняється в порівнянні з іншими факторами тривоги таким, що в найменшій мірі піддається впливу частих епізодів ГРЗ у молодшому шкільному віці, при цьому в порівнянні зі своїми здоровими однолітками виявляється підвищення тривожності з даного параметру.

Для дослідження сфери міжособистісних відносин часто хворіючих дітей і, зокрема, їх сприйняття внутрішньосімейних стосунків нами використовувалася методика Рене Жіля «Фільм». Отримані дані дозволили охарактеризувати систему міжособистісних відносин, що включає ставлення до батьків, братів і сестер, інших родичів, учителів, інших значущих дорослих і друзів. Для

виявлення значущості отриманих даних було використано критерій Стьюдента. Отримані дані представлені в табл. 2.1.12.

Таблиця 2.1.12

Різниця в міжособистісних стосунках дітей (Гр.1, Гр.2)

Шкали	гр.1	гр.2	Т
	М(σ)	М(σ)	
Ставлення до матері	59,03(12,63)	56,61(13,29)	0,13
Ставлення до батька	22,09(8,51)	45,09(7,19)	2,06*
Ставлення до батьків як подружжя	38,10(7,52)	59,98(7,43)	-2,07*
Ставлення до брата / сестри	13,41(4,28)	26,06(4,11)	-2,13*
Ставлення до бабусі / дідуся	19,06(4,29)	16,42(4,26)	0,44
Ставлення до друга / подруги	18,70(7,78)	17,58(8,43)	0,05
Ставлення до вчителя	14,58(4,82)	26,80(3,74)	-2,00 *
Допитливість	24,30(6,16)	55,54(12,02)	2,31 *
Товариськість у групі	14,80(3,77)	29,58(4,00)	2,69* *
Лідерство	21,64(7,29)	23,90(12,90)	0,15
Конфліктність	27,00(9,00)	24,83(8,63)	0,17
Соціальна адекватність поведінки	33,17(6,12)	53,37(3,14)	2,94**
Відгородженість	26,03(4,26)	38,25(3,72)	2,21 *

Примітка * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Для здорових дітей у системі міжособистісних відносин із оточенням найбільш значущі відносини з батьками. При цьому домінуюча роль відводиться відносинам із матір'ю. Здоровим дітям характерне сприйняття батьків як батьківського подружжя і емоційна прив'язаність до обох батьків.

Відповідаючи на питання, пов'язані з тим, кому дитина хотіла б розповісти про радощі, розчарування, із ким би йому хотілося відпочивати, за ким би вона нудьгувала, якби поїхала одна, здорові діти давали відповідь: «Родині (із сім'єю, про сім'ю), татові й мамі», а після навідних запитань уточнювали його більш детально.

Для часто хворіючих дітей також найбільш емоційно значимими є відносини з батьками, особливо з матір'ю. При цьому ЧХД відрізняються у своєму ставленні до батька, до якого була продемонструвана менша прихильність, ніж у здорових дітей. Додаткові бесіди дали можливість визначити, що в більшості випадків (71%), батьки частіше, ніж матері (32%), негативно ставляться до своєї дитини (ЧХД), карають її за погану успішність, не толерантні щодо труднощів, які виникають у дитини в зв'язку з ускладненнями зі здоров'ям. Встановлено зниження показників у Гр. 1 за шкалою сприйняття «Батьків як подружжя» у порівнянні Гр. 2. Крім цього для ЧХД відносини з учителями менш значущі, ніж для їх здорових однолітків. Приблизно однакове значення мають відносини з друзями для дітей Гр. 1 і Гр. 2.

Проаналізуємо дані за змінними, що описують особливості самої дитини, так як на емоційні стосунки часто хворіючих дітей із оточуючими впливають змінні, що характеризують саму дитини – допитливість, прагнення до спілкування у великих групах, прагнення до лідерства, конфліктність, соціальна адекватність поведінки, прагнення до усамітнення або відгородженості.

Установлено, що діти, які часто хворіють, менш допитливі, ніж їхні здорові однолітки, менш товариські, їм характерне прагнення до усамітнення й відгородженості від оточуючих. Діти Гр.1 відмовляються від спілкування у великій групі дітей, прагнуть її залишити, у них немає прагнення до лідерства, умовою якого є безпосереднє спілкування з іншими дітьми, урахування їх інтересів. За шкалою «Конфліктність» відмінностей між ЧХД і їх здоровими однолітками не виявлено. Відзначається зниження соціальної адекватності

поведінки, що проявляється у хворих дітей у пасивній реакції, яка повертає дитину до більш примітивних форм поведінки й значно знижує ефективність діяльності.

Для дослідження інтерактивних стосунків у сім'ї, додатково до методики Р. Жіля, була використана методика «Кінетичний малюнок сім'ї» та «Родина тварин», із бесідою за результатами малювання. Було виокремлено кілька типів малюнків, що відображають типи ставлення дітей до внутрішньо-сімейного типу взаємодії: гармонійний, вибірково-відкидаючий, коаліція з матір'ю, відкидаючий, «кумир родини» (результати табл. 2.1.13, 2.1.14).

Таблиця 2.1.13

Частота виявлення типів ставлення дітей до внутрішньо-сімейного типу взаємодії (Кінетичний малюнок родини) (Гр.1, Гр.2)

Типи внутрішньо-сімейної взаємодії	Кінетичний малюнок родини		Малюнок родини тварин	
	гр.1	гр.2	гр.1	гр.2
	%	%	%	%
Гармонійний	6	38	6	64
Вибірково-відкидаючий	25	12	32	8
Коаліція з матір'ю	30	16	21	10
Відкидаючий	22	27	23	12
Кумир родини	14	8	18	6

Отримані результати не протирічать, тому можна говорити про те, що ці батьківсько-дитячі стосунки реальні в родинах ЧХД та здорових дітей. Для наглядності отримані дані можна зобразити у вигляді діаграм рис. 2.1.4, 2.1.5.

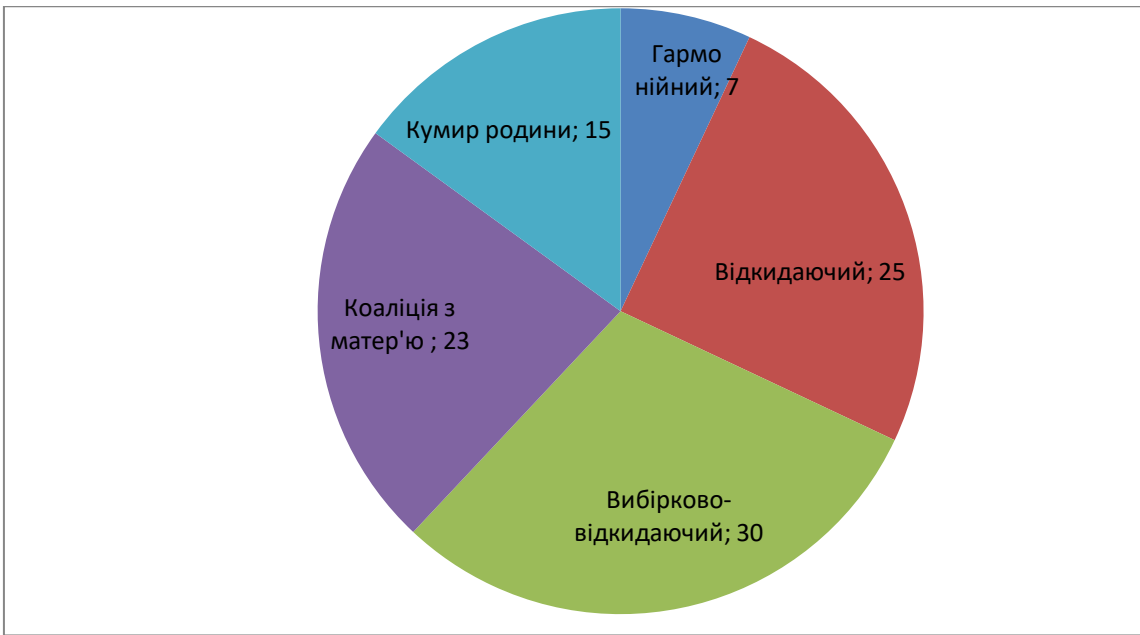


Рисунок 2.1.4. Частота поширеності типів сімейної взаємодії ЧХД



Рисунок 2.1.5. Частота поширеності типів сімейної взаємодії здорових дітей

Гармонійний тип сімейної взаємодії майже не представлений у групі ЧХД, більш поширеними в цій групі є вибірково-відкидаючий, коаліція з матір'ю та кумир родини. Тобто у ЧХД спостерігається спотворення сімейної соціалізації. Коаліція з матір'ю й вибірково-відкидаючий типи взаємодії відтворюють напружене подружнє спілкування, до якого долучається хвора

дитина. Тому сімейне напруження є чинником, що диспонує розвитку частих рекурентних епізодів ГРЗ. Імовірно, хвороба дитини несе декілька смислів: примирення батьків; викриття чоловіка в його холодності, неспроможності, немужності, безвідповідальності, в тому, що він винен у нещасливості дружини; викриття жінки у тому, що вона неспроможна народити здорову дитину, у тому, що хвороба дитини – результат втручання когось стороннього, наприклад бабусі тощо. Тому хвороба дитини є резистентною до терапії – у ній «зацікавлені» деякі члени сім'ї: дитина – одержує «любов»; жінка – викриває/наближає чоловіка; чоловік – набуває «свободу», або, навпаки, смисл бути у сім'ї. Це демонструє, що поряд із біологічними ланками розвитку епізодів ГРЗ співіснують і психологічні.

Кінетичний малюнок родини дає уявлення про внутрішньо-сімейні остосунки очима дитини. Порівняння складу зображеної сім'ї з реальною демонструє, що здорові діти малюють сім'ю в повному складі, такі зображення є показником переживання емоційного благополуччя сім'ї, також діти зображують себе в якості члена сім'ї. Члени сім'ї на малюнку зображені або такими, що тримаються за руки, або зайняті спільною справою. Наявність спільної справи – показник загального інтересу й прийняття членами сім'ї один одного [142, 25, 40 та ін.]. Здорові діти до процесу малювання приступають з ентузіазмом, не бояться, що в них щось не вийде. Найчастіше (80%) діти зображали першими матір (55%) або батька (25%).

У запропонованих гіпотетичних ситуаціях більшість дітей (68%) найбільш привабливим членом сім'ї називали мати, батько на другому місці. У 65% випадків виключення із загальної справи будь-якого члена сім'ї викликає у дитини подив, дитина відмовляється зробити вибір. Найбільш часто (43%) таким «виключеним членом сім'ї» виявляються брати / сестри або бабусі / дідусі.

Здорові діти використовують широкий репертуар кольорової палітри і різні декоративні елементи (візерунки, квіти, метелики). В ході бесіди здорові діти вільно пояснюють, хто зображений на малюнку, що робить кожен зображений

персонаж, здатні пояснити композиційне рішення малюнка, розповідають різні історії, які наштовхнули на вибір зображеного сюжету.

У групі дітей, які часто хворіють, найбільший відсоток (27%) займає тип малюнків, віднесений до категорії «відкидаючий». За характером малюнка можна говорити про низький рівень емоційних зв'язків у родині, у дитини відсутнє почуття спільності з родиною, дитина переживає почуття знедоленої людини, відчуває себе покинутою, все це протікає на тлі негативного самоствалення і зниженої самооцінки. Ознаками, що вказують на це, є відсутність дитини на малюнку (45%), або зображення тільки її самої (55%). Ці діти важко приступали до малювання, з небажанням пояснювали малюнок, говорили, що не вміють малювати, відмовлялися від вибору в гіпотетичній ситуації, аргументуючи це втому або тим, що їм «набридло». Крім цього діти пропускають у своїх малюнках частини обличчя (рот і очі), що вказує на порушення в комунікативній сфері. Також діти в 27% випадків зображували фігуру без ніг, що свідчить про нестабільність, відсутність відчуття основи, стійке відчуття тривоги.

Тип малюнків, які несуть в собі елементи «вибірково-відкидаючого стилю», спостерігалися у 26%. Такі малюнки свідчать про неблагополуччя у сімейних стосунках і негативне емоційне ставлення до одного з членів сім'ї. Діти малюють свою сім'ю в неповному складі, невключення реально існуючого члена сім'ї в малюнок вказує на його емоційне відкидання, бажання обмежити його присутність у житті дитини. Найчастіше виключається з малюнка батько (94%).

Характер взаємодії членів сім'ї на малюнку вказує на середній рівень емоційного зв'язку в родині. Показниками цього є роз'єднаність членів сім'ї на малюнку, велика дистанція між персонажами. Діти зображують себе осторонь від інших, що вказує на відчуженість. На почуття власної меншовартості в житті сім'ї вказує те, що дитяча фігура зображується значно менше за інших. За колірним рішенням діти вдаються частіше (76%) до використання тільки холодних кольорів. У 24% - малюнок зображувався чорно-білим (з

використанням олівця) або малюнок виконувався ручкою, дитина ігнорувала набір олівців.

У 24% випадків малюнки демонструють «коаліцію» між матір'ю і дитиною. На малюнках такого типу дитина і мати зображені близько один до одного, частіше зайняті спільною справою, батько також присутній на малюнку, однак, зображується на досить великій дистанції від матері і дитини. Першою в 75% випадків зображується мати, батько в 80% випадків зображувався останнім. Характер взаємодії дитини і матері вказує на емоційно близькі, довірчі відносини, при емоційному дистанціюванні батька.

Під час бесіди ці діти легко пояснюють, хто зображений на малюнку, що робить кожен зображений персонаж, здатні пояснити композиційне рішення малюнка, розповідають про те, що зображений сюжет типовий для їх сім'ї.

У 18% випадків при аналізі зображень можна говорити про наявність дитячого егоцентризму і про виховання за типом «кумир сім'ї». Сім'я зображена в повному складі, при цьому вона розташована навколо дитини, яка є центральним персонажем. Першою дитина малює саму себе, фігура зображується з особливою ретельністю, з великою кількістю різних елементів, за розмірами більше за інших. Це є показником компенсаторного завищення самооцінки дитини. Найчастіше (69%), найбільш близьким до фігури дитини виявляється зображення мами, потім - батька.

Під час постмалюнкової бесіди, вибір у гіпотетичній ситуації здійснюється дитиною легко і не замислюючись; в числі «виключених героїв» часто (77%) виявляється батько.

Малюнки дітей за методикою «Родина тварин» майже не відрізняються за розташуванням фігур від малюнків «Кінетичний малюнок родини». Показним є те, що як у звичайних малюнках, так і у малюнку тварин 42% ЧХД на своїх малюнках не зображували батька.

На малюнку родини тварин важливим є те, якою саме твариною діти зображували себе та свою родину. Вибір певної тварини для зображення на малюнку відображає ставлення дитини до певного члена родини. Частіше за

все, зображені тварини інтерпретуються відповідно до загальних асоціацій із певною твариною. Наприклад, лисиця повинна бути хитрою, ведмідь - сильним та незграбним, мураха - працьовитим тощо. Але, вибираючи тварин для членів сім'ї, дитина не завжди орієнтується саме на ці асоціації, а може керуватися якимись іншими міркуваннями, тому так важливо запитати про все під час постмалюнкової бесіди [232].

Так, змії, черв'яки, жаби тощо - свідчать про емоційну холодність і негативні емоції того персонажа, якого вони зображують. Хижаки: леви, тигри, пантери - символізують силу і високу активність. Якщо ж у них чітко промальовані зуби, кігті - можна говорити про їх агресивність. Буває, що діти зображують батьків у вигляді особливо великих тварин, наприклад, слонів або бегемотів. Це характерно для дітей, що живуть в умовах гіперопіки і відчують сильний тиск з боку батьків. А якщо хтось із батьків зображений у вигляді екзотичних тварин, можна зробити висновок, що ця людина, на думку дитини, надмірно демонстративна. Все вищесказане відноситься і до зображення інших членів сім'ї.

Особливо цікаво, у вигляді яких тварин діти зображують самих себе. Так, вперті діти часто зображують дитину у вигляді їжачка. Діти, які відчують себе в сім'ї знедоленими, можуть зобразити дитину у вигляді черв'ячка. Забіякуваті, агресивні діти - у вигляді левеняти або тигреня.

У таблиці 2.1.14. представлені результати отримані при аналізі малюнків дітей та обробці за критерієм Фішера. Із таблиці видно, що виявлено низку значимих відмінностей між здоровими та часто хворіючими дітьми.

Частота виявлення типів ставлень дітей до членів сім'ї (малюнок родини тварин) (Гр.1, Гр.2)

Член родини	Зображення на малюнку	гр.1%	гр.2%	Ф
Мати	Емоційне, тепле ставлення (Великі, спокійні тварини)	85%	75%	0.58
	Нейтральне ставлення (Маленькі, домашні тварини)	15%	25%	0.57
Батько	Емоційне ставлення, повага (Великі тварини)	15%	75%	2.20 *
	Відчуженість (Маленькі, неприємні тварини)	44%	18%	1.08
	Ізоляція (немає на малюнку)	42%	7%	3.42 **
сама дитина	Низька значимість (Маленькі, непримітні тварини)	72%	11%	3.53 **
	Адекватне самоставлення (Середні тварини)	18%	79%	4.15 **

Примітка ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

Виявлено значимі відмінності у ставленні до себе, та до батька. Частохворіючі діти значимо частіше зображують батька в ролі маленьких та відштовхуючих тварин (змій, хробаки, миші, тощо), на відміну від здорових дітей, на малюнках яких батько, частіше за все, зображується як велика та статна тварина (лев, тигр, ведмідь, тощо). Це свідчить про те, що частохворіючі діти відчувають неприязнь до батька, це викликано ставленням самого чоловіка до хворої дитини. Частіше за все, саме чоловіки не проявляють емоційної турботи про власних дітей, а тому виглядають у очах ЧХД як меншовартісні та неприємні. Так же пояснюється й відсутність батька на малюнку. Це підсвідоме бажання ЧХД відгородити неприємні стосунки та залишитися тільки із матір'ю, яка піклується, жаліє, допомагає.

Показовою ілюстрацією цієї тенденції є малюнок одного хлопчика (10 років), на якому він спочатку зобразив себе, далі мати, і останнім намалював батька. После малої паузи, хлопчик закреслів батька. Постмалюнокова бесіда виглядала таким чином:

- Розкажи будь-ласка, кого ти намалював?
- Ця кішка – це моя мама. Ось тут , поруч з нею , зайчик – це я.
- А це хто?
- Це вовк, мабуть.
- І хто це?
- Спочатку я хотів намалювати батька, а потім передумав.

Разом із тим цікавим є той факт, що на малюнках здорових дітей батько зображається як такий, якого поважають, до якого дослухаються. Він сильний та спокійний, але може проявити агресію у разі необхідності. Таке зображення батька свідчить про те, що здорові діти відчують себе більш захищеними.

Найбільшій значимості набуває різниця у ставленні до себе на малюнках ЧХД та здорових дітей. Значно частіше, частохворючі діти зображують себе маленькими тваринками - миші, їжаки, ховрашки, черепахи. Це пояснюється тим, що гіперопіка зі сторони матері не дає дитині відчуті себе спроможною на власні дії. Ситуація у ЧХД з відкідаючим типом відношення зі сторони батьків так само призводить до того, що хвора дитина не розуміє що її люблять та цінують у власній родині, дослухаються до неї. З таблиці 3.19 видно, що у групі здорових дітей майже 80% адекватно оцінюють себе, та свою роль у родині. Такі діти зображують себе у роли мавп, кішок, собак, тощо.

Результати, отримані з цих двох методик, відображають порушення сімейних взаємовідносін. У сімейній психотерапії [9, 27, 330, 331 та ін.], сім'я - система, що постійно розвивається, для гармонічного існування якої необхідні певні умови. Так, у системному підході сімейної психотерапії як необхідні зазначаються такі умови: повага до кожного члена родини, динамічні коаліції без ревнощів та сталих сімейних трикутників. У сімей, що не дотримуються цих

умов, часто виникають «ідентифіковані пацієнти»- члени родини, які через певні обставини демонструють черезмірну тривогу та певну поведінку, яка називається симптоматичною. До таких симптомів відносять порушення поведінки, тривожність, агресивність тощо, а ідентифікований пацієнт частіше за все є дитиною [58, 68, 84, 100, 190 та ін.]. Часті хвороби також можна розглядат як певний симптом, який проявляє дитина задля збереження внутрішньосімейної гармонії.

Це припущення знаходить своє підтвердження у тому, що саме ЧХД частіше за все демонструють такі ставлення до внутрішньосімейних стосунків: відкидаючий тип, вибірково-відкидаючий тип, та тип «коаліція з матір'ю».

Для виявлення значимості цієї різниці було проведено аналіз за допомогою критерія Фішера (табл. 2.1.15).

Таблиця 2.1.15

Поширеність типів сімейної взаємодії в групах ЧХД і К

Типи взаємодії	Гр.1(%)	Гр.2(%)	Ф
Гармонійний	6,5	38,7	4,63**
Вибірково-відкидаючий	25,8	12,9	1,84*
Коаліція з матір'ю	30,5	16,1	1,92*
Відкидаючий	22,6	27,5	0,63
Кумир родини	14,6	4,8	1,90*

Примітка* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Отримані результати дозволяють зробити висновок про те, що порушення стосунків у родині є не останньою причиною у наявності у дітей соматичних хвороб та включення дітей до групи часто хворіючих. Здорові діти не демонструють дисгармонійних внутрішньосімейних стосунків, на відміну від ЧХД. Тобто, значимим є те, що дитина, за допомогою своєї хвороби намагається нормалізувати стосунки у своїй родині. Юнг зазначав, що проблеми в дитини, це, в першу чергу, проблеми між батьками. І саме це демонструють нам значимі відмінності у ставленні здорових та частохворіючих дітей до внутрішньосімейної взаємодії.

Якщо стосунки в родині впливають на розвиток та перебіг хвороби в дітей, то, однозначно, вони впливають і на особистісні особливості дітей. Для того, щоб з'ясувати, як кожен із типів ставлення хворих дітей до внутрішньо-сімейної взаємодії пов'язаний із іншими особливостями дітей, було проведено факторизацію простору ознак методик, які використовувалися в роботі. У результаті факторизації було отримано двохфакторну матрицю, що пояснює 68,33 % дисперсії (рис 2.1.5).

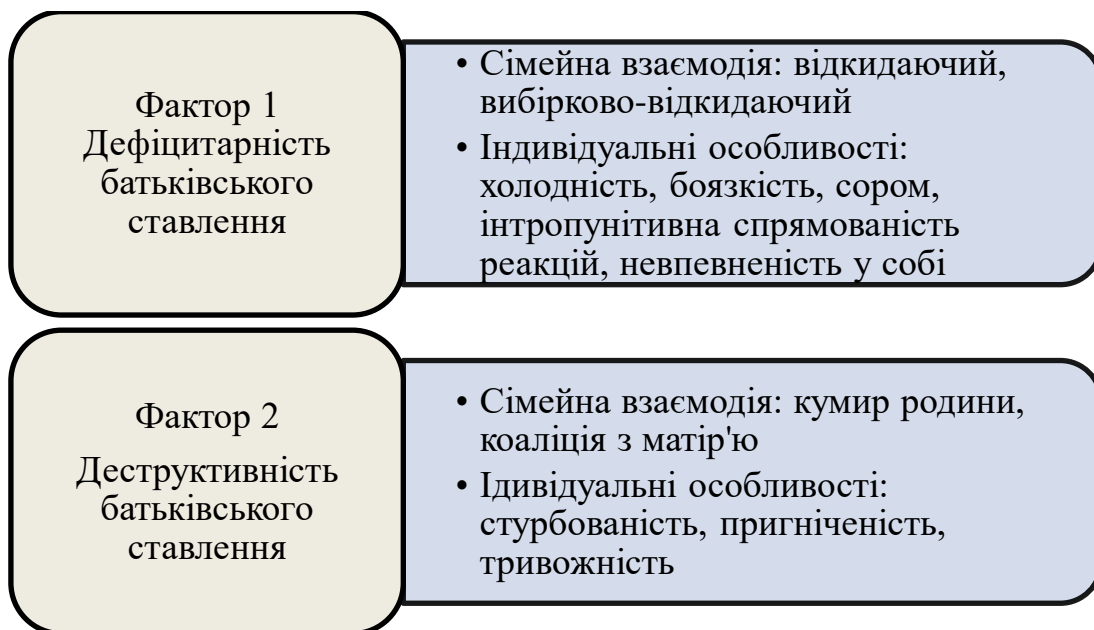


Рис. 2.1.5. Факторна структура особистісного та сімейного простору ЧХД

Фактор 1 складається з наступних змінних: фактор А (холодність-доброзичливість), фактор Н (боязкість-сміливість), Я-сором, інтропунітивна спрямованість реакцій, імпунітивна спрямованість реакцій, відкидаючий тип ставлення, вибірково-відкидаючий тип ставлення.

Даний фактор отримав назву «Дефіцитарність батьківського ставлення». Названа вище факторна побудова демонструє те, що діти, які відчують з боку батьків, або одного з них відкидання - холодні, не здатні до побудови теплих людських стосунків, занадто боязкі, невпевнені в собі, соромляться себе та схильні в складних життєвих обставинах звинувачувати себе, вдаватися до самоосуду.

Отже, мова йде про те, що відкидання з боку батьків, або, принаймі, одного з них, є умовою дефіцитарного характеру розвитку дитини, що часто хворіє. Байдуже ставлення до дитини, відсутність у батьків щирої зацікавленості не створюють необхідного «комунікативного поля». Дитина за таких умов не має змоги активно пізнавати світ та саму себе, вона позбавлена можливості задовольнити одну з головних потреб людського існування – потребу у укоріненні й любові. Такої любові, яку Е.Фромм називає плідною любов'ю, а К.Роджерс - безумовною любов'ю [229, 281, 332, 334, 335, 336]. Не відчуваючи від батьків любові, діти відчувають непереборну складність життя та відмовляються від реалізації власної активності. Діти, які не відчувають любові від найближчих людей, приходять до думки, що вони «не такі, як треба», виникає сором за себе: «Мене не люблять і відштовхують через те, що я не такий». Низька фізіологічна опірність стресу підкріплюється батьківською дисфункцією, що посилює переживання власної неповноцінності.

Можемо припустити, що часті й тривалі захворювання є спробою дитини повернути на себе увагу, отримати перманентну нестачу турботи та зацікавленості. Зазначимо, що це є лише гіпотезою, яка потребує подальшого спеціального вивчення.

Фактор 2 складається з таких змінних: фактор F (стурбованість-безтурботність), фактор O (самовпевненість-пригніченість), коаліція, кумир сім'ї. Даний фактор отримав назву «Деструктивність батьківського ставлення». Даний фактор демонструє, що при коаліції із одним з батьків, або, коли дитина стає «кумиром родини», діти відчувають себе стурбованими та пригніченими. Отже, стосунки з батьками, які є дисфункціональними, пов'язані з надмірною залежністю від батьківських фігур призводять до формування дисфункціональних особливостей дитини. Такі діти нездатні прикладати зусилля для досягнення власних цілей, реалізації своїх планів, завдань, відстоювання інтересів і задоволення потреб. Їм характерне уникання будь-яких ситуацій «суперництва», конфронтації, конфліктів, дискусій. Таке ставлення до дітей сприяє звуженню кола інтересів у останніх й пасивній

самоті, нездатності до встановлення продуктивних міжособистісних контактів і теплих людських відносин. Покидаючи зручну і звичну «коаліцію» або сімейний простір, який робить з дитини «кумира» і потрапляючи в шкільне середовище, де у дитини немає переваг як вдома, такі діти відчувають тривогу. Відносини з вчителями викликають занепокоєння через те, що батьки, утримуючи дітей в «павутині» своєї «неплідної» любові, перекривають шлях до встановлення конструктивних контактів з іншими людьми. Це виглядає так: «Тільки мама (або мама і тато) гарні люди, які мене люблять, і яким я можу довіряти, всі решта - страшні». Низька фізіологічна опірність стресу дітей може використовуватись батьками для «прив'язування» дітей до себе, коли діти виконують функції, які задовільняють, часто несвідомі, потреби і прагнення батьків.

Більш наглядно результати факторизації представлені у таблиці 2.1.16

Таблиця 2.1.16

Факторна структура сімейно-особистісного простору в хворих дітей

Дефіцитарність батьківського ставлення	Деструктивність батьківського ставлення
Фактор А (холодність-доброзичливість) (0,569)	Загальна тривожність у школі (0,809)
Фактор Н (боязкість-смівлівість) (0,611)	Проблеми і страхи у відносинах з учителем (0,673)
Я-сором (0,456)	Допитливість (- 0,677)
інтропунітивна направленість реакцій (0,655)	Фактор F (стурбованість-безтурботність)(0,671)
імпунітивна направленість реакцій (-0,677)	Фактор О (самовпевненість-пригніченість)(0,723)
страх не відповідати очікуванням оточуючих(0,578)	Коаліція (0,750)
відкидаючий (0,890)	кумир сім'ї (0,834)
вбірково-відкидаючий (0, 788)	Низька фізіологічна опірність стресу (0, 677)

Із результатів факторного аналізу наглядно видно, що в обох факторах як значущі виокремлено сімейні стосунки. Отже, можна стверджувати, що деякі типи батьківського ставлення до дитини викликають певні порушення в

ставленні дитини до себе та до світу в цілому. Це дуже важливо для подальшої роботи щодо нормалізації порушеної системи ставлень ЧХД, бо, вочевидь, потрібно нормалізувати не лише порушені ставлення дітей, а й порушені сімейні взаємовідносини.

Таким чином, можемо відмітити дефіцитарно-деструктивний характер ставлень батьків до дітей, які часто хворіють. Деструктивні й дефіцитарні процеси батьківського ставлення блокують необхідні для розвитку дитини процеси. Із цієї точки зору хвороба репрезентує ушкодження в регуляції психічних структур особистості дітей, які часто хворіють, і призводять до порушення процесів обміну соціальною енергією між ними й соціальним середовищем. Хвороба та її симптоми є компенсацією дисфункціонального батьківського ставлення.

Отже, хвороба - це ознака відчуженості в контактї дитини з самою собою, зі своїми потребами, відчуженість в її стосунках з іншими людьми, з навколишнім світом. Деструктивне і дефіцитарне ставлення з боку батьків «заповнюється» хворобливою симптоматикою. Бути здоровим означає бути здатним до розвитку, до побудови в навколишньому світі теплих, довірливих людських взаємин. Коли батьки не сприяють, а, навпаки, перешкоджають здоровому, у психологічному сенсі, розвитку дитини, блокують її потреби, не відповідають на них, або не здатні вибудувати необхідні межі в задоволенні дитячих забаганок, це позначається не лише на власне психічному розвитку, а включає й соматичну сферу функціонування.

Важливим показником психологічного стану дитини є сформованість виміру психологічного простору й стану психологічних меж. С.К.Нартовою-Бочавер запропонована характеристика психологічного простору особистості - його суверенність [194]. Згідно з С.К. Нартовою-Бочавер, психологічний простір розвивається в онтогенезі за допомогою появи нових вимірів, перенесення своїх кордонів у межах уже існуючих вимірів (розширення області суверенності), наповнення їх різним змістом відповідно до досвіду й завданнями дорослішання .

Автор виокремлює й емпірично обґрунтовує таку послідовність розвитку психологічного простору: тілесність виникає в дитинстві, особиста територія й речі - упродовж раннього та дошкільного дитинства, тимчасові звички - з дошкільного до молодшого шкільного віку. Соціальні зв'язки починають формуватися в дошкільному віці, смаки і цінності - тоді ж, але регулятором поведінки стають у підлітковому віці [194].

На ранніх етапах онтогенезу соціальне середовище для дитини представлене її батьками й тільки ними, а отже для нас інтерес представляє вивчення формування суверенності психологічного простору в здорових і частохворюючих дітей.

Для такого дослідження нами було модифіковано опитувальник СПП у форму інтерв'ю. У бесіду були включені питання на основі опитувальника, перероблені відповідно до молодшого шкільного віку. На основі результатів інтерв'ю було створено профіль формування суверенності психологічного простору (рис 2.1.6). З малюнка ми бачимо, що показники у ЧХД та здорових дітей дуже різняться.

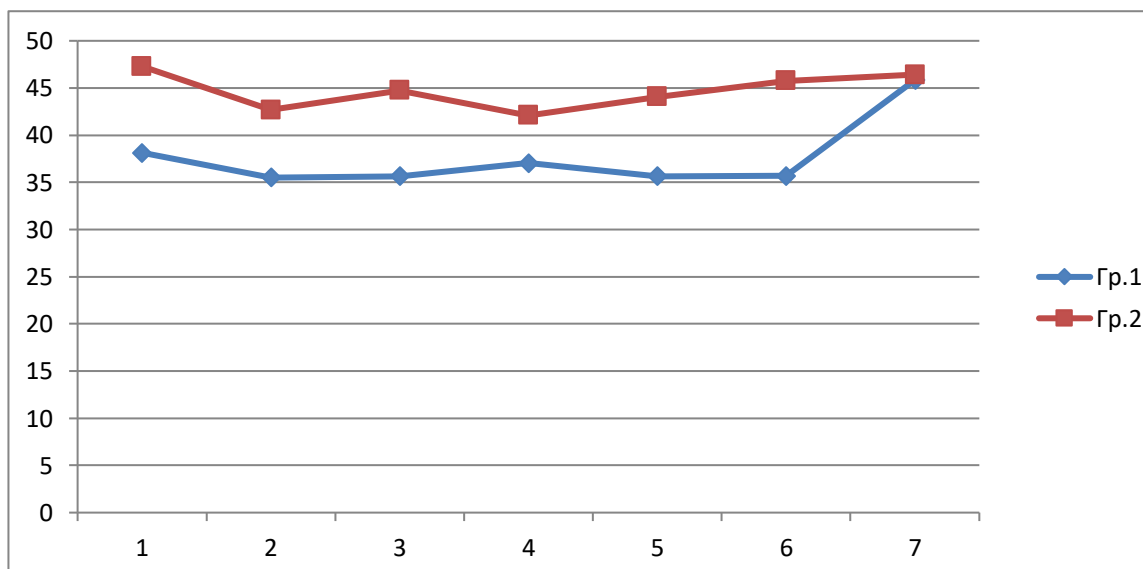


Рис. 2.1.6. Профілі суверенності психологічного простору

Примітка: 1 – інтегральний показник СПП; 2 – Суверенність фізичного тіла; 3 – Суверенність території; 4 – Суверенність речей; 5- Суверенність звичок; 6 – Суверенність соціальних зв'язків . 7 –Суверенність цінностей.

При аналізі суверенності психологічного простору емпіричної групи виявлено, що практично всі показники (окрім суверенності цінностей) значно нижчі, ніж у контрольній групі. Із цього випливає, що такі сектори суверенного психологічного простору як суверенність фізичного тіла, території, речей, звичок, й соціальних зв'язків у часто хворюючих дітей значно нижчі. Встановлено, що різниця у профілях здорових дітей та частохворюючих не є випадковою, а є значимою. Результати аналізу представлено у табл. 2.1.17.

Таблиця 2.1.17

Розбіжності у показниках суверенності психологічного простору

Індикатори СПП	t
Суверенність психологічного простору	2,80 **
Суверенність фізичного тіла	2,67**
Суверенність території	2,47 *
Суверенність світу речей	2,24*
Суверенність звичок	1,98 *
Суверенність соціальних зв'язків	2,73**
Суверенність цінностей	-0,91

Примітка * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Відповідно, ЧХД можуть бути описані як такі, що переживають дискомфорт, викликаний дотиками, запахами, примусом. Також хворі діти страждають від відсутності власних територіальних кордонів. Виявлено, що ЧХД страждають від невизнання наявності власних речей, від насильницьких спроб змінити комфортний розпорядок, від контролю над їх соціальним життям. Депривованість суверенного психологічного простору вказує на порушення цілісної особистості, про порушені межі «Я» ЧХД.

Такі порушення суб'єктивного простору predisponують дискомфорту, що викликаний дотиками, запахами, примусом; вони страждають від відсутності власних територіальних меж, невизнання наявності власних речей, насильницьких спроб змінити комфортний розпорядок, контролю над соціальним життям. Депривованість психологічного простору вказує на порушення сепараційних процесів, невизначення «Я»-системи, внутрішньоособистісний конфлікт процесів фузії/дистанціювання, що тільки імітує справжню сепарацію.

Наступним етапом нашого дослідження було визначення гендерних настанов дітей, які часто хворіють.

В оригіналі методики «Малюнок чоловіка та жінки», автором (Романова) описано сім типів гендерних установок особистості. Аналіз дитячих малюнків, дав можливість виділити властиві даному віку типи гендерних установок. Так, було виокремлено п'ять типів гендерних установок: ізоляція, співробітництво, незалежність, індиферентність, агресія, дружелюбність (рис. 2.1.7.).

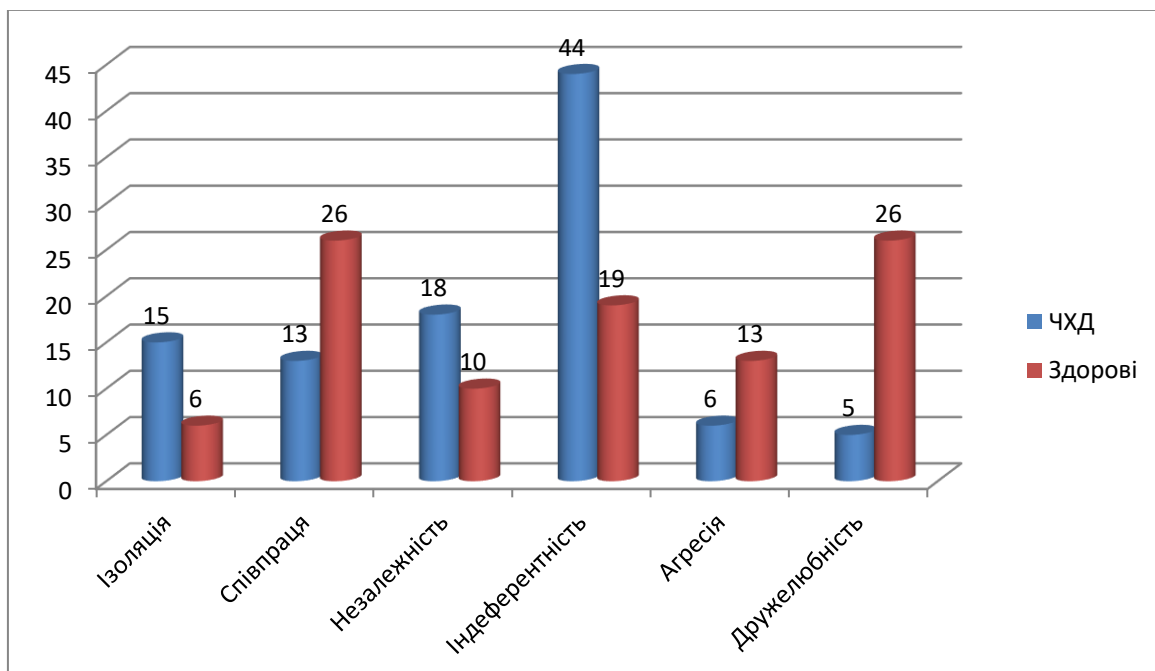


Рис. 2.1.7. Частота виявлення гендерних установок у відсотковому відношенні (Гр.1, Гр.2)

Значно частіше здорові діти зображали малюнок, що відтворює тип установки «співпраця». На таких малюнках персонажі зайняті спільною справою (вирішують завдання, готуються до спільного виступу, допомагають дорослим, облаштовують майданчик для ігор), розташовані на невеликій відстані один від одного, фігури зображені однакового розміру, однаково промальовані, немає явної переваги до одного з персонажів. Відзначено, що діти, які прибігли саме до такого типу малюнків, першим персонажем зображували героя своєї статі. До малювання приступали з ентузіазмом. Пропозиція придумати історію до намальованого не викликала труднощів, діти легко й натхненно розповідали про зображені відносини. Наведемо кілька прикладів.

Саша, 9 років. «Я б сказав, що заняття закінчені, хлопчикові й дівчинці доведеться ще трохи побути в класі, поки за ними прийдуть батьки. Вони вирішують не втрачати час і зробити задану домашню роботу. Робота просувається швидко. Вони вирішать, звичайно, завдання з математики, вони Обоє розумні, може трохи ледачі, хлопчик більше ледачий, але він вміє подолати свою ліню. Потім прийдуть їхні батьки, і кожен з них поїде додому задоволений, бо буде більше часу на відпочинок, можна буде пограти на комп'ютері».

- Як вони опинилися разом в цьому приміщенні?

- Уроки закінчилися, вони тут і були до цього, тепер чекають на батьків.

- Вони однокласники?

- Так.

- Які у них стосунки?

- Ну, цілком нормальні.

- Вони часто спілкуються?
- Ну, ні, не занадто часто.
- Чому вони вирішили робити домашнє завдання?
- Ну а що, час даремно витратити.
- А хто перший запропонував?
- Я думаю, хлопчик.
- А як ти думаєш, дівчинка могла не погодиться?
- Ну, взагалі могла.
- А якби вона не погодилася, що б відбувалося?
- Ну, значить, просто розмовляли б.
- У кого краще виходило вирішувати завдання?
- У хлопчика, але дівчинка теж добре вирішує.
- Вони швидко впоралися?
- Так.
- Чиї батьки прийшли першими?
- Одночасно прийшли.
- А чим дівчинка буде займатися вдома?
- Робити уроки, грати, відпочивати.
- А в які ігри любить грати дівчинка?
- Ну різні, комп'ютерні, в ляльки, може, грає, а може і не грає вже.

Соня, 9 років. «Це хлопчик і дівчинка, які вирішили посадити дерево (каштан). До цього вони перебували вдома, вихідний день, вони поїли і пішли садити дерево. Дерево вони взяли у своїх друзів. Погода дуже хороша, весна. Дерев на весні садять ж, ну ось і вони посадять, це потрібна справа. Хлопчик і дівчинка в дуже гарному настрої. Ось вони його садять, лопата у них є, відро є, все є для того, щоб правильно посадити. Хлопчик копає яму, дівчинка наливає туди воду. Вони дуже стараються. Напевно, вони дадуть дереву ім'я. Вони назвуть його «Веселий каштан». Потім, напевно, підуть, погуляють, весна ж, хороша погода, можна гуляти ».

- Хлопчик і дівчинка давно знайомі?

- Рік -два.

- А де вони познайомилися?

- Відпочивали разом на морі.

- Вони далеко живуть один від одного?

- Ні, не дуже.

- Чому вони вирішили посадити дерево?

- Тому що весна, навесні садять дерева

- А чому вони дали дереву ім'я?

- Ну, це як символ, їх дружби

- А чому він «Веселий»?

-А про що йому турбуватись, він просто росте, красивий, радує всіх, очищає повітря.

- А хлопчик і дівчинка дбатимуть про «Веселого каштана»?

-Звичайно! Вони будуть приходити, поливати його.

- Дівчинка і хлопчик гулятимуть, а куди вони підуть?

- Вони підуть на дитячий майданчик

- Вони довго гулятимуть?

-Так, довго, весною можна довго гуляти.

Також здорові діти відрізняються від ЧХД за установкою «дружелюбність». На таких малюнках, персонажі повернені обличчям один до одного, що вказує на їх зацікавленість. Автори таких малюнків відкриті для спілкування з протилежною статтю, в них існує психологічна зацікавленість. Про це свідчать як графічні репрезентації, так і складені за ними розповіді.

Малюнки часто хворюючих дітей відображають гендерну настановку «індиферентність». На таких малюнках персонажі представлені в анфас, на значній відстані один від одного. Між фігурою хлопчика і дівчинки відсутня чітка диференціація, герої відрізняються кількома ознаками, часто ознаки статі відсутні взагалі, все це є показником слабкої статево-рольової диференціації ЧХД.

Розповіді дітей не мають сюжетної лінії, діти швидко відповідають на питання, причому коротко, часто не витримуючи логічного ланцюжка. Наведемо приклади.

Віталік, 9 років. «Хлопчик йде до школи. Дівчинка теж йде до школи. Раніше вони були кожен у себе вдома. Потім прийдуть в школу ».

- Хлопчик і дівчинка знайомі?

-Ні.

-А в якому класі навчається хлопчик?

-В 5.

-А дівчинка?

-У 3.

-Вони йдуть однією дорогою?

-Ні різними.

-Вони бачать один одного?

-Ні.

-Вони в одну школу йдуть?

-Так.

- А раніше вони зустрічалися?

-Ні.

-А коли вони підійдуть до школи, вони побачать один одного?

-Ні, хлопчик йде швидше і прийде швидше в школу.

- А чому хлопчик йде швидше?

-Не знаю.

Аліна, 10 років. «Дівчинка і хлопчик стоять біля школи. До цього вони були в школі. Потім підуть назад».

-Вони знайомі?

-Ні.

-Вони раніше бачили один одного?

-Може і бачили.

- Що вони роблять біля школи?

-Чекають на початок уроку.

- Вони могли б познайомитися?

-Не думаю.

У цілому потрібно відзначити, що складені розповіді здорових дітей відрізняються від розповідей часто хворюючих дітей розгорнутими оповіданнями, життєрадісністю, психологічними характеристиками, що приписуються персонажам. ЧХД будують односкладові, невиразні розповіді, описують лише зовнішні сторони зображуваного, їм не властиве приписування героям психологічних особливостей. Таким чином, часті захворювання обтяжують внутрішній світ дитини, створюють постійну напругу, сприйняття концентрується на неприємних переживаннях, стає звуженим, одностороннім. Про звуження сприйняття також свідчить те, що на малюнках ЧХД, на відміну від малюнків здорових, фіксуються тільки задані в інструкції фігури (хлопчик і дівчинка), у той час як здорові діти поміщають графічні репрезентації фігур у систему навколишнього світу. Малюнки здорових дітей доповнюються предметами, фігурами інших дітей, тварин. Тобто у здорових дітей існує гендерний концепт, що поміщається в систему навколишньої дійсності і є її

частиною; в той час як для дітей, які часто хворіють, такий концепт відсутній, відносини між статями не вбудовуються в навколишню дійсність і не є частиною системи значущих ставлень.

Раніше, у главі 3.4, при аналізі малюнків неіснуючої тварини, ми вказували на те, що діти, які часто хворіють, не могли визначитися із статтю тварини (можливо жіноча, а можливо чоловіча) у 40%, визначали стать тварини як протилежну своїй 26 %. У той час як в групі здорових дітей лише 10 % не змогли визначити стать тварини й 15% визначили стать, як протилежну власній. Окрім того, це свідчить про алекситимічно-подібні ознаки психіки. Виявлений феномен також вказує на порушення статево-рольової ідентифікації дітей, які часто хворіють.

За допомогою критерія Фішера було виявлено, що ці відмінності носять значимий характер(табл.. 2.1.18). Тобто, ми можемо говорити про те, що хвороба докорінно змінює гендерні настанови у дітей молодшого шкільного віку.

Таблиця 2.1.18

Значимість відмінностей у частоті типів гендерних установок

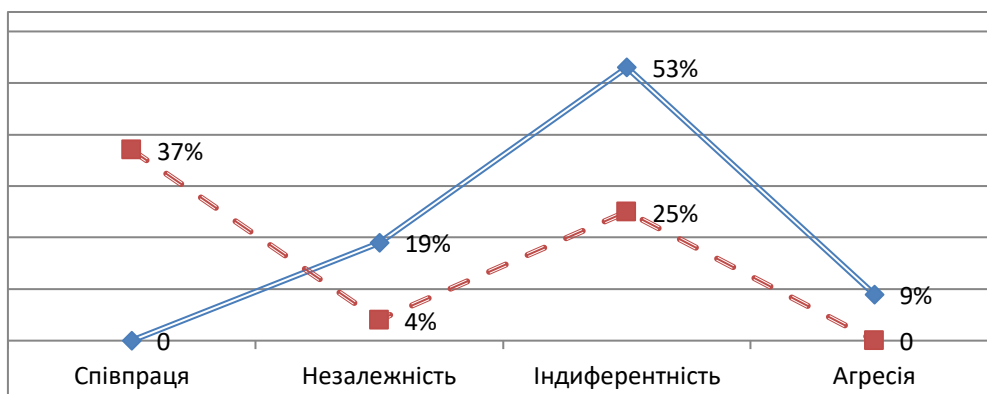
Тип гендерної установки	Ф
Ізоляція	1,77 *
Співпраця	-1,84 *
Незалежність	1,31
Індиферентність	2,95 **
Агресія	-1,23
Дружелюбність	-3,46 **

Примітка: ** p <0,01; * P <0,05

Під час аналізу малюнків було виявлено ряд відмінностей між малюнками ЧХД і здорових дітей віком 8-9 років, та дітьми 11 років. Так, діти 8-9 років, незалежно від статі та наявності хвороби, зображували гендерні настанови

типів: співпраця, дружелюбність, індиферентність. А діти 11 років малювали більш емоційно негативні малюнки. Саме вони і склали основну частку гендерних настанов ізоляція та агресія. Із рис. 3.8 наглядно видно різницю вираженості гендерних настанов у здорових дітей та ЧХД. у віці 11 років.

У ЧХД більш агресивне та тривожне ставлення до протилежної статі. Майже немає випадків співпраці та дружелюбного налаштування. Вони різко реагують на протилежну стать та намагаються зменшити усілякі контакти. У першу чергу це пов'язано з порушеними соціальними зв'язками, спричиненими частими та тривалими ГРЗ. Ще однією причиною є ті психологічні проблеми до яких ці захворювання призводять. Діти не вміють спілкуватися, будувати стосунки з однолітками як своєї статі, так і протилежної. ЧХД не знаходять підтримки з боку однолітків, вчителів та батьків, та використовують свій «захисний панцир». Невпевненість у собі виражається в зменшеній кількості контактів і подавленні інтересу до протилежних статі. Якщо здорові діти проявляють цікавість і йдуть на контакт один із одним, то ЧХД не спроможні до співпраці з протилежною статтю.



Примітка _____ - група ЧХД, _ _ _ _ - група здорових дітей.

Рис. 2.1.8. Частота зустрічаємості гендерних установок у віці 11 років

Із початком статевого дозрівання (9-11 років) молодші підлітки вступають у платонічну стадію розвитку сексуальності (дитяча закоханість). Вони вчаться знайомитись, звертати на себе увагу й спілкуватися з об'єктом своєї любові. Про те, що дитина досягла цієї стадії, можна судити з появи інтересу до своєї зовнішності, одягу, косметики і прикрас, прагненню виділитися з-поміж

однолітків, прояву знаків уваги до об'єкта закоханості. У ситуації частих та тривалих ГРЗ дитина буває надовго виключеною з суспільного життя. У поєднанні з факторами підвищеної тривожності та заниженої самооцінки, це призводить до того, що формування платонічного лібідо протікає не так, як у здорових дітей [7, 10, 12, 88, 97 та ін.].

Згідно з концепцією З. Фрейда [222, 281], лібідо становить джерело всієї психічної енергії індивіда, а будь-яке емоційне та фізичне задоволення він називав сексуальним. Г.С. Васильченко, відмічає, що будучи тісно пов'язаним зі свідомістю, лібідо зазнає тривалу індивідуальну еволюцію, поступово ускладнюючи і набуваючи нових якостей. Романтична стадія в юнаків характеризується фантазіями, в яких вони здатні на різні подвиги на честь ідеалізованого об'єкта першої закоханості. У дівчаток чітко простежується прагнення подобатися, звернути на себе увагу, з'являються фантазії, основним змістом яких є безкорислива турбота про неї з боку прекрасного й хороброго «лицаря». Спроби зруйнувати ці ілюзії повчаннями з боку рідних або скороченням дистанції з боку юнаків сприймаються як брудні й образливі [74, 77, 307 та ін.]. Характерні риси цієї стадії - високе напруження почуттів із елементами солодкого трагізму і самозречення, переконаність в унікальності пережитого: «Ніхто і ніколи не любив так як я». Значення цієї стадії формування лібідо полягає в підвищенні фізіологічного інстинкту до істинно людської любові. На відміну від стрімкого розвитку статевого потягу в юнаків, риси романтичної стадії в дівчат можуть надовго зберегтися, переплітаючись із еротичними елементами.

У запропонованому нами модифікованому варіанті методики малюнку чоловіка та жінки, дітям було запропоновано не тільки намалювати дівчинку та хлопця, а ще й розмалювати їх, використовуючи якісь із запропонованих кольорів. Саме аналіз коліру та положення фігур на малюнку було використано для виявлення гендерних особливостей формування еротичного лібідо у часто хворюючих та здорових дітей [61, 213].

Було виявлено, що існує різниця між формуванням лібідо у здорових та часто хворіючих дівчат. Наприклад, на своїх малюнках здорові дівчата зображували дружелюбне ставлення до протилежної статі у 50% випадків, у той час, як серед дівчат, які часто хворіють не було виявлено жодного малюнка, який демонструє таку гендерну установку. Проте, на відміну від здорових дівчат, які не демонструють установку ізоляція, дівчата ЧХД демонструють її у 43% випадків.

Така ж ситуація проявляється на малюнках хлопців. Якщо здорові хлопці демонструють цікавість та дружелюбність до протилежної статі, то ЧХД, навпаки, демонструють індиферентність та незалежність. Порівняльні результати можна побачити на рис. 2.1.9.

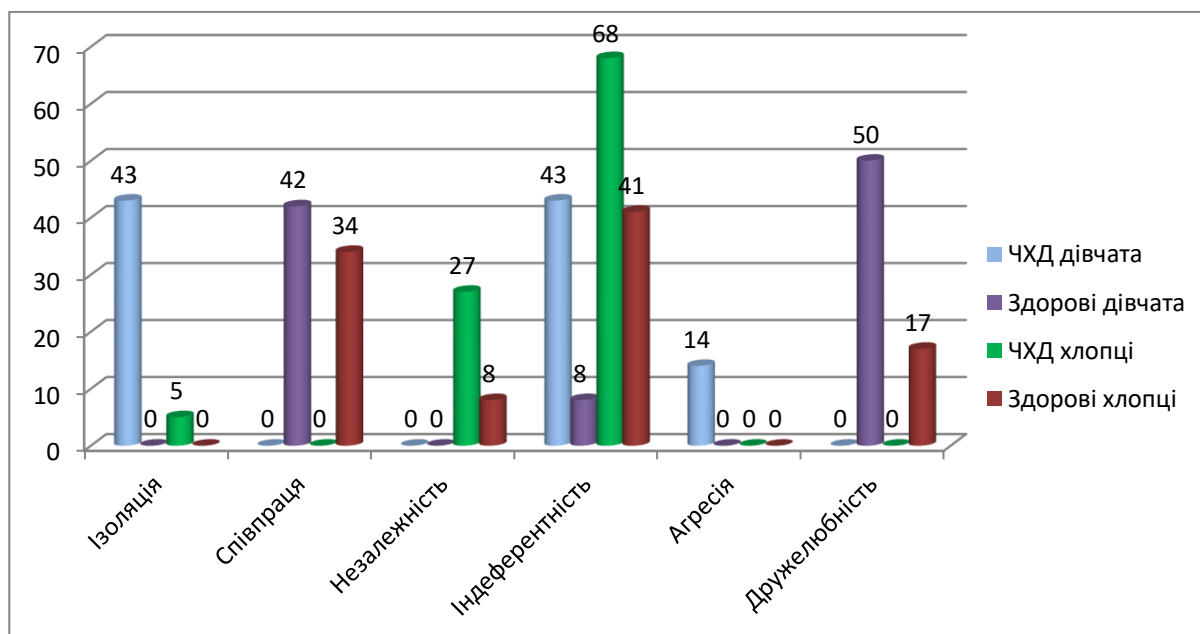


Рисунок 2.1.9. Частота поширеності гендерних настанов у віці 11 років

Із діаграми видно, що існуює різниця між ставленням до протилежної статі у здорових та хворих дітей. Виявлена гендерна відмінність у взаємодії з протилежною статтю орієнтована на розташуванні фігур на малюнку, їх взаємодії та постмалюнкової бесіди. .

Здорові дівчата проявляють цікавість до хлопців, вони співпрацюють із ними, мають дружелюбне ставлення. Дівчата з групи ЧХД, згідно з розташуванням малюнків, навпаки намагаються ізолювати фігуру протилежної

статі, малюють її меншою або розташовують у протилежному боці аркуша. Частіше за все, спільної діяльності на малюнку немає. Тобто, з аналізу розташування фігур є значима різниця ($\phi = 2.34^*$, $p \leq 0.01$) між взаємодією з протилежною статтю у здорових дівчат, та дівчат, які часто хворіють.

Із цього можна зробити висновок, що часто хворіючих дівчат не цікавить протилежна стать, вони намагаються відгородитися самі, та відштовхнути те, що їм неприємно. А це, в свою чергу, протиречить уявленням про формування еротичного лібідо у дівчат. Цей феномен можна пояснити, якщо проаналізувати кольори, які обирають ЧХД та здорові дівчата. Усі малюнки можна умовно поділити на три категорії: перевага надається теплим кольорам, перевага надається холодним кольорам, обидві фігури зображені одним кольором. Порівняльні результати представлені в таблиці 2.1.19.

Таблиця 2.1.19

Характеристика кольорів на малюнках дівчат

Вибір кольору для зображення хлопця	Група 1 дівчата	Група 2 дівчата	Φ
Теплі кольори	70%	80%	2,34*
Один колір з зображенням дівчини	30%	10%	2,47*

Примітка: * $P < 0,01$

Теплими кольорами, зазвичай, зображують щось бажане, приємне, що не викликає протиріч у особистості людини. Дуже часто дівчата обирали для зображення фігури протилежної статі такі кольори: жовтий, який при інтерпретації розглядається як радість, тепло; помаранчевий, який означає наявність бажання довести свою значимість; зелений, що відображає гармонію, природну силу, тощо.

Виявлене протиріччя між розташуванням фігури та обраним для неї кольором відображає наявне протиріччя у свідомості часто хворіючих дівчат. Формування їх платонічної сексуальності відбувається так, як і в здорових дівчат, але під впливом частих хвороб, невпевненості у собі, інфантилізації

через порушені сімейні стосунки, дівчата пригнічують у собі цікавість до протилежної статі. Вони мають певні очікування від цих стосунків, та певні страхи, пов'язані зі своїм почуттям меншовартості та нікчемності.

Малюнки здорових хлопців виявляють дружелюбність та тенденцію до співпраці частіше, аніж малюнки хлопців з експериментальної групи. Аналіз розташування фігур засвідчує, що формування цікавості до протилежної статі проходить приблизно однаково. У обох групах є малюнки з настановами незалежність та індиферентність. Порівняльну характеристику результатів представлено у табл. 2.1.20.

Таблиця 2.1.20

Різниця в частоті зітрачаємості типів гендерних установок у здорових та ЧХД хлопців

Тип гендерної установки	група 1	група 2	Ф
Ізоляція	4%	-	
Співпраця	-	30%	
Незалежність	26%	9%	1,77*
Індиферентність	66%	46%	1,84*
Агресія	4%	-	
Дружелюбність	-	15%	

Примітка: * P <0,05

Із таблиці 3.21 наочно видно, що у хлопців обох груп найбільшу вираженість мають гендерні настанови незалежність та індиферентність. На цьому фоні у здорових хлопців ще є дружелюбність та співпраця. Це свідчить про те, що здорові хлопці мають більш високий інтерес до протилежної статі. Вони проявляють більш активні дії щодо налаштування комунікації та взаємодії з дівчатами, у той час, коли хлопці з групи ЧХД просто не цікавляться такою взаємодією.

Психосексуальний розвиток - це формування статевої самосвідомості (відчуття себе представником певної статі), статевої ролі, адекватної спрямованості статевого потягу й наявність відповідних стереотипів статевої поведінки, формування сексуального потягу й сексуальної поведінки в результаті спільних зусиль природи і виховання.

Традиційна психоаналітична концепція, як відомо, приписує основну роль в статевій диференціації біологічним факторам і вважає основним її механізмом процес ідентифікації дитини з батьками [316, 317, 325 та ін.]. Ця концепція весь процес розвитку особистості, в якому вона основну увагу приділяла формуванню поведінки й уявлень, обумовлених статтю, пов'язувала з сексуальною сферою. Традиційний психоаналіз визнає, що чоловіча й жіноча моделі діаметрально протилежні за своїми якостями, і якщо для типової чоловічої поведінки характерні активність, агресивність, рішучість, прагнення до змагання і досягнення, здатності до творчої діяльності, розсудливість, то для жіночої - пасивність, нерішучість, залежну поведінку, конформність.

Якщо дитина часто хворіє, то порушуються її стосунки з соціальним оточенням: родиною, однолітками, протилежною статтю. Якщо це часто хворюючий хлопчик, то постійні обмеження у фізичній та соціальній активності, через хвилювання матері, можуть призвести до того, що хлопець буде більш фемінним. Він не буде гратися з однолітками у жвавій грі, не буде бешкетувати, не зможе навчитися бути більш самостійним та мужнім. До цього додається і той факт, що при дослідженні сімейних стосунків ми бачили порушення у внутрішньо-сімейній взаємодії, які так само призводять до спотворення статево-рольової ідентифікації.

У молодшому шкільному віці діти приміряють на себе ролі чоловіка й жінки. Батьки й їх взаємини між собою стають об'єктом пильної уваги і наслідування. Вони сприймаються дитиною як модель мужності і жіночності, як зразок взаємини статей. Навички і стиль статево-рольової поведінки дитини формуються в іграх і побуті. Хлопчик засвоює чоловічий тип поведінки, дівчинка - жіночий. Автори (А. Бандура, Р.Уолтерс, Ф.Парсонс) [22, 48, 49, 50,

102, 130, 209 та ін.] відзначають, що це реалізується, перш за все, через правильну поведінку й розподіл ролей матері та батька в сім'ї. Вони багато в чому визначають формування відповідної статевої ролі у підростаючої дитини. А якщо самі батьки між собою не встановили гармонійних стосунків, то дитина не може перейняти на себе правильну модель поведінки з протилежною статтю. Її поведінка буде копіювати ту порушену модель, яку вона бачить у власній родині.

Отже, у ЧХД більш агресивне та тривожне ставлення до протилежної статі. Майже немає випадків співпраці та дружлюбного налаштування. Вони різко реагують на протилежну стать та намагаються зменшити усілякі контакти. У цей час існує значима різниця між взаємодією із протилежною статтю в ЧХД та здоровими дітьми віком 11 років. Дівчата з групи ЧХД, так само як і здорові дівчата, проявляють зацікавлення протилежною статтю, що засвідчують їх малюнки, але вони намагаються приховати та подавити це через невпевненість у собі та негативне ставлення до своєї хвороби. Вони відчують тривогу через стосунки з хлопцями, що виявляється у негативному ставленні до них. Часто хворіючі хлопці, проявляють тенденцію до індеферентного ставлення й ізоляції, на відміну від здорових хлопців, які цікавляться протилежною статтю й готові до співпраці.

Таким чином, виявлено, що у ЧХД вище рівень тривожності в сферах потреби в досягненні успіху, невідповідності очікуванням оточуючих, а також в ситуаціях перевірки знань і відносин з вчителями; система міжособистісних відносин характеризується емоційно домінуючою прихильністю до матері, при зменшенні прихильності до батька. ЧХД менш допитливі, менш товариські, їм характерно прагнення до усамітнення і відгородженості від оточуючих, вони відмовляються від спілкування в великій групі дітей, прагнуть її покинути, у них немає прагнення до лідерства; встановлено декілька домінуючих типів ставлення ЧХД до внутрішньосімейного типу взаємодії: відкидаючий тип (22%), характеризується низьким рівнем емоційних зв'язків у родині, у дитини відсутнє почуття спільності з родиною, дитина переживає почуття знедоленої

людини і покинутості, все це протікає поруч із негативним самостваленням і зниженою самооцінкою; вибірково-відкидаючий тип (25%) - характеризується неблагополуччям у сімейних взаєминах й негативному емоційному відношенні до одного з членів сім'ї та середнім рівнем емоційного зв'язку в сім'ї, почуттям власної меншовартості в житті сім'ї дитини, яка часто хворіє; коаліція з матір'ю (30%) - характеризуються емоційно близькими, довірчими стосунками між матір'ю і дитиною, при емоційному дистанціюванні від батька; «Кумир родинії» (14%) - характеризується наявністю дитячого егоцентризму, вихованням за типом «кумир родинії».

У ЧХД 8-11 років відсутній гендерний концепт, що вміщується в систему навколишньої дійсності, домінує гендерна настановка «індиферентність», яка свідчить про емоційну незначущість осіб протилежної статі в системі відносин, слабку статево-рольову диференціацію.

2.2 Ставлення до здоров'я студентів з узалежненою поведінкою в системі базових відношень

Найбільш суттєві відмінності у показниках компонентів ставлення до здоров'я між трьома групами досліджуваних визначені за практичним і вчинковим компонентом (табл. 2.2.1).

При цьому виявилось, що більш активно опікуються своїм здоров'ям студенти контрольної групи. Вони найбільш схильні відвідувати різні спортивні секції, робити спеціальні вправи, займатися оздоровчими процедурами, формувати в себе відповідні вміння й навички, вести здоровий спосіб життя в цілому.

**Середні значення показників компонентів ставлення до здоров'я по
групах студентів з тютюновою, алкогольною залежністю
і контрольної групи**

Компоненти ставлення до здоров'я	Групи						F	P
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Емоційний	5,0	0,92	5,2	1,01	5,0	0,94	0,289	0,75
Пізнавальний	5,1	0,94	5,3	1,02	5,1	0,87	0,155	0,86
Практичний	5,2	0,95	4,4	1,04	3,7	0,82	10,212	0,00
Вчинковий	5,1	0,84	5,8	0,64	4,6	0,51	7,187	0,00

Примітка: 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

Найменш виражений практичний компонент ставлення до здоров'я у студентів з алкогольною залежністю. Вони практично не включаються у практичну діяльність, пов'язану із турботою про власне здоров'я. Студенти із тютюновою залежністю займають за цим показником проміжну позицію між студентами контрольної групи і алкозалежними (табл. 2.2.2).

Разом із тим у тютюнозалежних студентів визначено найвищий показник вчинкового компоненту ставлення до здоров'я порівняно із студентами двох інших груп. Тютюнозалежні студенти найбільш активно прагнуть змінювати своє оточення: намагаються вплинути на ставлення до здоров'я оточуючих їх людей, стимулювати їх вести здоровий спосіб життя, пропагують різні засоби оздоровлення організму.

Найбільш низькі бали за цим компонентом ставлення до здоров'я отримані по групі алкозалежних студентів (табл. 2.2.2).

Таким чином, по групі тютюнозалежних визначене протиріччя між бажанням культивувати дієве позитивне ставлення до здоров'я у своєму оточенні і відносно пасивним ставленням до свого власного здоров'я. Студенти

із алкогольною залежністю найбільш пасивні у ставленні до власного здоров'я і здоров'я оточуючих у порівнянні зі студентами двох інших груп.

Таблиця 2.2.2

Відмінності у показниках компонентів ставлення до здоров'я по групах студентів з узалежненою поведінкою і контрольної групи

Компоненти ставлення до здоров'я	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
Емоційний	0,702	0,086	0,584
Пізнавальний	0,468	0,134	0,485
Практичний	2,646**	4,420***	2,080*
Вчинковий	2,975**	2,230*	4,937***

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні
 2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$; ** - відмінності значущі на рівні $p = 0,01$; *** - відмінності значущі на рівні $p = 0,001$.

Результати, отримані при вивченні показників життєвого стилю й рівня здоров'я, підтвердили визначену тенденцію щодо дієвості прояву ставлення до здоров'я у практичній сфері студентів контрольної групи і студентів із алкогольною і тютюновою залежністю: виявилось що за всіма проявами життєвого стилю, спрямованого на підтримку здоров'я (зарядка і фітнес, контроль вживання алкоголю, тютюну та інших хімічних речовин, превентивних оздоровчих практик і додаткових превентивних заходів, харчування і контролю ваги), найвищі показники спостерігаються по контрольній групі, а найнижчі – по групі алкозалежних студентів. За групою тютюнозалежних студентів показники значущо нижчі, ніж по контрольній групі, але більш високі, ніж по групі алкозалежних (табл. 2.2.3).

Така сама тенденція визначена і за рівнями духовного, соціального, екологічного здоров'я, а також інтернальності в області здоров'я.

Середні значення показників життєвого стилю й рівня здоров'я по групах студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи

Шкала	Групи						F	P
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Фізичне здоров'я	17,8	4,7	20,1	4,4	16,7	1,6	2,47	,094
Зарядка і фітнес	18,5	1,7	16,6	2,6	14,7	1,3	15,79	,000
Алкоголь, тютюн	20,3	5,3	16,9	6,1	12,0	1,7	10,45	,000
Превентивна практика	19,7	2,7	16,4	4,8	11,1	2,6	24,51	,000
Додаткові превентивні міри	19,9	2,2	16,3	3,6	11,1	1,9	42,78	,000
Харчування, контроль ваги	13,9	1,9	13,3	1,9	10,8	2,3	9,93	,000
Психологічне здоров'я	23,4	2,4	17,5	6,2	7,8	2,8	59,81	,000
Духовне здоров'я	23,5	2,6	16,1	7,4	9,5	1,3	41,36	,000
Соціальне здоров'я	24,6	1,6	18,3	6,8	11,0	1,9	46,43	,000
Екологічне здоров'я	19,9	3,2	15,7	5,5	1,4	0,4	20,27	,000
Інтернальність в області здоров'я	2,8	0,9	1,2	0,8	0,7	0,5	36,91	,000

Примітка: 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

За рівнем фізичного здоров'я найвищий показник визначений по групі тютюнозалежних студентів, який суттєво відрізняється від показника по групі студентів з алкогольною залежністю (табл. 2.2.4).

Відмінності у показниках життєвого стилю, рівня здоров'я та інтернальності в області здоров'я студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи

Шкала	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
Фізичне здоров'я	1,68	1,14	2,91**
Зарядка і фітнес	3,15**	5,58***	2,55**
Алкоголь, тютюн	1,90*	5,33***	3,20*
Превентивна практика	3,10**	7,06***	3,33**
Додаткові превентивні міри	4,35***	9,16***	4,96***
Харчування, контроль ваги	1,23	3,43***	3,38***
Психологічне здоров'я	3,29**	15,34***	5,67***
Духовне здоров'я	3,11**	20,80***	3,31**
Соціальне здоров'я	3,32**	19,82***	4,23***
Екологічне здоров'я	3,36**	9,92***	3,04**
Інтернальність в області здоров'я	4,69***	7,42***	1,99*

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні
 2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$; ** - відмінності значущі на рівні $p = 0,01$; *** - відмінності значущі на рівні $p = 0,001$.

З метою визначення факторної структури ставлення до здоров'я студентів контрольної групи було проведено факторний аналіз методом головних компонент з подальшим обертанням за принципом варімакс. На підставі власних значень факторів більше одиниці було виділено 5 факторів, сукупна дисперсія яких становить 77,474%. Перший фактор пояснює 25,016% дисперсії, другий фактор – 22,279%, третій фактор – 12,306%, четвертий фактор – 9,08%, п'ятий фактор – 8,793%. Результати факторизації даних представлені в табл. 2.2.5.

**Результати факторного аналізу ставлення до здоров'я студентів
контрольної групи**

Показники	Фактори				
	1	2	3	4	5
Фізичне здоров'я				,521	,508
Зарядка і фітнес	,934				
Алкоголь, тютюн	,933				
Превентивна практика					,865
Додаткові превентивні міри				,600	
Харчування, контроль ваги	,907				
Психологічне здоров'я		,933			
Духовне здоров'я		,888			
Соціальне здоров'я			,659		
Екологічне здоров'я		,707			
Емоційний компонент			,751		
Пізнавальний компонент		,952			
Практичний компонент	,939				
Вчинковий компонент			,649		
Інтернальність в області здоров'я				-,796	

За першим фактором найбільше навантаження має показник практичного компоненту ставлення до здоров'я (0,939). До нього також з позитивним навантаженням увійшли такі показники життєвого стилю, як зарядка і фітнес (0,934), алкоголь, тютюн (0,933), харчування, контроль ваги (0,907). Фактор відображає напрями реалізації практичного ставлення до здоров'я через регулярні фізичні вправи, контроль харчування і вживання алкоголю та тютюну, що дозволило надати йому назву «Життєві прояви практичного ставлення до здоров'я».

До другого фактору увійшли пізнавальний компонент ставлення до здоров'я (0,952), психологічне здоров'я (0,933), духовне здоров'я (0,888), екологічне здоров'я (0,707). Даний фактор відображає пізнавальний інтерес до здоров'я, що знаходить свої прояви в рівні психологічного, духовного й екологічного здоров'я. Даний фактор отримав назву «Гармонічність у проявах інтересу до здоров'я».

До третього фактору увійшли емоційний компонент ставлення до здоров'я (0,751), соціальне здоров'я (0,659) і вчинковий компонент ставлення до здоров'я (0,649). Зміст фактору вказує, що здатність насолоджуватися своїм здоров'ям, одержувати естетичне задоволення від здорового організму, чуйно реагувати на сигнали щодо стану організму пов'язана із прагненням змінювати своє оточення у напрямі більш здорового способу життя, що однак не порушує соціальних стосунків, не знижує їхньої якості. Виходячи зі змісту фактору, він отримав назву «Прояви емоційного ставлення до здоров'я у сфері соціальних стосунків особистості».

Четвертий фактор виявився двополюсним. До нього із різними знаками увійшли інтернальність в області здоров'я (-0,796), додаткові превентивні міри (0,6), фізичне здоров'я (0,521). Фактор відображає дві тенденції. По-перше, відповідальність щодо власного здоров'я при критичному ставленні до власного фізичного здоров'я і усвідомленні недостатнього використання додаткових превентивних мір збереження здоров'я. По-друге, приписування відповідальності за власне здоров'я випадку або іншим людям, некритичне ставлення до власного фізичного здоров'я, впевненість у непотрібності використання додаткових превентивних мір для збереження здоров'я. Виходячи із психологічного змісту фактору, він отримав назву «Відповідальність і критичність у ставленні до здоров'я».

До п'ятого фактору увійшли превентивна практика щодо збереження здоров'я (0,865) і фізичне здоров'я (0,508). Психологічний зміст фактору, який відображає використання превентивних мір для збереження фізичного здоров'я, обумовив його назву – «Превентивність у ставленні до фізичного здоров'я».

По групі студентів з тютюновою залежністю за результатами факторного аналізу було виділено 3 фактори, сукупна дисперсія яких становить 79,816%. Перший фактор пояснює 50,547% дисперсії, другий фактор – 19,466%, третій фактор – 9,803%. Результати факторизації даних представлені в табл. 2.6.

Перший фактор виявився двополюсним. До нього із позитивним знаком увійшли показники життєвого стилю «алкоголь, тютюн» (0,907), соціального здоров'я (0,905), екологічного здоров'я (0,865), фізичного здоров'я (0,864), духовного здоров'я (0,849), превентивної практики збереження здоров'я (0,849), зарядки і фітнесу (0,838), психологічного здоров'я (0,831), додаткових превентивних мір (0,796), пізнавального компоненту ставлення до здоров'я (0,650). З негативним знаком до фактору увійшов показник вчинкового компоненту ставлення до здоров'я (-0,645). Психологічний зміст фактору дозволив надати йому назву «Компенсаторність вчинкового компоненту ставлення до здоров'я».

До другого фактору увійшли харчування, контроль ваги (0,855) та емоційний компонент ставлення до здоров'я (0,806). Зміст фактору вказує, що здатність насолоджуватися своїм здоров'ям, одержувати естетичне задоволення від здорового організму, чуйно реагувати на сигнали щодо стану організму пов'язана із контролем власної ваги і якості харчування. Виходячи зі змісту фактору, він отримав назву «Емоційне задоволення від стрункості тіла».

До третього фактору увійшли практичний компонент ставлення до здоров'я (0,866) й інтернальність в області здоров'я (0,715). Фактор відображає тенденцію, згідно якої практичні дії щодо збереження власного здоров'я сполучаються із відповідальністю за нього, що дозволило надати йому назву «Дієва відповідальність щодо власного здоров'я».

**Результати факторного аналізу ставлення до здоров'я студентів з
тютюновою залежністю**

Показники	Фактори		
	1	2	3
Фізичне здоров'я	,864		
Зарядка і фітнес	,838		
Алкоголь, тютюн	,907		
Превентивна практика	,849		
Додаткові превентивні міри	,796		
Харчування, контроль ваги		,855	
Психологічне здоров'я	,831		
Духовне здоров'я	,849		
Соціальне здоров'я	,905		
Екологічне здоров'я	,865		
Емоційний компонент		,806	
Пізнавальний компонент	,650		
Практичний компонент			,866
Вчинковий компонент	-,645		
Інтернальність в області здоров'я			,715

По групі студентів з алкогольною залежністю за результатами факторного аналізу було виділено 3 фактори, сукупна дисперсія яких становить 84,087%. Перший фактор пояснює 55,846% дисперсії, другий фактор –17,378%, третій фактор –10,863%. Результати факторизації даних представлені в табл. 2.7.

До першого фактору, який виявився двополюсним, із позитивним знаком увійшли вчинковий компонент ставлення до здоров'я (0,963), практичний компонент ставлення до здоров'я (0,949), пізнавальний компонент ставлення до

здоров'я (0,906), емоційний компонент ставлення до здоров'я (0,883), а з негативним знаком – показники життєвого стилю «харчування, контроль ваги» (-0,702), додаткових превентивних мір збереження здоров'я (-0,637), духовного здоров'я (-0,611). Психологічний зміст фактору дозволив надати йому назву «Протиріччя ставлення до здоров'я й матеріальних і духовних засобів його збереження».

Таблиця 2.2.7

Результати факторного аналізу ставлення до здоров'я студентів з тютюновою залежністю

Показники	Фактори		
	1	2	3
Фізичне здоров'я			-,854
Зарядка і фітнес			,788
Алкоголь, тютюн		-,725	
Превентивна практика		,755	
Додаткові превентивні міри	-,637		
Харчування, контроль ваги	-,702	,668	
Психологічне здоров'я		,933	
Духовне здоров'я	-,611		
Соціальне здоров'я		,932	
Екологічне здоров'я			-,917
Емоційний компонент	,883		
Пізнавальний компонент	,906		
Практичний компонент	,949		
Вчинковий компонент	,963		
Інтернальність в області здоров'я			,646

До другого також двополюсного фактору увійшли психологічне здоров'я (0,933), соціального здоров'я (0,932), превентивна практика збереження

здоров'я (0,755), показники життєвого стилю «алкоголь, тютюн» (-0,725) і «харчування, контроль ваги» (0,668).

До третього фактору з різними знаками увійшли екологічне здоров'я (-0,917), фізичне здоров'я (-0,854), показник життєвого стилю «зарядка, фітнес» (0,788), інтернальність в області здоров'я (0,646).

Порівняння показників мотивів навчання у вузі по трьох групах досліджуваних із використанням однофакторного дисперсійного аналізу дозволило визначити, що за всіма видами мотивів між трьома групами студентів спостерігаються суттєві відмінності (табл. 2.2.8).

Таблиця 2.2.8

Середні значення показників мотивації навчання по групах студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи

Шкала	Групи						F	P
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Придбання знань	8,5	1,21	8,8	1,3	6,9	0,76	9,845	,000
Оволодіння професією	5,8	0,51	6,0	1,0	5,3	0,24	3,553	,035
Отримання диплому	6,1	0,98	6,3	1,1	5,1	0,44	5,594	,006

Примітка: 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

Зараз дослідникам вже не доводиться сумніватися в тому, що успішність студентів залежить в основному від розвитку навчальної мотивації, а не тільки від природних здібностей. Між цими двома чинниками існує складна система взаємозв'язків. За певних умов (зокрема, при високому інтересі особи до конкретної діяльності) може включатися так званий компенсаторний механізм. Недолік здібностей при цьому заповнюється розвитком мотиваційної сфери (інтерес до предмету, усвідомленість вибору професії та ін.), і студент добивається великих успіхів.

Проте справа не тільки в тому, що здібності і мотивація знаходяться в діалектичній єдності, і кожен з них певним чином впливає на рівень успішності. Дослідження, проведені у вузах, показали, що сильні і слабкі студенти

відрізняються зовсім не за інтелектуальними показниками, а по тому, в якому ступені у них розвинена професійна мотивація.

Мотиви студентів, пов'язані з майбутнім, починають спонукати навчальну діяльність. Одним із основних мотивів навчання по групах студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи виступає мотив «Придбання знань». В цьому випадку мотивація до навчання – це активізація рушійної енергії, що приводить людину у стан активних дій; чим вища нагорода за старання, тим більше активується мотиваційний механізм. Для ефективності навчальної діяльності мотивація має обумовлюватись інтелектуальною ініціативою та пізнавальними інтересами.

Наступним мотивом виступає «Оволодіння професією», яке передбачає: необхідність якісної освіти, якої прагне кожний студент; позитивне ставлення до професії і навчання, потреба набувати знання і зацікавленість у цьому та набуття додаткової інформації самостійно; спрямованість активності особистості студента на розвиток його загальнопрофесійних якостей і відповідних спеціальних здібностей; наявність внутрішніх стимулів студентів у діяльності та саморозвитку.

Стосовно навчальної діяльності студентів в системі вузівської освіти під професійною мотивацією розуміється сукупність чинників і процесів, які, відбиваючись в свідомості, спонукають і направляють особу до вивчення майбутньої професійної діяльності. Професійна мотивація виступає як внутрішній рушійний чинник розвитку професіоналізму і особи, оскільки тільки на основі її високого рівня формування, можливий ефективний розвиток професійної і утвореної культури особи.

Навчальна мотивація визначається як вид мотивації, включений в певну діяльність, – в даному випадку діяльність учення. Як підкреслює, провідний психолог, що займається вивченням мотивації учбової діяльності А. Маркова, мотивація учення складається з ряду тих, що постійно змінюються і вступаючих в нові покоління один з одним спонуки. Тому становлення мотивації є не просте зростання позитивного або посилювання негативного

ставлення до учіння, а ускладнення структури мотиваційної сфери, що стоїть за ним, вхідних в неї спонук» [139].

Серед основних мотивів навчання, обраних у нашому дослідженні, мотив «Придбання знань» реалізується за допомогою двох функцій: одержання інформації ззовні і її систематизації знань. Мотив набуття професійних знань є одним із важливих факторів, що сприяють активності студентів у процесі навчання.

Аналіз педагогічної літератури [1. 178с]. дає підстави стверджувати, що до 10% студентів розпочинають навчальний рік зі слабкою мотивацією до навчання, невпевненістю у правильності вибору професії.

Важливе значення має роль викладача щодо мотивації студентів на професії, які вони обрали в вищому навчальному закладі та підтримка даної мотивації на тому рівні, який буде сприяти успішному засвоєнню обраної професії чи спеціальності (процесуальна складова мотивації). У багатьох випадках процесуальний компонент мотивації не завжди підтримується на відповідному рівні (матеріальна база навчального закладу, відносини в студентському колективі, відношення до роботи викладачів тощо). Через те результативний компонент мотивації, за С. Занюком, відіграє провідну роль у детермінації діяльності, особливо, якщо процесуальний компонент викликає негативні емоції [70]. Проте, саме процесуальний компонент мотивації відіграє ключову роль в оволодінні студентами майбутньою професією.

За всіма видами мотивів студенти з тютюновою залежністю суттєво не відрізняються від студентів контрольної групи. Разом із тим визначено значно нижчі показники мотивів придбання знань, оволодіння професією, отримання диплому по групі алкогольнозалежних студентів у порівнянні з групою тютюнозалежних і контрольною групою (табл. 2.2.9).

Відмінності у показниках мотивації навчання по групах студентів з узалежненою поведінкою і контрольної групи

Компоненти ставлення до здоров'я	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
Придбання знань	0,912	4,01 ^{***}	4,308 ^{***}
Оволодіння професією	0,95	2,96 ^{**}	2,141 [*]
Отримання диплому	1,096	2,81 ^{**}	3,567 ^{***}

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$; ** - відмінності значущі на рівні $p = 0,01$; *** - відмінності значущі на рівні $p = 0,001$.

Ставлення до навчальної діяльності включає в себе не тільки мотиваційний, але й емоційний компонент. Якщо мотивація стимулює певні види поведінки, головним чином ті, які дозволяють досягати певних цілей, то емоції слугують розвитку суб'єктивних переживань, пов'язаних з процесом і результатом досягнення цілей. Емоційний компонент ставлення до навчальної діяльності полягає в задоволеності діяльністю. Якщо задоволення - емоційний стан, що виникає внаслідок реалізації мотиву, внаслідок досягнення цілей [44; 55], то задоволеність, на думку більшості психологів, – це ставлення до виконуваної діяльності, способу життя [23].

Задоволеність навчальною діяльністю розуміється як емоційно-оцінне ставлення студентів до навчальної діяльності і до умов її протікання та включає в себе ставлення до різних аспектів навчальної діяльності студентів. Задоволеність навчальною діяльністю в студентський період виступає одним з факторів, що впливають на прийняття рішень про продовження навчальної діяльності. Студенти на підставі позитивного ставлення до навчальної діяльності мають довготривалу мотиваційну установку на її виконання. Задоволеність підсилює їх мотиви, слугує основою, змістовною стороною мотиву і пояснює чому саме людина займається даною діяльністю.

Порівняння показників задоволеності навчанням у вузі по трьох групах досліджуваних дозволило визначити, що за всіма шкалами між трьома групами студентів спостерігаються суттєві відмінності (табл. 2.2.10).

Таблиця 2.2.10

Середні значення показників задоволеності навчальною діяльністю по групах студентів з узалежненою поведінкою і контрольної групи

Задоволеність	Групи						F	P
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
навчальним процесом	2,46	0,47	2,62	0,36	2,14	0,35	4,02	,023
виховним процесом	2,86	0,43	2,86	0,55	2,19	0,38	8,67	,000
обраною професією	2,60	0,52	2,67	0,54	2,15	0,25	3,87	,026
взаєминами однокурсниками	3 2,61	0,49	2,23	0,42	1,67	0,31	17,29	,000
взаємодією викладачами	3 2,73	0,38	2,68	0,35	1,93	0,43	17,53	,000
побутом, здоров'ям	2,39	0,33	2,35	0,32	1,70	0,41	16,35	,000

Примітка: 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

Так студенти з тютюновою залежністю відрізняються від студентів контрольної групи більш низьким показником задоволеності взаєминами з однокурсниками (табл. 2.11).

Студенти з алкогольною залежністю відрізняються від студентів як контрольної групи, так і групи студентів з тютюновою залежністю більш низькими показниками задоволеності навчальним процесом, задоволеності виховним процесом, задоволеності обраною професією, задоволеності взаєминами з однокурсниками, задоволеності взаємодією з викладачами, задоволеність побутом і здоров'ям.

**Відмінності у показниках складових задоволеності навчальною діяльністю
по групах студентів з узалежненою поведінкою і
контрольної групи**

Задоволеність	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
навчальним процесом	1,272	2,289*	3,404**
виховним процесом	0,008	4,389***	3,763**
обраною професією	0,432	2,623**	3,359**
взаєминами з однокурсниками	2,701**	5,593***	3,982***
взаємодією з викладачами	0,469	5,212***	4,593***
побутом, здоров'ям	0,461	4,840***	4,283***

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$; ** - відмінності значущі на рівні $p = 0,01$; *** - відмінності значущі на рівні $p = 0,001$.

Таким чином, студенти з алкогольною залежністю відрізняються менш вираженою мотивацією навчання всіх видів та меншою задоволеністю всіма аспектами навчальної діяльності і способу життя, пов'язаного із навчанням у виші, порівняно із студентами з тютюновою залежністю та студентами контрольної групи. Тютюнозалежні студенти відрізняються від студентів, які не мають тютюнової та алкогольної залежності, тільки меншою задоволеністю взаєминами з однокурсниками.

Порівняння показників локусу контролю щодо навчальної діяльності по трьох групах досліджуваних із використанням однофакторного дисперсійного аналізу дозволило визначити суттєві відмінності за шкалами інтернальності в області невдач і в області виробничих стосунків між трьома групами студентів (табл. 2.12). Попарне порівняння показників локусу контролю щодо навчальної діяльності по трьох групах досліджуваних показало, що студенти з алкогольною і тютюновою залежністю відрізняються від студентів контрольної групи більш низькими показниками інтернальності в області невдач.

Середні значення показників локусу контролю щодо навчальної діяльності по групах студентів з uzалежненою поведінкою і контрольної групи

Шкали інтернальності	Групи						F	p
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
в області досягнень	6,89	2,18	6,00	2,14	8,00	2,78	2,57	,086
в області невдач	6,60	0,96	5,67	1,64	4,40	1,95	11,53	,000
в області виробничих стосунків	4,86	1,04	4,00	1,28	4,50	0,84	3,08	,049

Примітка: 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

Крім того у тютюнозалежних студентів визначено більш низькі показники інтернальності в області виробничих стосунків порівняно з контрольною групою і інтернальності в області досягнень порівняно зі студентами з алкогольною залежністю (табл. 2.2.13).

Таблиця 2.2.13

Відмінності у показниках локусу контролю щодо навчальної діяльності по групах студентів з uzалежненою поведінкою і контрольної групи

Шкали інтернальності	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
в області досягнень	1,421	1,351	2,125*
в області невдач	2,194*	3,424**	1,736
в області виробничих стосунків	2,421*	0,955	1,101

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$; ** - відмінності значущі на рівні $p = 0,01$; *** - відмінності значущі на рівні $p = 0,001$.

За результатами проведеного кореляційного аналізу було визначено, що з мотивом набуття знань по контрольній групі позитивно корелюють показники

психологічного здоров'я, духовного здоров'я, екологічного здоров'я, пізнавального й вчинкового компонентів ставлення до здоров'я, (табл. 2.14).

Чим більше студентів мотивує до навчання набуття знань, тим більше високим виявляється рівень їхнього психологічного, духовного, екологічного здоров'я, тим більше вони проявляють інтерес до власного здоров'я й реалізують його у певних діях і намагаються впливати на своє оточення щодо ведення здорового способу життя. вчинках.

Чим більше навчання студентів контрольної групи вмотивоване оволодінням професією, тим більшою мірою вони здатні емоційно насолоджуватися власним здоров'ям, проявляти інтерес до проблем здоров'я й реалізовувати цей інтерес у власних вчинках, а також вмотивовувати інших до ведення здорового способу життя. Практичними проявами позитивного ставлення до власного здоров'я можуть розглядатися, згідно отриманим результатам, заняття фізичною культурою, увага до питань власного харчування й контролю ваги, схильність до запобігання вживання алкоголю, тютюну та інших хімічних речовин.

З мотивацією отримання диплому по контрольній групі не корелює жодний з показників ставлення до здоров'я.

Вивчення кореляційних зв'язків між показниками ставлення до здоров'я та задоволеності студентів контрольної групи навчальною діяльністю показало, що чим більше вони опікуються своїм фізичним здоров'ям, застосовують для цього певні превентивні практики, тим більшою мірою вони задоволені побутом, дозвіллям, здоров'ям.

Чим менше уваги вони приділяють контролю власної ваги й харчуванню, більше схильні до вживання алкоголю й тютюну, менш активно турбуються про своє здоров'я у практичній сфері, тим більше вони задоволені виховним процесом у виші, що може вказувати на те, що при таких проявах ставлення до здоров'я студенти не відчувають на собі дієвих виховних впливів.

**Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я і мотивації
навчання у виші по контрольній групі студентів**

Показники життєвого стилю, рівня здоров'я, інтернальності в області здоров'я, компонентів ставлення до здоров'я	Мотивація навчання		
	набуття знань	оволодіння професією	отримання диплому
Фізичне здоров'я	,007	,185	,125
Зарядка і фітнес	,101	,633**	,124
Алкоголь/тютюн	,098	,359**	,073
Превентивна практика	,140	-,119	-,157
Додаткові превентивні міри	-,177	-,115	,019
Харчування, контроль ваги	-,005	,274*	-,027
Психологічне здоров'я	,311**	,012	-,216
Духовне здоров'я	,378**	,159	-,063
Соціальне здоров'я	,059	,152	-,048
Екологічне здоров'я	,343**	,151	-,001
Інтернальність в області здоров'я	-,016	,058	,111
Емоційний компонент	-,148	,395*	,222
Пізнавальний компонент	,765**	-,076	-,215
Практичний компонент	,031	,690**	-,020
Вчинковий компонент	,345*	,409*	,056

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Чим більше студенти проявляють інтерес до проблем здоров'я, беруть на себе відповідальність за власне здоров'я, тим більше вони задоволені навчальним процесом у виші. Достатньо зрозумілою є позитивна кореляція показника соціального здоров'я із задоволеністю взаєминами з однокурсниками.

Показник соціального здоров'я також позитивно пов'язаний із задоволеністю обраною професією. Разом із тим показник духовного здоров'я негативно пов'язаний із задоволеністю взаємодією з викладачами, з чого можна зробити висновок, що взаємодія з викладачами не задовольняє духовні потреби студентів даної групи (табл. 2.2.15).

Чим більше студенти контрольної групи схильні вважати себе причиною власних невдач, тим менше вони піклуються про своє фізичне здоров'я, займаються зарядкою або фітнесом, контролюють вживання алкоголю/тютюну, харчування і ваги свого тіла. Разом із тим приписування собі заслуг щодо власних досягнень прямо пов'язане із схильністю до використання превентивних практик щодо збереження здоров'я (табл. 2.2.16).

По групі залежних від тютюну студентів було визначено лише дві значущі кореляції показників ставлення до здоров'я й мотивації навчання, а саме: показник фізичного здоров'я позитивно корелює з мотивацією отримання диплому, а пізнавальний компонент ставлення до здоров'я негативно пов'язаний із мотивом оволодіння професією (табл. 2.2.17).

Значно більше кореляційних зв'язків визначено між показниками ставлення до здоров'я і задоволеності навчальною діяльністю студентів даної групи, але більшість з цих кореляційних зв'язків є негативними (табл. 2.2.18).

Виявилося, що чим більше студенти з тютюновою залежністю задоволені обраною професією, тим менше вони опікуються своїм фізичним здоров'ям, займаються зарядкою та фітнесом, застосовують превентивні оздоровчі практики, але більшою мірою схильні до вживання алкоголю і тютюну. Крім того в таких студентів менші показники отримані за такими видами здоров'я, як психологічне, духовне, соціальне та екологічне, але вони більш схильні до активної зміни свого оточення щодо стимулювання оточуючих вести здоровий спосіб життя.

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й задоволеності студентів контрольної групи навчальною діяльністю

Показники життєвого стилю, рівня здоров'я, інтернальності в області здоров'я, компонентів ставлення до здоров'я	Задоволеність					
	НП	ВП	Проф	Однок	Викл	ПЗ
Фізичне здоров'я	-,014	,211	,155	,198	,182	,288**
Зарядка і фітнес	-,096	-,217	,101	-,156	-,045	-,062
Алкоголь/тютюн	-,213	-,303*	-,004	-,212	-,071	,071
Превентивна практика здоров'я	-,014	,067	,193	,160	,177	,288*
Додаткові превентивні заходи	,123	,043	,076	-,196	,157	,127
Харчування, контроль ваги	-,124	-,286*	,151	-,206	,034	-,006
Психологічне здоров'я	-,208	-,103	-,176	-,042	-,211	,095
Духовне здоров'я	-,210	-,098	-,219	-,128	-,266*	,108
Соціальне здоров'я	,133	,113	,318**	,310**	,227	,218
Екологічне здоров'я	-,081	,032	-,049	-,067	,154	,017
Інтернальність в області здоров'я	,285*	-,065	,272	-,018	,168	,082
Емоційний компонент	-,175	-,098	-,098	,163	-,041	-,017
Пізнавальний компонент	,788**	-,037	-,236	,025	-,300	,050
Практичний компонент	,034	-,349*	,033	-,229	-,029	-,084
Вчинковий компонент	,292	,096	-,072	,278	-,013	,132

Примітка: 1. НП - навчальним процесом, ВП - виховним процесом, Проф - обраною професією, Однок взаєминами з однокурсниками, Викл - взаємодією з викладачами, ПЗ - побутом, дозвіллям, здоров'ям;

2. * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

**Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я та інтернальності
щодо навчальної діяльності по контрольній групі**

Показники життєвого стилю, рівня здоров'я, інтернальності в області здоров'я, компонентів ставлення до здоров'я	Інтернальність		
	щодо досягнень	щодо невдач	в області виробничих відносин
Фізичне здоров'я	,064	-,257*	,209
Зарядка і фітнес	-,219	-,362**	,111
Алкоголь/ тютюн	,000	-,322**	,179
Превентивна практика	,223*	,116	-,024
Додаткові превентивні міри	-,158	-,149	,029
Харчування, контроль ваги	-,055	-,358**	,195
Психологічне здоров'я	-,004	,166	-,003
Духовне здоров'я	,040	-,071	-,063
Соціальне здоров'я	,112	-,098	-,215
Екологічне здоров'я	-,125	-,007	,226
Інтернальність в області здоров'я	,115	-,203	-,033
Емоційний компонент	,178	,118	,054
Пізнавальний компонент	,029	,182	-,010
Практичний компонент	-,159	-,262**	,146
Вчинковий компонент	,162	,115	-,078

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

**Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й мотивації
навчання у виші по групі студентів, залежних від тютюну**

Показники життєвого стилю, рівня здоров'я, інтернальності в області здоров'я, компонентів ставлення до здоров'я	Мотивація навчання		
	набуття знань	оволодіння професією	отримання диплому
Фізичне здоров'я	,114	-,045	,315*
Зарядка і фітнес	,173	-,144	,125
Алкоголь/тютюн	,146	,015	,138
Превентивна практика	,101	,018	,145
Додаткові превентивні міри	,135	-,199	,047
Харчування, контроль ваги	-,095	-,146	-,123
Психологічне здоров'я	,162	-,224	,092
Духовне здоров'я	,122	-,153	,137
Соціальне здоров'я	,192	-,040	,193
Екологічне здоров'я	,060	-,104	,134
Інтернальність в області здоров'я	-,016	,058	,111
Емоційний компонент	,069	,037	,219
Пізнавальний компонент	-,173	-,246*	,203
Практичний компонент	-,007	-,129	-,215
Вчинковий компонент	-,065	-,017	-,097

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$.

Задоволеність взаєминами з однокурсниками по даній групі студентів прямо пов'язана зі схильністю до занять зарядкою та фітнесом, до застосування превентивних оздоровчих практик, із рівнем психологічного, духовного, соціального й екологічного здоров'я.

**Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й задоволеності
навчальною діяльністю студентів з тютюновою залежністю**

Показники життєвого стилю, рівня здоров'я, інтернальності в області здоров'я, компонентів ставлення до здоров'я	Задоволеність					
	НП	ВП	Проф	Однок	Викл	ПЗ
Фізичне здоров'я	-,175	,123	-,260*	,163	-,225	,201
Зарядка і фітнес	-,208	,040	-,377**	,247*	,008	,211
Алкоголь/тютюн	,036	,343	-,298**	,463	,039	,229
Превентивна практика здоров'я	-,159	-,126	-,320*	,269*	-,200	,138
Додаткові превентивні заходи	-,215	,251	-,374**	,216	,037	,196
Харчування, контроль ваги	-,186	-,409	-,218	,074	-,228	,100
Психологічне здоров'я	-,188	,115	-,316**	,239*	-,053	,183
Духовне здоров'я	-,180	,174	-,239*	,276*	-,168	,161
Соціальне здоров'я	-,210	,156	-,369**	,282*	-,166	,133
Екологічне здоров'я	-,189	,013	-,346**	,269*	-,212	,116
Інтернальність в області здоров'я	,285**	-,065	,272	-,018	,168	,082
Емоційний компонент	-,186	-,154	-,217	-,016	-,223	,185
Пізнавальний комп.	-,204	,142	-,171	,226	-,092	,278*
Практичний комп.	,163	,070	,082	-,053	,248*	,055
Вчинковий компонент	,197	,224	,288**	-,208	,181	-,217

Примітка: 1. НП - навчальним процесом, ВП - виховним процесом, Проф - обраною професією, Однок - взаєминами з однокурсниками, Викл - взаємодією з викладачами ПЗ - побутом, здоров'ям;

2. * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Чим більшою мірою студенти з тютюновою залежністю задоволені навчальним процесом, тим більше вони схильні брати на себе відповідальність за стан власного здоров'я.

За даною групою студентів також виявлено позитивні кореляційні зв'язки пізнавального компоненту ставлення до здоров'я із задоволеністю побутом, дозвіллям і здоров'ям, а практичного компоненту – із задоволеністю взаємодією з викладачами (табл. 2.18). Тобто, студенти тим більше задоволені власним здоров'ям, чим більше вони проявляють пізнавальний інтерес до питань, пов'язаних із здоров'ям, активно шукають відповіді на ці питання, а не лише сприймають інформацію про здоров'я, яка надходить від інших людей.

Взаємодія студентів даної групи з викладачами сприймається більш позитивно за умови того, що студенти активно включаються у різні практичні дії, спрямовані на турботу про своє здоров'я. Виходячи з того, що частина питань даної шкали методики «Індекс ставлення до здоров'я» спрямована на визначення того, чи досліджуваний сам виступає ініціатором оздоровчих дій, чи він припускає, що вони будуть організовані іншими людьми, отриманий результат може вказувати, що тютюнозалежні студенти схвально ставляться до того, щоб ініціатором їхніх оздоровчих практик виступив викладач. Дана особливість студентів із тютюновою залежністю може бути використана в ході організації з ними виховної роботи у виші.

Серед показників інтернальності щодо навчальної діяльності по групі студентів з тютюновою залежністю із показниками ставлення до здоров'я корелюють лише інтернальність в області виробничих відносин з зарядкою та фітнесом і емоційним компонентом ставлення до здоров'я, а показник інтернальності в області здоров'я з інтернальністю щодо досягнень. Всі визначені кореляції є позитивними (табл. 2.19).

Тобто, чим більше студенти з тютюновою залежністю вважають себе, свої дії важливим чинником організації власної діяльності, тим більше вони займаються спортом, фізичними вправами і здатні насолоджуватися своїм здоров'ям, отримувати естетичне задоволення від здорового організму. Чим більше вони вважають, що всього самого важливого у своєму житті вони добилися самі і здатні з успіхом йти до заданої мети в майбутньому, тим більше вони беруть на себе відповідальності за своє здоров'я.

Таблиця 2.2.19

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й інтернальності щодо навчальної діяльності по групі студентів з тютюновою залежністю

Показники життєвого стилю, рівня здоров'я, інтернальності в області здоров'я, компонентів ставлення до здоров'я	Інтернальність		
	щодо досягнень	щодо невдач	в області виробничих відносин
Фізичне здоров'я	-,137	,269	-,021
Зарядка і фітнес	,116	,239	,353*
Алкоголь/ тютюн	-,050	,078	,195
Превентивна практика	-,138	,065	,105
Додаткові превентивні міри	-,038	,135	,221
Харчування, контроль ваги	-,014	,012	,142
Психологічне здоров'я	-,027	,064	,193
Духовне здоров'я	-,130	,086	,224
Соціальне здоров'я	-,048	,087	,216
Екологічне здоров'я	-,084	,207	,199
Інтернальність в області здоров'я	,349*	,091	-,175
Емоційний компонент	,019	,210	,272*
Пізнавальний компонент	-,098	,198	,172
Практичний компонент	,216	,020	-,151
Вчинковий компонент	,219	,087	-,144

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$.

По групі студентів з алкогольною залежністю визначено лише один статистично значущий кореляційний зв'язок між показником фізичного здоров'я й навчальним мотивом оволодіння професією, тобто чим більше студенти цієї групи прагнуть оволодіти професійними знаннями й сформувати професійно важливі якості, тим більше вони опікуються своїм фізичним здоров'ям (табл. 2.2.20)

Таблиця 2.2.20

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й мотивації навчання у виші по групі студентів, залежних від алкоголю

Показники життєвого стилю, рівня здоров'я, інтернальності в області здоров'я, компонентів ставлення до здоров'я	Мотивація навчання		
	набуття знань	оволодіння професією	отримання диплому
Фізичне здоров'я	,320	,652*	,307
Зарядка і фітнес	-,099	-,099	-,094
Алкоголь/тютюн	,614	-,196	-,061
Превентивна практика	-,282	-,248	-,020
Додаткові превентивні міри	-,429	-,386	,351
Харчування, контроль ваги	-,310	-,342	,058
Психологічне здоров'я	-,438	-,257	,081
Духовне здоров'я	-,212	-,018	-,088
Соціальне здоров'я	-,523	-,212	-,051
Екологічне здоров'я	,327	,254	,064
Інтернальність в області здоров'я	-,286	-,066	-,088
Емоційний компонент	,062	,146	-,264
Пізнавальний компонент	,108	,256	-,031
Практичний компонент	,108	,256	-,031
Вчинковий компонент	,108	,256	-,031

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$.

Чим більше задоволені алкозалежні студенти навчальним процесом і обраною професією, тим менше вони схильні до занять зарядкою і фітнесом; чим більше вони задоволені обраною професією, тим менше беруть на себе відповідальність за стан власного здоров'я (табл. 2.2.21).

Таблиця 2.2.21

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й задоволеності навчальною діяльністю студентів з алкогольною залежністю

Показники життєвого стилю, рівня здоров'я, інтернальності в області здоров'я, компонентів ставлення до здоров'я	Задоволеність					
	НП	ВП	Проф	Однок	Викл	ПЗ
Фізичне здоров'я	,365	,032	,410	,271	-,485	,460
Зарядка і фітнес	-,849**	,296	-,655*	-,025	,281	-,128
Алкоголь/тютюн	-,077	-,018	,217	,129	,031	,065
Превентивна практика здоров'я	-,138	-,436	-,452	-,293	,133	-,328
Додаткові превентивні заходи	-,187	-,212	,151	,006	,340	-,251
Харчування, контроль ваги	,067	-,585	-,039	,022	,467	-,593
Психологічне здоров'я	,321	-,508	-,142	-,468	,149	-,312
Духовне здоров'я	-,372	-,149	-,402	-,152	,388	-,421
Соціальне здоров'я	,259	-,465	-,183	-,470	,169	-,426
Екологічне здоров'я	,395	-,269	,311	,532	-,121	,099
Інтернальність в області здоров'я	-,247	-,018	-,689*	-,502	,204	-,276
Емоційний компонент	,267	,464	,047	-,112	-,456	,453
Пізнавальний компонент	,309	,369	,025	-,309	-,672*	,640*
Практичний компонент	,309	,369	,025	-,309	-,672*	,640*
Вчинковий компонент	,309	,369	,025	-,309	-,672*	,640*

Примітка: 1. НП - навчальним процесом, ВП - виховним процесом, Проф - обраною професією, Однок - взаєминами з однокурсниками, Викл - взаємодією з викладачами ПЗ - побутом, здоров'ям;

2. * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Крім того, чим більше у студентів даної групи розвинуті пізнавальний, практичний і вчинковий компоненти ставлення до здоров'я, тим більше вони задоволені власним побутом, дозвіллям і здоров'ям і менше задоволені взаєминами з викладачами (табл. 2.21).

Чим більше студенти вважають себе, свої дії важливим чинником організації власної діяльності, тим більше вони контролюють вживання алкоголю та тютюну (табл. 2.2.22).

Таблиця 2.2.22

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й інтернальності щодо навчальної діяльності по групі студентів з алкогольною залежністю

Показники життєвого стилю, рівня здоров'я, інтернальності в області здоров'я, компонентів ставлення до здоров'я	Інтернальність		
	щодо досягнень	щодо невдач	в області виробничих відносин
Фізичне здоров'я	-,10	-,50	-,21
Зарядка і фітнес	-,13	,55	-,26
Алкоголь/ тютюн	,24	-,21	,64*
Превентивна практика	,06	,76*	-,33
Додаткові превентивні міри	,31	,49	-,31
Харчування, контроль ваги	,00	,58	-,06
Психологічне здоров'я	,01	,48	-,18
Духовне здоров'я	-,41	,45	-,15
Соціальне здоров'я	-,10	,41	-,20
Екологічне здоров'я	-,09	-,17	,05
Інтернальність в області здоров'я	,35	,15	,21
Емоційний компонент	,06	-,55	,23
Пізнавальний компонент	,25	-,49	-,13
Практичний компонент	,27	-,31	-,04
Вчинковий компонент	,21	-,38	,00

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$.

Чим більш розвинене у студентів з алкогольною залежністю відчуття суб'єктивного контролю щодо негативних подій і ситуацій, що виявляється в схильності звинувачувати самого себе у всіляких неприємностях і невдачах, тим більше вони застосовують превентивні практики для підтримки свого здоров'я (табл. 2.2.22).

За всіма складовими ставлення до себе окрім показників самоприйняття, самоприв'язаності та самозвинувачення між групами студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи спостерігаються статистично значущі відмінності (табл. 2.2.23).

За шкалою закритості більш низькі показники, ніж по двох інших групах виявлені у студентів з алкогольною залежністю, тобто алкозалежні студенти більш закриті, майже нездатні усвідомлювати і видавати значиму інформацію про себе, на відміну від студентів контрольної групи і курців, які схильні до більш глибокого усвідомлення свого «Я», підвищеної рефлексивності й критичності, здатності не приховувати від себе й інших навіть неприємну інформацію, не дивлячись на її значущість (табл. 2.2.24).

За шкалою самовпевненості найвищі показники спостерігаються по групі алкозалежних студентів, порівняно із двома іншими групами; таким чином, студенти з алкогольною залежністю більш самовпевнені, у них практично відсутня внутрішня напруженість, на відміну від студентів, залежних від тютюну, а також студентів контрольної групи, які у більшій мірі незадоволенню собою та своїми можливостями й сумніваються у своїй здатності викликати повагу в інших.

Середні значення показників ставлення до себе по групах студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи

Виміри ставлення до себе	Групи						F	P
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Закритість	4,17	,60	4,61	1,24	5,5	0,53	10,56	,000
Самовпевненість	4,74	,95	4,83	1,15	5,9	1,20	4,71	,01
Самокерування	7,74	1,44	6,16	2,38	5,2	1,32	10,65	,000
Відображене ставлення до себе	7,93	1,36	6,28	2,74	5,0	1,05	12,91	,000
Самоцінність	4,43	0,91	5,50	1,10	6,2	0,79	16,63	,000
Самоприйняття	4,32	2,60	4,33	2,11	4,8	0,92	,36	,697
Самоприв'язаність	6,82	2,14	6,11	2,27	6,4	1,27	,74	,481
Внутрішня конфліктність	4,68	1,35	5,72	1,41	5,6	0,84	3,93	,025
Самозвинувачення	4,87	1,20	4,94	1,73	4,6	1,35	,21	,815

Примітка: 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

Узалеженні студенти обох груп показали значно нижчий результат за самокерування, як виміром ставлення до себе, у порівнянні із контрольною групою. Тобто як алкозалежні, так і тютюнозалежні студенти схильні відчувати нездатність протистояти долі, регулювати власні стани й поведінку в цілому, у них слабше виражена тенденція вбачати причини власних вчинків і їх результатів в самих собі, тоді, як студенти контрольної групи вважають, що їх доля знаходиться в їх власних руках, вони відчують обґрунтованість і послідовність своїх внутрішніх спонук і цілей.

Узалеженні студенти обох груп також показали значно нижчий результат за таким відображеним ставленням до себе порівнянно із контрольною групою. Тобто, студенти контрольної групи більшою мірою вважають, що їх

особистість, характер і діяльність здатні викликати в інших повагу, симпатію, схвалення й розуміння, на відміну від тютюнозалежних студентів, а також студентів з алкогольною залежністю, які чекають протилежного ставлення по відношенню до себе від інших.

Таблиця 2.2.24

Відмінності у показниках компонентів ставлення до себе по групах студентів з узалежненою поведінкою і контрольної групи

Виміри ставлення до себе	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
Закритість	1,426	6,620^{***}	2,142[*]
Самовпевненість	0,287	2,814^{**}	2,32[*]
Самокерування	2,586[*]	5,127^{***}	1,38
Відображене ставлення до себе	2,554[*]	6,484^{***}	1,408
Самоцінність	3,552^{***}	5,542^{***}	1,947
Самоприйняття	0,312	0,825	0,809
Самоприв'язаність	1,109	0,599	0,369
Внутрішня конфліктність	2,417[*]	2,420[*]	0,287
Самозвинувачення	0,128	0,599	0,583

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні
 2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$; ** - відмінності значущі на рівні $p = 0,01$; *** - відмінності значущі на рівні $p = 0,001$.

За шкалою самоцінності результати узалежнених студентів також відрізняються від результатів контрольної групи. Але в даному разі по групах узалежнених визначені більш високі показники, ніж в контрольній групі. Тобто, узалежені студенти більшою мірою відчують цінності власної особистості, тоді як студенти контрольної групи більш схильні до сумнівів у цінності власної особистості.

В узалежнених студентів обох груп виявлені значно вищі показники внутрішньої конфліктності у порівнянні із контрольною групою. Таким чином, студенти з тютюновою і алкогольною залежністю більш схильні до внутрішніх конфліктів, сумнівів, незгоди з собою, тривожно-депресивних станів, що супроводжуються переживанням відчуття провини, неадекватно заниженої самооцінки, що приводить до сумнівів в своїй здатності щось зробити або змінити.

Вивчення особливостей взаємозв'язку ставленням до здоров'я і до себе у студентів контрольної групи показало, що чим більш уважно студенти ставляться до свого фізичного здоров'я, тим більш позитивно, на їхню думку, до них ставляться інші люди.

Студенти контрольної групи, ставлення до себе яких характеризується самозвинуваченням і самоприв'язаністю, більше уваги приділяють зарядці й фітнесу, не схильні до вживання алкоголю і тютюну. Крім того, при зростанні схильності студентів до самозвинувачення, вони більшою мірою опікуються якістю свого харчування й вагою власного тіла (табл. 2.25).

Переживання цінності власної особистості прямо пов'язано зі схильністю до застосування додаткових превентивних оздоровчих заходів та увагою до харчування і контролю ваги.

Показник духовного здоров'я позитивно пов'язаний з такими вимірами ставлення до себе, як самоприв'язаність і внутрішня конфліктність. Чим більш емоційно ставляться до власного здоров'я студенти контрольної групи, тим більш впевненими вони себе почувають, більш прив'язані до усталеного образу «Я», а причини своїх вчинків та їх результатів схильні шукати в зовнішніх обставинах та інших людях. Із самоприв'язаністю також прямо пов'язані практичний і вчинків компоненти ставлення до здоров'я. Крім того, практичний компонент прямо корелює із самозвинуваченням, а вчинковий негативно із закритістю ставлення до себе (табл. 2.2.25).

**Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я і
ставлення до себе студентів контрольної групи**

Показники ставлення до здоров'я	Складові ставлення до себе								
	З	СВ	СК	ВС	СЦ	СП	Прив	ВК	СЗ
Фізичне здоров'я	-,13	,18	-,15	,25*	,20	,03	,09	,19	,04
Зарядка і фітнес	-,08	,20	,17	-,08	,22	-,09	,26*	,13	,32**
Алкоголь/ тютюн	-,18	,19	,13	-,01	,22	-,18	,28*	,23	,37**
Превентивна практика	,22	-,09	,09	,01	-,09	,20	-,07	,09	-,11
Додаткові превентивні міри	,16	,12	,10	,01	,26*	,19	-,19	,13	-,11
Харчування, контроль ваги	-,09	,19	,16	,11	,27*	-,16	,13	,19	,25*
Психологічне здоров'я	-,07	-,10	,18	,12	-,17	,02	,22	,22	-,12
Духовне здоров'я	-,13	,03	,08	,01	-,04	-,09	,24*	,24*	,17
Соціальне здоров'я	-,11	-,14	,09	-,07	-,12	-,05	,21	-,13	,06
Екологічне здоров'я	-,02	-,05	,24	,21	-,02	-,13	,17	,08	-,14
Інтернальність в області здоров'я	,12	-,01	,07	,18	-,03	-,04	,12	,05	,07
Емоційний	-,05	,27*	-,26*	-,01	-,20	-,15	,30**	,03	,10
Пізнавальний	-,11	-,12	,15	,08	-,13	-,07	,15	,22	-,01
Практичний	-,09	,23	,08	-,04	,22	-,15	,27*	,09	,30**
Вчинковий	-,33**	,09	-,08	,09	-,11	,01	,33**	-,17	,15

Примітка: 1. З – закритість, СВ – самовпевненість, СК – самокерівництво, ВС – відображене ставлення до себе, СЦ – самоцінність, СП – самоприйняття, Прив – самоприв'язаність, ВК – внутрішня конфліктність, СЗ – самозвинувачення;

2. * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

По групі студентів з тютюновою залежністю виявилися більш тісні зв'язки ставлення до здоров'я і ставлення до себе, ніж по контрольній групі.

Так усі показники життєвого стилю, а також показники психологічного,

духовного, соціального, екологічного здоров'я, емоційного і пізнавального компонентів ставлення до здоров'я позитивно корелюють із такими вимірами ставлення до себе, як самокерування та відображене ставлення до себе. Із цими ж вимірами ставлення до себе негативно пов'язаний вчинковий компонент ставлення до здоров'я. Позитивні кореляції визначені також між показниками фізичного здоров'я та превентивних оздоровчих практик і самоприв'язаністю (табл. 2.26).

Показники фізичного здоров'я, зарядки і фітнесу, додаткових превентивних заходів, психологічного, духовного, соціального та екологічного здоров'я негативно корелюють із закритістю ставлення до себе. Усі показники життєвого стилю (окрім показників зарядки й фітнесу та харчування), показники психологічного, духовного, соціального, екологічного здоров'я, пізнавального компоненту ставлення до здоров'я негативно пов'язані зі самозвинуваченням, з яким в той же час позитивно корелює інтернальність в області здоров'я. Показники зарядки і фітнесу, контролю за вживанням алкоголю й тютюну, превентивних оздоровчих практик, додаткових превентивних заходів, психологічного, духовного, соціального та екологічного здоров'я, пізнавального компоненту ставлення до здоров'я негативно корелюють із самоприйняттям.

Чим більш вираженим є такий вимір ставлення до себе як самоцінність, тим нижчим виявляється рівень духовного й соціального здоров'я, тим менше студенти з тютюновою залежністю схильні до контролю вживання алкоголю й тютюну. Чим вищим у студентів є рівень внутрішньої конфліктності, тим менш схильні вони до застосування додаткових превентивних оздоровчих заходів, тим нижчим у них є рівень духовного здоров'я і пізнавального компонента ставлення до здоров'я.

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я та ставлення до себе студентів з тютюновою залежністю

Показники ставлення до здоров'я	Виміри ставлення до себе								
	З	СВ	СК	ВС	СЦ	СП	Прив	ВК	СЗ
Фізичне здоров'я	-,24*	,19	,37**	,28*	-,17	-,22	,31**	,06	-,25*
Зарядка і фітнес	-,27*	,13	,27*	,32**	-,11	-,24*	,14	-,21	-,14
Алкоголь/ тютюн	-,22	,13	,32**	,27*	-,24*	-,35**	,16	-,22	-,24*
Превентивна практика	-,16	,20	,31**	,29*	-,22	-,26*	,33**	-,09	-,24*
Додаткові превентивні міри	-,23*	,04	,26*	,34**	-,21	-,37**	,22	-,24*	-,25*
Харчування, контроль ваги	-,01	,08	,27*	,34**	-,17	-,23	,18	-,17	-,22
Психологічне здоров'я	-,32**	,07	,31**	,37**	-,21	-,36*	,19	-,15	-,36**
Духовне здоров'я	-,29*	,15	,35**	,37**	-,27*	-,31**	,21	-,29*	-,35**
Соціальне здоров'я	-,27*	,19	,37**	,34**	-,28*	-,32**	,21	-,19	-,31**
Екологічне здоров'я	-,27*	,17	,37**	,33**	-,17	-,24*	,19	-,16	-,37**
Інтернальність в області здоров'я	,21	,09	-,17	-,18	-,03	-,18	-,14	,09	,28*
Емоційний	-,08	,19	,24*	,34**	-,18	-,18	,17	-,20	-,17
Пізнавальний	-,22	,19	,36**	,32**	-,40	-,29*	,20	-,25*	-,25*
Практичний	,21	,01	,07	-,02	-,22	-,22	-,12	-,18	,22
Вчинковий	,19	-,16	-,28*	-,36**	,18	,20	-,19	,13	,19

Примітка: З – закритість, СВ – самовпевненість, СК – самокерівництво, ВС – відображене ставлення до себе, СЦ – самоцінність, СП – самоприйняття, Прив – самоприв'язаність, ВК – внутрішня конфліктність, СЗ – самозвинування;
2. * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Єдиним виміром ставлення до себе, який виявився непов'язаним із ставленням до здоров'я, по даній групі студентів є самовпевненість (табл. 2.26).

По групі студентів з алкогольною залежністю пізнавальний і практичний компоненти ставлення до здоров'я позитивно корелюють з самоцінністю як виміром ставлення до себе. Тобто, чим більшою мірою студенти даної групи відчують цінності власної особистості й, одночасно, передбачувану цінність свого «Я» для інших, тим більшу зацікавленість вони виявляють до проблеми здоров'я, активно шукають відповідну інформацію в книгах, журналах, газетах, активно піклуються про своє здоров'я в практичній сфері: схильні відвідувати різні спортивні секції, робити спеціальні вправи, займатися оздоровчими процедурами, формувати в себе відповідні вміння й навички, вести здоровий спосіб життя в цілому.

Крім того виявилось, що чим більш вираженим у студентів є такий вимір ставлення до себе як самовпевненість, який відображає ставлення до себе, як до людини впевненої в собі, самостійної, вольової, надійної, яку є за що поважати, тим менше вони схильні контролювати вживання алкогольних напоїв. Отриманий результат побічно підтверджує, що ставлення до себе у студентів з алкогольною залежністю виконує, перш за все, захисну функцію.

Разом із тим контроль вживання алкоголю позитивно пов'язаний із самозвинуваченням – виміром ставлення до себе, який відображає інтрапунітивність, негативні емоції на свою адресу, готовність поставити собі за провину свої промахи й невдачі, власні недоліки.

Проте чим більше виражена у алкозалежних студентів схильність до самозвинувачення, тим більш низьким у них є рівень соціального здоров'я, що вказує на зниження здатності до спілкування з іншими людьми, брак особистісних стосунків, які приносять задоволення [205]. (табл. 2.2.27).

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я і ставлення до себе студентів, залежних від алкоголю

Показники ставлення до здоров'я	Виміри ставлення до себе								
	З	СП	СК	ВС	СЦ	СП	Прив	ВК	СЗ
Фізичне здоров'я	,47	,10	,30	,07	,41	,11	-,49	-,02	-,12
Зарядка і фітнес	-,08	-,02	-,03	,34	-,49	-,06	,36	-,23	,25
Алкоголь/ тютюн	,26	-,85**	-,31	-,26	-,09	,37	-,16	,48	,71*
Превентивна практика	-,04	,36	,38	-,16	-,12	-,41	,05	-,33	-,37
Додаткові превентивні міри	-,39	,25	-,01	,50	-,09	,20	,30	-,32	-,46
Харчування, контроль ваги	-,09	,36	,54	,09	-,29	-,40	,15	-,22	-,54
Психологічне здоров'я	-,45	,45	,28	-,26	-,03	-,53	,37	-,22	-,61
Духовне здоров'я	-,41	,18	,53	,25	-,55	-,57	,41	,00	-,32
Соціальне здоров'я	-,43	,48	,39	-,22	-,07	-,56	,23	-,07	-,68*
Екологічне здоров'я	,39	,24	,44	,08	,21	-,18	-,39	-,29	-,18
Інтернальність в області здоров'я	,21	,13	,11	-,13	-,18	-,21	,20	-,05	,13
Емоційний	,074	-,23	-,59	-,37	,39	,25	-,24	,18	,45
Пізнавальний	,073	-,13	-,57	-,36	,70*	,41	-,33	,05	,26
Практичний	,07	-,24	-,57	-,53	,64*	,28	-,36	,05	,39
Вчинковий	-,16	-,19	-,61	-,48	,59	,22	-,18	,08	,30

Примітка: З – закритість, СВ – самовпевненість, СК – самокерівництво, ВС – відображене ставлення до себе, СЦ – самоцінність, СП – самоприйняття, Прив – самоприв'язаність, ВК – внутрішня конфліктність, СЗ – самозвинування;
^{2*} - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ^{**} - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Визначені відмінності у показниках всіх видів міжособистісної залежності між групами студентів з узалежненою поведінкою і контрольною групою (табл. 2.2.28).

Таблиця 2.2.28

Середні значення показників міжособистісної залежності по групах студентів з тютюною, алкогольною залежністю і контрольної групи

Шкала	Групи						F	P
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Деструктивна надзалежність	26,93	7,32	26,83	8,96	34,10	10,25	3,08	,05
Дисфункційне відділення	29,29	6,09	32,50	7,96	39,10	8,44	7,28	,002
Здорова залежність	31,06	6,33	36,05	10,11	40,40	7,99	5,98	,004

Виявилось, що за деструктивною надзалежністю і дисфункційним відділенням найвищі показники отримано по групі студентів з алкогольною залежністю у порівнянні з іншими двома групами студентів, а за здоровою залежністю найнижчі показники порівняно з іншими групами отримано по контрольній групі (табл. 2.29).

Слід зазначити, що деструктивна надзалежність проявляється сильною потребою в емоційній близькості, любові й прийнятті з боку значимих інших, ригідному прагненні до одержання допомоги й підтримки на тлі постійного відчуття себе як безпомічного й слабого незалежно від конкретної ситуації.

Дисфункційне відділення, навпаки, відображає нездатність людини розбудувати соціальні зв'язки, встановлювати тісні стосунки прихильності, категоричне переконання в перевазі незалежності й самодостатності в порівнянні із близькістю й прихильністю.

Таким чином, в особистості алкозалежних студентів поєднуються два практично протилежні види міжособистісного узалежнення, що може викликати постійний внутрішньоособистісний конфлікт, а також призводити до виникнення міжособистісних конфліктів.

Таблиця 2.2.29

Відмінності у показниках міжособистісної залежності по групах студентів з узалежненою поведінкою і контрольної групи

Шкала	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
Деструктивна надзалежність	0,04	2,43*	1,99*
Дисфункційне відділення	1,59	4,02***	2,06*
Здорова залежність	2,13*	3,37***	1,17

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 – алкозалежні;
2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$; *** - відмінності значущі на рівні $p = 0,001$.

При вивченні відмінностей у базових переконаннях по групах студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи суттєві відмінності були визначені лише за переконанням у прихильності світу (табл. 2.30).

Найвищий показник ставлення до прихильності світу відрізняє контрольну групу у порівнянні із групами студентів з тютюновою та алкогольною залежностями (табл. 2.2.31).

Таблиця 2.2.30

Середні значення показників базових переконань по групах студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи

Базові переконання	Групи						F	P
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
у прихильності світу	3,60	0,46	3,20	0,63	3,09	0,72	3,972	,024
у свідомості світу	3,45	0,87	3,32	0,69	3,22	0,69	0,388	,680
у здатності керувати подіями	3,61	0,95	3,45	0,79	3,22	0,70	0,785	,461

Тобто студенти з узалежненою поведінкою значно меншою мірою, ніж студенти контрольної групи, переконані у доброзичливості оточуючого світу і доброті людей.

Таблиця 2.2.31

Відмінності у показниках базових переконань по групах студентів з узалежненою поведінкою і контрольної групи

Шкала	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
Ставлення до прихильності світу	2,17*	2,53*	0,64
Ставлення до свідомості світу	0,59	0,88	0,38
Переконаність у здатності керувати подіями	0,62	1,39	0,80

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні
2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$.

Також визначені суттєві відмінності у показниках етнічної, соціальної й толерантності як риси особистості між представниками трьох досліджуваних груп (табл. 2.2.32).

Таблиця 2.2.32

Середні значення показників толерантності по групах студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи

Толерантність	Групи						F	P
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Етнічна	30,10	6,05	26,44	8,93	22,50	5,74	4,859	,011
Соціальна	27,41	4,68	24,28	8,03	17,60	4,30	10,736	,000
Риса особистості	28,03	7,10	22,78	11,68	14,70	6,15	9,356	,000

Студенти з алкогольною залежністю виявилися значно менш толерантними до представників інших етнічних груп, ніж студенти контрольної групи; значно менш толерантними щодо різних соціальних груп (меншин, злочинців, психічно хворих тощо), ніж студенти контрольної групи і студенти з тютюновою залежністю.

Найбільш вираженими особистісними рисами, установками і переконаннями, які визначають толерантність людини до інших людей, володіють представники контрольної групи, а найменш вираженими – студенти з алкогольною залежністю.

Студенти з тютюновою залежністю займають проміжне положення за вираженістю толерантності як риси особистості між представниками інших двох груп (табл. 2.2.33).

Відмінності у показниках толерантності по групах студентів з узалежненою поведінкою і контрольної групи

Толерантність	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
Етнічна	1,71	3,29**	1,42
Соціальна	1,74	6,14***	3,87***
Риса особистості	1,99*	5,73***	2,40*

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$; ** - відмінності значущі на рівні $p = 0,01$; *** - відмінності значущі на рівні $p = 0,001$.

Суттєвими виявилися і відмінності у показниках інтернальності в області сімейних і міжособистісних стосунків між трьома групами студентів (табл. 2.34).

Середні значення показників локусу контролю щодо міжособистісних відносин по групах студентів з тютюновою, алкогольною залежністю і контрольної групи

Інтернальність	Групи						F	P
	1		2		3			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
в області сімейних стосунків	5,32	1,64	4,33	1,53	3,80	1,03	4,790	,012
в області міжособистісних стосунків	1,84	1,36	1,33	1,02	2,80	0,91	4,736	,013

Найвищі показники інтернальності в області міжособистісних стосунків визначені по групі алкозалежних студентів, які відрізняють їх, як від

тютюнозалежних студентів, так і від студентів контрольної групи. Між останніми двома групами за даним виміром суттєвих відмінностей не визначено (табл. 2.2.35).

Таблиця 2.2.35

Відмінності у показниках локусу контролю щодо міжособистісних відносин по групах студентів з узалежненою поведінкою і контрольної групи

Інтернальність	Групи		
	1 і 2	1 і 3	2 і 3
в області сімейних стосунків	2,62**	3,46***	1,09
в області міжособистісних стосунків	1,46	2,63**	2,87**

Примітка: 1. 1 – контрольна група, 2 – тютюнозалежні, 3 - алкозалежні

2. * - відмінності значущі на рівні $p = 0,05$; ** - відмінності значущі на рівні $p = 0,01$; *** - відмінності значущі на рівні $p = 0,001$.

Таким чином, студенти з алкогольною залежністю більшою мірою у порівнянні зі студентами двох інших груп відчують себе здатними викликати повагу й симпатію в навколишніх, тоді як студенти контрольної групи і тютюнозалежні не схильні брати на себе відповідальність за свої стосунки з іншими людьми.

В області сімейних стосунків найвищий показник інтернальності визначений у студентів контрольної групи у порівнянні зі студентами двох інших груп. Вони більшою мірою вважають себе відповідальними за ті події, які відбуваються у їхньому родинному колі. Узалежені студенти обох груп, навпаки, схильні перекладати відповідальність за сімейні події на інших членів родини.

При вивченні взаємозв'язку ставлення до здоров'я й міжособистісної залежності по контрольній групі виявилось, що показники психологічного, духовного й екологічного здоров'я, пізнавального компонента ставлення до здоров'я негативно пов'язані із деструктивною надзалежністю (табл. 2.2.36).

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я та міжособистісної залежності по контрольній групі студентів

Показники ставлення до здоров'я	Міжособистісна залежність		
	Деструктивна надзалежність	Дисфункційне відділення	Здорова залежність
Фізичне здоров'я	-,158	,109	-,023
Зарядка і фітнес	-,085	,029	,205
Алкоголь/тютюн	-,060	-,062	,214
Превентивна практика	-,192	,114	-,037
Додаткові превентивні міри	-,029	,036	,032
Харчування, контроль ваги	,055	-,098	,185
Психологічне здоров'я	-,302**	-,221	-,149
Духовне здоров'я	-,354**	-,159	,063
Соціальне здоров'я	-,054	,215	,083
Екологічне здоров'я	-,251*	-,184	-,031
Інтернальність в обл. здоров'я	-,073	-,168	-,147
Емоційний	,013	,201	,205
Пізнавальний	-,291*	-,102	,012
Практичний	-,033	,010	,194
Вчинковий	-,110	-,091	,041

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

По групі тютюнозалежних студентів показники ставлення до здоров'я пов'язані лише із таким видом міжособистісної залежності як дисфункційне відділення. Так визначені негативні зв'язки дисфункційного відділення з екологічним здоров'ям, показниками зарядки і фітнесу, превентивної оздоровчої практики, пізнавального компоненту ставлення до здоров'я, а позитивно пов'язаний із дисфункційним відділенням вчинковий компонент ставлення до здоров'я (табл. 2.2.37).

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я та міжособистісної залежності по групі тютюнозалежних студентів

Показники ставлення до здоров'я	Міжособистісна залежність		
	Деструктивна надзалежність	Дисфункційне відділення	Здорова залежність
Фізичне здоров'я	-,160	-,181	-,066
Зарядка і фітнес	-,215	-,240*	-,190
Алкоголь/тютюн	-,214	-,201	-,134
Превентивна практика	-,217	-,276*	-,143
Додаткові превентивні міри	-,126	-,153	-,100
Харчування, контроль ваги	-,148	-,169	-,175
Психологічне здоров'я	-,154	-,125	-,061
Духовне здоров'я	-,163	-,163	-,135
Соціальне здоров'я	-,127	-,167	-,199
Екологічне здоров'я	-,204	-,259*	-,114
Інтернальність в обл. здоров'я	,188	,196	,106
Емоційний	-,178	-,150	-,181
Пізнавальний	-,129	-,242*	-,118
Практичний	,041	,178	-,103
Вчинковий	,273*	,318**	,162

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$.

По групі алкозалежних, як і по групі тютюнозалежних студентів із дисфункційним відділенням негативно пов'язані показники зарядки і фітнесу та превентивної оздоровчої практики, а позитивно вчинковий компонент ставлення до здоров'я. Із дисфункційним відділенням корелює і показник пізнавального компоненту ставлення до здоров'я, але по групі тютюнозалежних студентів визначений зв'язок негативний, а по групі студентів з алкогольною залежністю позитивний (табл. 2.2.38).

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я та міжособистісної залежності по групі алкозалежних студентів

Показники ставлення до здоров'я	Міжособистісна залежність		
	Деструктивна надзалежність	Дисфункційне відділення	Здорова залежність
Фізичне здоров'я	,41	,41	,16
Зарядка і фітнес	-,41	-,70*	-,25
Алкоголь/тютюн	-,01	,36	,29
Превентивна практика	-,30	-,69*	-,31
Додаткові превентивні міри	,04	-,35	-,14
Харчування, контроль ваги	-,26	-,60	-,34
Психологічне здоров'я	,10	-,24	-,31
Духовне здоров'я	-,30	-,50	-,11
Соціальне здоров'я	-,12	-,26	-,37
Екологічне здоров'я	,20	-,04	,05
Інтернальність в обл. здоров'я	-,37	-,54	-,43
Емоційний	,14	,56	,19
Пізнавальний	,48	,71*	,05
Практичний	,33	,55	-,12
Вчинковий	,44	,67*	,05

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$.

Таким чином, по контрольній групі показники ставлення до здоров'я негативно пов'язані із таким різновидом міжособистісної залежності, як деструктивна надзалежність, яка проявляється у вираженій потребі в емоційній близькості, любові й прийнятті з боку значимих інших, ригідному прагненні до одержання допомоги й підтримки на тлі постійного відчуття себе як безпомічного й слабого незалежно від конкретної ситуації.

По обох групах студентів з адикціями показники ставлення до здоров'я пов'язані із дисфункційним відділенням, яке проявляється у нездатності до

побудови соціальних зв'язків, до встановлення тісних міжособистісних стосунків, у наявності переконання в перевазі незалежності й самодостатності в порівнянні із близькістю й прихильністю.

Особливості взаємозв'язку ставлення до здоров'я й базових переконань студентів контрольної групи представлені у табл. 2.2.39.

При вивченні взаємозв'язку ставлення до здоров'я й базових переконань студентів виявилось, що чим більше студенти контрольної групи схильні до занять фізичною культурою, більше уваги приділяють питанням харчування й контролю ваги, здатні до практичного втілення своїх уявлень щодо здорового способу життя, менш схильні до вживання алкоголю, тютюну та інших хімічних речовин, тим більше вони переконані в тому, що світ повний смислу, а події у ньому підпорядковуються законам справедливості (табл. 2.2.39).

Особливості взаємозв'язку ставлення до здоров'я й базових переконань тютюнозалежних студентів представлені у табл. 2.2.40.

По групі студентів з тютюновою залежністю практично всі показники життєвого стилю, пов'язаного із збереженням власного здоров'я, показники психологічного, духовного, соціального та екологічного здоров'я, пізнавального компонента ставлення до здоров'я позитивно пов'язані з переконанням, згідно якого у світі більше добра, ніж зла, а оточуючі люди в своїй більшості є добрими.

Таблиця 2.2.39

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я студентів контрольної групи та їхніх базових переконань

Показники ставлення до здоров'я	Базові переконання		
	ставлення до прихильності світу	ставлення до свідомості світу	переконаність у здатності керувати подіями
Фізичне здоров'я	-,161	,135	-,132
Зарядка і фітнес	-,034	,345**	,012
Алкоголь/тютюн	-,137	,332**	-,125

Превентивна практика	-,029	-,212	-,092
Додаткові превентивні міри	,189	,039	,088
Харчування, контроль ваги	-,010	,353**	,078
Психологічне здоров'я	,050	,189	-,061
Духовне здоров'я	,186	,141	,015
Соціальне здоров'я	-,035	-,134	-,063
Екологічне здоров'я	,189	,203	,159
Інтернальність в обл. здоров'я	,117	,158	,202
Емоційний	-,063	,041	-,132
Пізнавальний	,209	,132	,081
Практичний	-,225	,303**	-,109
Вчинковий	,032	,213	-,220

Примітка: ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Крім того виявилось, що чим більше тютюнозалежні студенти переконані у доброзичливості світу та людей, тим менше вони схильні впливати на членів своєї родини, своїх знайомих і на суспільство в цілому щодо необхідності вести здоровий спосіб життя (табл. 2.2.40).

Таблиця 2.2.40

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я і базових переконань тютюнозалежних студентів

Показники ставлення до здоров'я	Базові переконання		
	ставлення до прихильності світу	ставлення до свідомості світу	переконаність у здатності керувати подіями
Фізичне здоров'я	,202	-,105	,045
Зарядка і фітнес	,236*	,069	,129
Алкоголь/тютюн	,275*	-,072	,187
Превентивна практика	,244*	,065	,209

Додаткові превентивні міри	,278*	,054	,182
Харчування, контроль ваги	,276*	,205	,218
Психологічне здоров'я	,277*	,025	,144
Духовне здоров'я	,320**	,146	,220
Соціальне здоров'я	,282*	,107	,194
Екологічне здоров'я	,247*	,107	,187
Інтернальність в обл. здоров'я	-,195	-,101	-,177
Емоційний	,162	,214	,146
Пізнавальний	,327**	,124	,164
Практичний	,192	,222	,119
Вчинковий	-,377**	-,213	-,197

Примітка: ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

У студентів з алкогольною залежністю тим більше рівень екологічного здоров'я, чим більш вони переконані у цінності власної особистості, у здатності управляти подіями свого життя та у власному везінні, у тому, що світ повний смислу, а події у ньому підпорядковуються законам справедливості (табл. 2.41).

Таблиця 2.2.41

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я і базових переконань студентів з алкогольним uzалежненням

Показники ставлення до здоров'я	Базові переконання		
	ставлення до прихильності світу	ставлення до свідомості світу	переконаність у здатності керувати подіями
Фізичне здоров'я	,23	,43	,52
Зарядка і фітнес	-,21	-,39	-,48
Алкоголь/тютюн	,01	,52	,64*
Превентивна практика	-,14	-,28	-,42

Додаткові превентивні міри	,01	-,31	-,39
Харчування, контроль ваги	,34	,03	-,12
Психологічне здоров'я	-,01	-,43	-,47
Духовне здоров'я	,15	-,37	-,41
Соціальне здоров'я	-,05	-,47	-,54
Екологічне здоров'я	,60	,48*	,65*
Інтернальність в обл. здоров'я	-,29	-,41	-,51
Емоційний	-,32	,03	,12
Пізнавальний	-,54	-,13	,02
Практичний	-,61	-,12	,02
Вчинковий	-,55	-,23	-,05

Примітка: ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Слід зазначити, що екологічне здоров'я – це визнання нашої власної відповідальності за якість повітря, води й землі, яка нас оточує. Людина, яка здатна впливати на якість оточуючого середовища (будинки, міста, ліси, ріки тощо), робить свій внесок у власне екологічне оздоровлення. Крім того чим більш переконані студенти цієї групи у цінності власної особистості, у здатності управляти подіями свого життя та у власному везінні, тим менш схильні вони до вживання алкоголю (табл. 2.41). Таким чином, підвищення цінності власної особистості в очах студента з алкогольною залежністю та демонстрована йому його цінність в очах інших людей може позитивно вплинути на корекцію алкогольної адикції.

При вивченні взаємозв'язку ставлення до здоров'я й толерантності студентів виявилось, що по контрольній групі із соціальною толерантністю позитивно корелюють показники психологічного, духовного та екологічного здоров'я, а з толерантністю як з рисою особистості – соціальне здоров'я (табл. 2.2.42)

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я і толерантності студентів контрольної групи

Показники ставлення до здоров'я	Толерантність		
	соціальна	соціальна	Соціальна
Фізичне здоров'я	-,040	,218	,008
Зарядка і фітнес	-,102	,069	,191
Алкоголь/тютюн	,058	,087	,079
Превентивна практика	-,035	,203	,068
Додаткові превентивні міри	-,140	,116	-,095
Харчування, контроль ваги	-,048	,172	,015
Психологічне здоров'я	,048	,365**	-,008
Духовне здоров'я	,063	,237*	-,102
Соціальне здоров'я	,066	-,085	,363**
Екологічне здоров'я	-,088	,291*	,167
Інтернальність в обл. здоров'я	-,211	,173	,037
Емоційний компонент	,214	-,184	,286*
Пізнавальний компонент	,137	,375**	-,098
Практичний компонент	-,012	-,016	,156
Вчинковий компонент	,198	,042	,221

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Пізнавальний компонент ставлення до здоров'я позитивно корелює з соціальною толерантністю, а емоційний – з толерантністю як рисою особистості (табл. 2.42)

Найбільш пов'язаними показники ставлення до здоров'я із показниками етнічної, соціальної толерантності та толерантності як риси особистості виявилися по групі студентів з тютюновою залежністю (табл. 2.2.43).

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я і толерантності студентів з тютюновою залежністю

Показники ставлення до здоров'я	Толерантність		
	етнічна	соціальна	риса особистості
Фізичне здоров'я	,152	,288*	,171
Зарядка і фітнес	,308**	,361**	,233*
Алкоголь/тютюн	,282*	,275*	,280*
Превентивна практика	,269*	,317**	,287*
Додаткові превентивні міри	,309**	,332**	,335
Харчування, контроль ваги	,316**	,138	,312**
Психологічне здоров'я	,361**	,358**	,198
Духовне здоров'я	,356**	,322**	,241*
Соціальне здоров'я	,344**	,302**	,263*
Екологічне здоров'я	,353**	,321**	,272*
Інтернальність в обл. здоров'я	-,188	-,194	,017
Емоційний компонент	,241*	,276*	,281*
Пізнавальний компонент	,345**	,318**	,329**
Практичний компонент	-,110	-,204	,090
Вчинковий компонент	-,333**	-,271*	-,257*

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Із даними проявами толерантності позитивно корелюють практично всі показники життєвого стилю, пов'язаного із збереженням власного здоров'я, показники психологічного, духовного, соціального та екологічного здоров'я. По даній групі студентів визначено позитивні кореляційні зв'язки пізнавального та емоційного компонентів ставлення до здоров'я із всіма проявами толерантності. Вчинковий компонент ставлення до здоров'я також корелює із всіма проявами толерантності, але негативно (табл. 2.2.43).

По групі студентів з алкогольною залежністю визначено позитивний зв'язок соціальної толерантності з психологічним та соціальним здоров'ям, а також негативний зв'язок етнічної толерантності з духовним здоров'ям. Негативно корелюють з етнічною толерантністю також такі складові життєвого стилю, спрямованого на збереження здоров'я, як харчування, контроль ваги й додаткові превентивні заходи. Разом із тим, показник етнічної толерантності позитивно корелює із всіма компонентами ставлення до здоров'я: емоційним, пізнавальним, поведінковим та вчинковим (табл. 2.2.44).

При вивченні взаємозв'язку ставлення до здоров'я й інтернальності студентів в області міжособистісних відносин виявилось, що по контрольній групі позитивний кореляційний зв'язок спостерігається між інтернальністю в області міжособистісних стосунків із показниками превентивної оздоровчої практики, соціального здоров'я, емоційного компонента ставлення до здоров'я (табл. 2.2.45).

По групі студентів з тютюновою залежністю визначено лише один статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок: практичного компонента ставлення до здоров'я з інтернальністю в області сімейних стосунків (табл. 2.2.46).

По групі студентів з алкогольною залежністю визначено два статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки інтернальності в області міжособистісних стосунків з емоційним і практичним компонентами ставлення до здоров'я (табл. 2.2.47).

**Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я і толерантності
студентів з алкогольною залежністю**

Показники ставлення до здоров'я	Толерантність		
	етнічна	соціальна	риса особистості
Фізичне здоров'я	,40	-,13	,42
Зарядка і фітнес	-,55	-,29	-,17
Алкоголь/тютюн	,41	-,22	-,29
Превентивна практика	-,49	,48	,11
Додаткові превентивні міри	-,83**	-,06	,30
Харчування, контроль ваги	-,69*	,45	,24
Психологічне здоров'я	-,49	,73*	-,13
Духовне здоров'я	-,68*	,28	-,38
Соціальне здоров'я	-,38	,69*	-,14
Екологічне здоров'я	,05	,17	,50
Інтернальність в обл. здоров'я	-,14	,20	-,22
Емоційний компонент	,86**	-,16	-,21
Пізнавальний компонент	,81**	-,15	-,04
Практичний компонент	,82**	-,01	-,18
Вчинковий компонент	,73*	,05	-,32

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й інтернальності в області міжособистісних відносин студентів контрольної групи

Показники ставлення до здоров'я	Інтернальність	
	в області сімейних стосунків	в області міжособистісних стосунків
Фізичне здоров'я	-,203	,199
Зарядка і фітнес	-,211	-,158
Алкоголь, тютюн	-,163	-,146
Превентивна практика	,027	,336**
Додаткові превентивні міри	-,047	-,186
Харчування, контроль ваги	-,198	-,224
Психологічне здоров'я	,152	-,041
Духовне здоров'я	,100	-,009
Соціальне здоров'я	-,222	,258*
Екологічне здоров'я	-,043	-,011
Інтернальність в області здоров'я	,163	,078
Емоційний компонент	-,164	,241*
Пізнавальний компонент	,200	-,078
Практичний компонент	-,174	-,171
Вчинковий компонент	-,147	,208

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й інтернальності в області міжособистісних відносин студентів з тютюновою залежністю

Показники ставлення до здоров'я	Інтернальність	
	в області сімейних стосунків	в області міжособистісних стосунків
Фізичне здоров'я	-,198	-,163
Зарядка і фітнес	,113	-,029
Алкоголь, тютюн	,130	-,141
Превентивна практика	-,186	-,147
Додаткові превентивні міри	,180	-,058
Харчування, контроль ваги	,145	-,108
Психологічне здоров'я	,087	-,083
Духовне здоров'я	,012	-,153
Соціальне здоров'я	,075	-,123
Екологічне здоров'я	-,028	-,138
Інтернальність в області здоров'я	,193	-,191
Емоційний компонент	,142	,090
Пізнавальний компонент	-,076	-,113
Практичний компонент	,284*	,125
Вчинковий компонент	,085	,203

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$, ** - кореляція значима на рівні $p = 0,01$.

Кореляційні зв'язки показників ставлення до здоров'я й інтернальності в області міжособистісних відносин студентів з алкогольною залежністю

Показники ставлення до здоров'я	Інтернальність	
	в області сімейних стосунків	в області міжособистісних стосунків
Фізичне здоров'я	,23	-,20
Зарядка і фітнес	-,22	-,06
Алкоголь, тютюн	,00	,22
Превентивна практика	-,32	-,18
Додаткові превентивні міри	,18	-,56
Харчування, контроль ваги	-,11	-,50
Психологічне здоров'я	,01	-,27
Духовне здоров'я	,25	-,48
Соціальне здоров'я	,05	-,19
Екологічне здоров'я	,00	-,36
Інтернальність в області здоров'я	-,57	,35
Емоційний компонент	-,15	,76*
Пізнавальний компонент	,06	,57
Практичний компонент	-,08	,67*
Вчинковий компонент	,11	,59

Примітка: * - кореляція значима на рівні $p = 0,05$.

РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ НАПРЯМИ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ РОБОТИ ЗІ ШКОЛЯРАМИ ТА СТУДЕНТСТВОМ З ФОРМУ ВАННЯ ПОЗИТИВНО-ДІЄВОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ БАЗОВИХ ВІДНОШЕНЬ

3.1. Модель корекційного комплексу спрямованого на нормалізацію системи ставлень у дітей шкільного віку

Метою комплексу психокорекційних заходів є нормалізація системи ставлень особистості частохворюючих дітей. Даний комплекс включає розробку, проведення та оцінку ефективності наступних блоків психокорекції:

1. Програма психокорекції ЧХД.
2. Тренінг для батьків ЧХД.
3. Педагогічна конференція з учителями, які працюють із ЧХД.
4. Індивідуальні психокорекційні зустрічі з частохворюючими дітьми і їх батьками.

Перший блок комплексу психокорекційних заходів спрямований на:

- Формування навичок спілкування ЧХД;
- Нормалізацію відносин з однолітками;
- Корекцію особистісних особливостей, які перешкоджають спілкуванню;
- Підвищення самооцінки ЧХД;
- Пом'якшення емоційного дискомфорту ЧХД;
- Підвищення активності й самостійності дітей, які часто хворіють;
- Формування адекватних гендерних відносин ЧХД.

Даний блок реалізується за допомогою адекватних меті й задачам психокорекційного комплексу психокорекційних засобів, направлених на корекцію порушення ланок системи ставлень особистості ЧХД.

Психокорекційний комплекс включає основні етапи: діагностичний, установчий, корекційний і оцінювальний (рис 3.1).

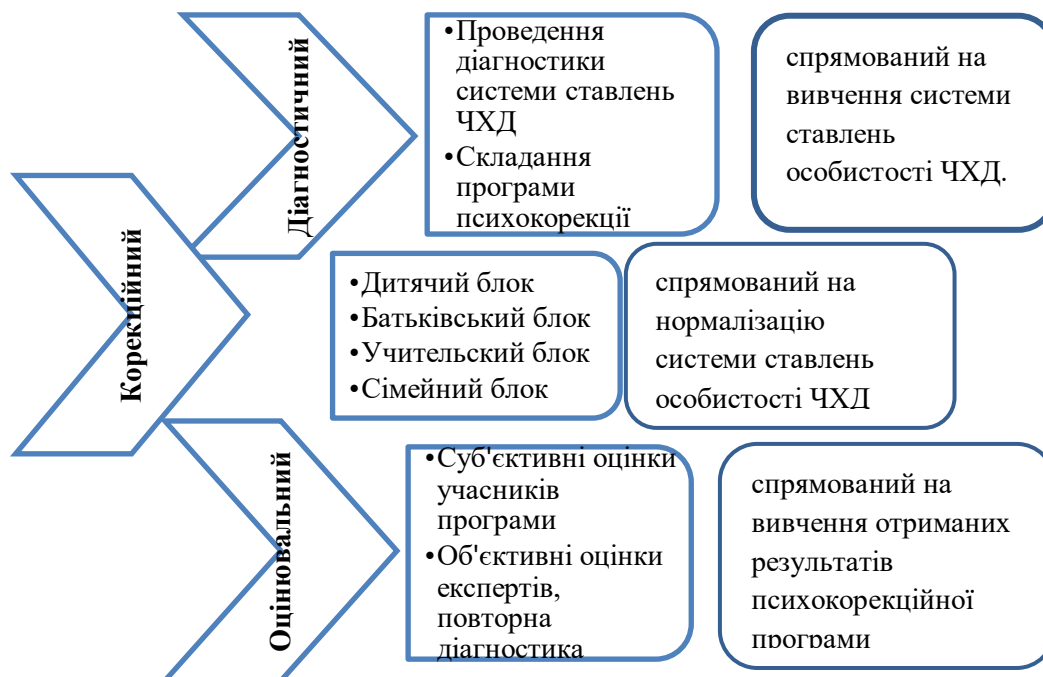


Рис. 3.1. Етапи програми психокорекції

Діагностичний етап спрямований на вивчення системи ставлень особистості ЧХД.

Установчий етап спрямований на формування позитивної установки дитини на участь у програмі психокорекції. Задачами цього психокорекційного етапу є: зниження емоційної напруги в дитини, формування емоційно-довірчого контакту психолога з учасниками психокорекції.

Корекційний етап спрямований на нормалізацію системи ставлень особистості ЧХД. Даний етап складається з двох частин.

Перша частина - орієнтовна, під час якої дитині надається можливість спонтанної гри, що формує позитивну емоційну установку на заняття, що дуже важливо в процесі згладжування внутрішніх конфліктів.

Друга частина - реконструктивна, під час якої проводиться корекція системи ставлень особистості ЧХД.

Оцінювальний етап спрямований на вивчення отриманих результатів психокорекційної програми за допомогою експертних оцінок, суб'єктивних оцінок батьків і на основі зіставлення результатів психодіагностики до участі в програмі і після її закінчення. Оцінювальний етап складався з двох фаз (рис.4.2).

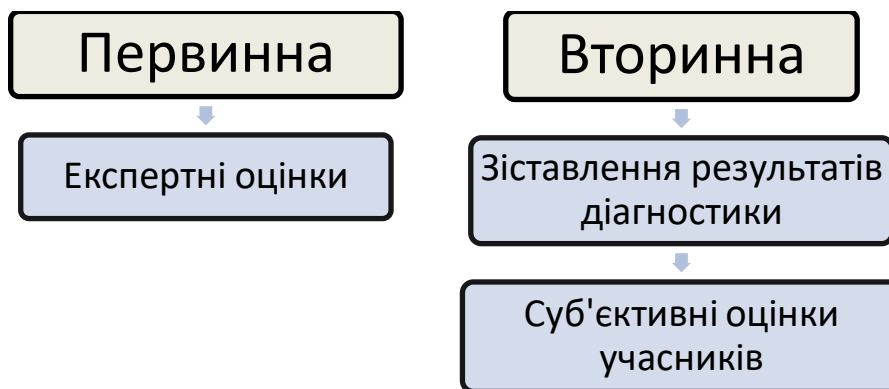


Рис.3.2 Фази оцінювального етапу психокорекції

На першій фазі (первинній) оцінка ефективності проводилася безпосередньо після закінчення частохворіючими дітьми психокорекційної програми (упродовж 7-ми днів після її завершення) за допомогою експертних оцінок.

Друга фаза (вторинна) реалізовувалась через три місяці після завершення програми психокорекції, із повторною перевіркою психодіагностичних даних.

Другий блок психокорекційного комплексу реалізується за допомогою розробки й проведення тренінгу для батьків ЧХД (рис.3.3). Необхідність цього блоку було виявлено за допомогою факторного аналізу, який показав, що ставлення батьків до дитини визначає ті індивідуальні особливості дитини, які потребують корекції. За допомогою факторизації було виділено типи сімейної взаємодії, які треба змінити та привести до норми. Даний блок спрямований на:

- Активізацію батьків на самостійну психологічну роботу з дитиною;
- Знайомство з концепціями ефективного та неефективного ставлення до дитини; усвідомлення батьківських установок;

-Формування відповідальності за формування психологічних особливостей дітей;

- Усвідомлення ролі дитини в сімейній структурі;

-Усвідомлення внеску батьків у формування «Я-концепції дитини»;

- Прагнення до порозуміння з дитиною;

- Розвиток навичок батьківського холдингу.

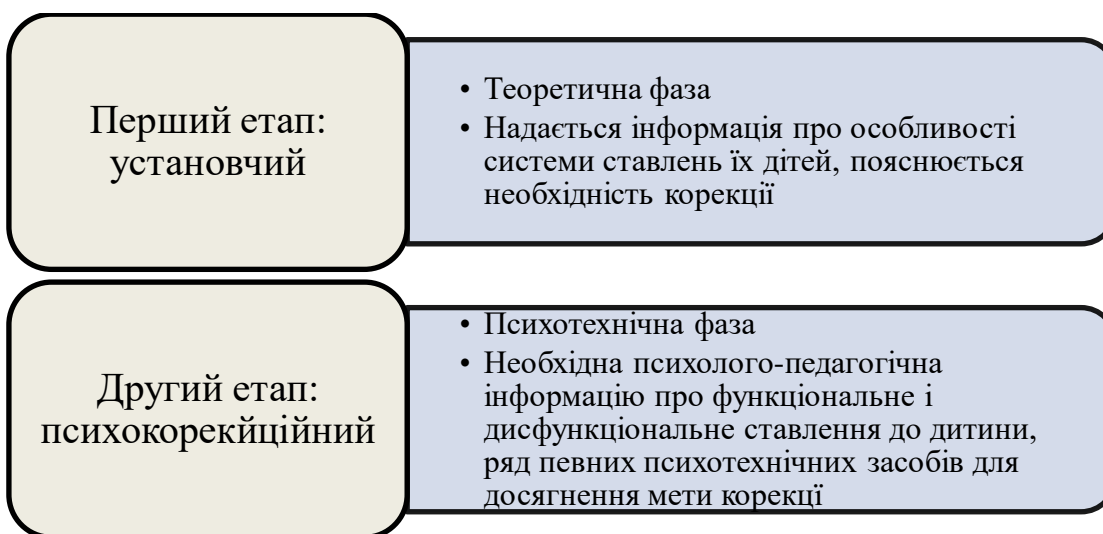


Рис.3.3. Фази батьківського блоку психокорекції

Даний блок включає два етапи:

1) установчий;

2) психокорекційний.

Психокорекційний блок складається з двох фаз - теоретичної й психотехнічної.

На першому етапі (установчому) батькам надається інформація про особливості системи ставлень їх дітей, які були отримані в результаті психодіагностики. Психолог пояснює психологічні проблеми, що існують у дитини на сучасному етапі, які з плином часу можуть посилюватися й набувати більш яскраво виражених форм. Батькам пояснюється необхідність

психокорекційних інтервенцій, спрямованих на припинення й корекцію порушених ланок системи ставлень особистості їх дітей. Даються роз'яснення, щодо батьківського внеску в нормалізацію системи ставлень особистості дітей. У загальних рисах батьків інформують про формальні та змістовні аспекти психокорекційного комплексу.

Другий етап складається з двох фаз. На першій фазі батьки отримують необхідну психолого-педагогічну інформацію про функціональне й дисфункціональне ставлення до дитини; про несвідомі батьківські установки; про роль дитини в сімейній структурі; про внесок батьківських стосунків у «Я-концепцію» дитини. Друга фаза містить ряд психотехнічних засобів, спрямованих на досягнення мети психокорекційного комплексу й даного блоку.

Третій блок психокорекційного комплексу спрямований на поглиблення уявлень вчителів про психологічні особливості ЧХД та формування ефективних стратегій психолого-педагогічної взаємодії з цією категорією дітей, що реалізується за допомогою педагогічної конференції.

Четвертий блок психокорекційного комплексу спрямований на нормалізацію відносин між частохворюючою дитиною та її батьками, і реалізується за допомогою психокорекційних зустрічей. Основними задачами даного блоку є:

- 1) розвиток батьківської компетентності;
- 2) руйнування коаліцій;
- 3) формування нових альянсів;
- 4) прояснення кордонів між членами сім'ї.

4.2 Теоретико-методологічні основи психокорекційного комплексу

Розробка психокорекційного комплексу здійснювалася на основі прийнятих принципів психокорекційної роботи з дітьми, їх батьками, та педагогами [10, 12, 13, 19, 37, 60, 95, 104, 122, 152, 177, 182, 190, 208, 218, 219, 220 та ін.], а саме (рис. 3.3):



Рис 3.4 Принципи психокорекції

-
-
- принцип гуманістичної спрямованості психокорекції;
- принцип інтеграції різних способів, методів і прийомів психокорекційної інтервенції;
- принцип формування позитивного ставлення до дитини і адекватного ставлення до її стану;
- принцип підвищення педагогічних знань, психологічної компетентності та загальної культури батьків;
- принцип взаємодії сім'ї, психолога і педагогічних працівників;
- принцип нормативності розвитку, на основі врахування вікових, психологічних та індивідуальних особливостей дитини
- принцип відповідності протікання психічного й особистісного розвитку дитини нормативному розвитку і визнання унікальності та неповторності конкретного шляху розвитку кожної особистості ;

- принцип системності корекційних, профілактичних й розвиваючих завдань - цілі і задачі будь-якої корекційно-розвиваючої програми повинні бути сформульовані як система задач трьох рівней: корекційного (виправлення відхилень , порушень розвитку, розв'язання труднощів розвитку); профілактичного (попередження відхилень та труднощів в розвитку) і розвивального (оптимізація, стимулювання й збагачення змісту розвитку);

- принцип єдності діагностики і корекції - ефективна корекція може бути побудована на основі ретельного і всебічного психологічного обстеження;

- діяльнісний принцип корекції - головним засобом корекційно-розвивального впливу є організація активної діяльності дитини, під час якої створюються умови для її орієнтування у «важких», конфліктних ситуаціях, організовується їх вирішення й закладається необхідна основа для позитивних зрушень в розвитку особистості дитини.

Перший і другий блок психокорекційного комплексу реалізовувався в груповому форматі. Мета групової психокорекції полягає у відновленні психічної єдності особистості шляхом гармонізації її міжособистісних відносин. Задачі групової психокорекції пов'язані з емоційним відреагуванням конфліктних ситуацій в групі [153]. Головним інструментом корекційного впливу виступає група, яка допомагає виявити й скорегувати проблеми, засобами міжособистісної взаємодії [64, 257].

Групова психокорекція дає можливість розкриття, аналізу, усвідомлення та опрацювання проблем, внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів, корекції неадекватних відносин, установок, емоційних і поведінкових стереотипів на основі аналізу та використання міжособистісної взаємодії [208, 218, 261, 312 та ін]. Таким чином, задачі психокорекції зачіпають:

1. саморозуміння (когнітивний аспект);
2. ставлення до себе (емоційний аспект);
3. саморегуляції (поведінковий аспект) .

У пізнавальній сфері групова психокорекція повинна сприяти тому, щоб її учасники усвідомили:

- які ситуації в групі й у житті викликають страх, тривогу, напругу та інші негативні емоції;

- особливості своєї поведінки й емоційного реагування;

- як сприймається їхня поведінка іншими, як оцінюють оточуючі ті чи інші особливості поведінки, емоційного реагування, як відгукуються на них, які наслідки ця поведінка має;

- існуючу неузгодженість між власним образом Я і сприйняттям себе іншими;

- власні мотиви, потреби, прагнення, відносини, установки, особливості поведінки, емоційного реагування, а також ступінь їх адекватності, реалістичності й конструктивності;

- характерні захисні механізми; внутрішні психологічні проблеми й конфлікти; особливості міжособистісної взаємодії, міжособистісні конфлікти та їх причини; особливості формування системи ставлень;

- власну роль у виникненні й збереженні конфліктних ситуацій, а також те, яким шляхом можна було б уникнути їх повторення в майбутньому.

В емоційній сфері групова психокорекція повинна допомогти учасникам:

- отримати емоційну підтримку з боку інших учасників і психолога, що призводить до переживання власної цінності, ослаблення захисних механізмів, зростання відкритості, активності і спонтанності; переживання в групі тих почуттів, які учасники відчувають у повсякденному житті;

- пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій;

- навчитися більш точного розуміння своїх почуттів;

- розкрити свої проблеми з відповідними їм переживаннями;

- модифікувати сприйняття себе самого і своїх відносин з іншими; зробити емоційну корекцію своїх відносин.

У поведінковій сфері групова корекція повинна допомогти учасникам:

- придбати здатність більш щирого, вільного спілкування;

- подолати неадекватні форми поведінки, які проявляються в групі, зокрема, пов'язані з униканням складних ситуацій;

- придбати навички поведінки, пов'язані із співпрацею, взаємодопомогою, відповідальністю й самостійністю;

- закріпити нові форми поведінки, зокрема ті, які сприяють адаптації в реальному житті;

- виробити й закріпити адекватні форми поведінки й реагування на основні досягнення у пізнавальній та емоційній сферах.

Психокорекційні групи - це можливість отримання зворотнього зв'язку і підтримки від людей, що мають спільні проблеми чи переживання з конкретним учасником групи. У процесі групової взаємодії приходить прийняття цінностей і потреб інших [236]. У групі людина відчуває себе прийнятним і таким, що сама приймає, вона викликає довіру й довіряє, відчуває себе оточеною турботою і сама дбає. У підтримуючих і контрольованих умовах, людина може навчатися новим умінням, експериментувати з різними стилями відносин серед рівних партнерів [208 та ін.].

Як ідеологічна основа психокорекційного комплексу виступили ідеї клієнт-центрованого підходу К. Роджерса [122, 229, 332-336]. Важливою є ідея К. Роджерса про тенденцію до самоактуалізації, яка розглядається як процес здійснення людиною упродовж усього життя своїх можливостей з метою стати повноцінно функціонуючою особистістю.

Мета клієнт-центрованої психотерапії полягає в допомозі людині у приведенні її Я-концепції у відповідність із існуючим досвідом і досягненні більшого самоприйняття, що дозволить їй більшою мірою реалізувати свій природний потенціал [122, 229 та ін.].

У якості умов психокорекційного процесу в клієнт - центрованому підході висуваються наступні характеристики даних умов: безумовна позитивна оцінка, емпатія, конгруентність. Якщо відбувається дотримання зазначених умов, то можливе протікання психокорекційного процесу в наступному напрямку [2]:

- Учасник корекції вільніший в натуральному вираженні почуттів;
- Виражені почуття перестають бути безликими і все більше відносяться до «Я»;
- Усвідомлення загрози невідповідності переживань і «Я-концепції»;
- Усвідомлення почуттів, щодо яких раніше відзначалися відмови і спотворення;
- Реорганізація «Я-концепції», асиміляція переживань, що раніше придушувалися;
- Зростання самооцінки;
- Джерелом відчуття стають власні відчуття.

Психокорекційний комплекс побудований за полімодальним принципом і включає наступні елементи провідних на сьогоднішній день напрямів психокорекції.

Поведінковий напрям [27, 87, 151, 176, 177, 300 і ін.]. Як актуальні задачі для нашої психокорекційної роботи акумульованих поведінковим напрямом є такі: побудова нових стереотипів поведінки, нівелювання неадаптивних стереотипів поведінки, розширення поведінкового репертуару.

Когнітивний напрям [10, 87, 111, 152 і ін.]. Як актуальні задачі для нашої психокорекційної роботи акумульованих когнітивним напрямом є: зміна переконань, що беруть участь у формуванні неадаптивної поведінки і негативних переживань, корекція неправильної переробки інформації.

Ігротерапія [10, 13, 18, 27, 60, 87, 95, 104 та ін.] – метод психокорекційного впливу на дітей і дорослих із використанням гри й ігрових елементів. Основними задачами ігротерапії є: розширення форм самовираження, підвищення комунікативної компетентності, підвищення рівня самоприйняття, розвиток саморегуляції.

Психогімнастика [151, 218, 219, та ін.] є методом, за допомогою якого учасники психокорекційних заходів виявляють себе й спілкуються між собою без слів. Цей метод ефективний тим, що дає можливість оптимізувати соціально перцептивну сферу дітей і дорослих за допомогою переміщення уваги на «мову тіла», просторові й тимчасові особливості спілкування. Психогімнастика передбачає вираження почуттів, емоцій за допомогою міміки, пантоміміки, рухів. Задачі, які вирішувались за допомогою психогімнастичних вправ, в нашому психокорекційному комплексі наступні: зменшення напруги учасників групи, зменшення тривоги, розвиток уваги, скорочення психологічної дистанції між учасниками, розвиток здатності виражати свої почуття, думки, стану без слів, навчитися розуміти невербальну поведінку інших людей .

Арт-терапія [141, 142, 328 та ін.] - форма психотерапії, заснована на образотворчому мистецтві. Основне завдання арт-терапії полягає в розвитку самовираження й самопізнання дитини й дорослих. Цей метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати й виражати їх на символічному рівні. Основна мета арт-терапії полягає в гармонізації розвитку особистості через розвиток здатності самовираження й самопізнання.

У психокорекційному комплексі взяло участь 20 часто хворюючих дітей (10 дівчаток і 10 хлопчиків) у віці від 8 до 11 років ($M = 9,15$). Їх батьки в

кількості 40 осіб (20 матерів і 20 батьків) у віці від 28 до 42 років. Усі батьки мають вищу освіту, та працюють.

Дітей було відібрано за результатами психодіагностики на попередньому етапі. У всіх дітей порушена система ставлень та наявні дисфункціональні та деструктивні батьківські ставлення (табл. 3.1). Ці діти та батьки склали емпіричну групу (Група 1). Групи склалися за власним бажанням сімей, після закінчення психодіагностичного та установчого етапів.

Таблиця 3.1.

Поширеність типів сімейного ставлення у емпіричній групі

Типи сімейної взаємодії	Гр.1(%)
Гармонійний	5
Вибірково-відкидаючий	5
Коаліція з матір'ю	60
Відкидаючий	20
Кумир родини	10

Також було сформовано групу контролю (Група 2), яку склали 20 ЧХД, які пройшли діагностичний етап, але не проходили програму психокорекції.

Перший блок психокорекційного комплексу (психокорекційна програма для ЧХД) складається з 15 занять по 1,5 години кожне; заняття проводили два рази на тиждень (загальне число годин -22, 5 год). Другий блок психокорекційного комплексу (тренінг для батьків ЧХД) складався з 10 занять по 1,5 години кожне, частота зустрічей - 1 раз на тиждень (загальне число годин - 15 годин). Третій блок психокорекційного комплексу (педагогічна конференція) складався з одноразового заняття тривалістю 2,5 години. Четвертий блок психокорекційного комплексу (індивідуальні психокорекційні заняття з ЧХД і їх батьками) включав 4 зустрічі тривалістю 1 година кожне.

У цілому психокорекційний комплекс був реалізований упродовж 2,5 місяців.

Структура психокорекційного заняття складається з чотирьох етапів (рис. 3.5):

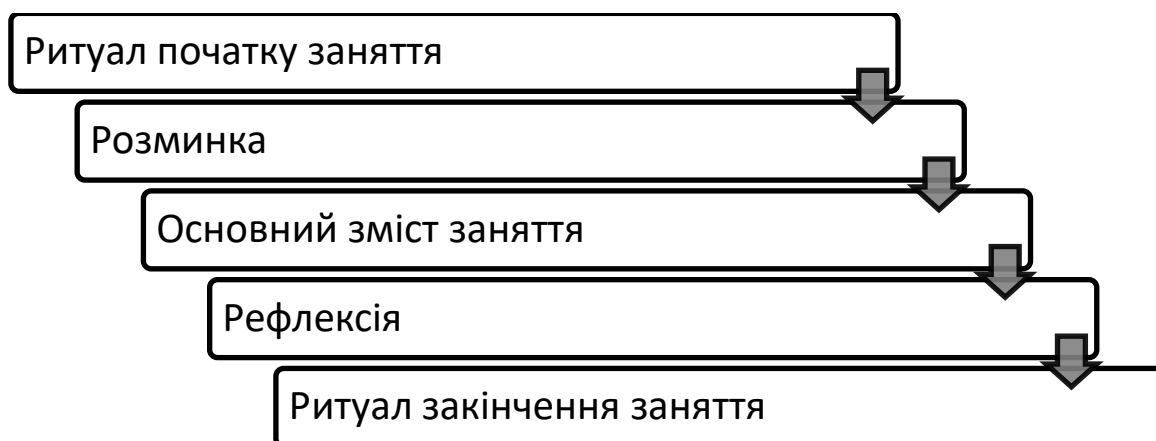


Рис.3.5 Структура психокорекційного заняття

- Ритуал початку заняття - дозволяє об'єднувати дітей, створювати атмосферу групової довіри й прийняття;

- Розминка - виконує важливу функцію налаштування на продуктивну групову діяльність;

- Основний зміст заняття - сукупність психотехнічних вправ і прийомів, спрямованих на вирішення завдань даного заняття;

- Рефлексія - оцінка заняття;

- Ритуал закінчення заняття - дозволяє об'єднувати дітей, створювати атмосферу групової довіри й прийняття.

Третій блок психокорекційного комплексу спрямований на поглиблення уявлень вчителів про психологічні особливості частохворюючих дітей і формування ефективних стратегій психолого-педагогічної взаємодії з цією категорією дітей, що реалізується за допомогою педагогічної конференції. Конференція розрахована на 2,5 години. Етапи педагогічної конференції:

1. Підготовка до конференції. Педагогам пропонувалося подумати над тими психологічними особливостями, які притаманні ЧХД, і над тим, які психолого-педагогічні стратегії сприяють кращому встановленню контакту з такими дітьми та дозволяють забезпечити гармонійний розвиток дитини. За бажанням, педагоги могли підготувати письмові тези.

2. Виступи на конференції. Педагоги по черзі виступають зі своїми повідомленнями на задану тему, діляться власними педагогічними спостереженнями, пропонують стратегії взаємодії з ЧХД.

3. Обговорення. На цьому етапі педагоги й психолог обговорюють можливі варіанти педагогічної допомоги частохворюючим дітям, важливість психологічної підтримки цього контингенту дітей через можливі проблеми.

4. Написання резолюції за результатами конференції «Часто хворююча дитина», у якій буде відображено основні теми та моменти, які були висвітлені на конференції.

Залежно від типу сімейного виховання було розроблено 4 програми індивідуальних занять із сім'ями ЧХД. У їх основу покладено дані проєктивної методики «Кінетичний малюнок родини», у результаті якої були визначені наступні типи виховання:

Відкидаючий тип (характеризується низьким рівнем емоційних зв'язків у родині, у дитини відсутні почуття спільності з сім'єю, дитина переживає почуття знедоленої людини і покинутості, все це протікає на фоні негативного самостварення і зниженої самооцінки). Задвданням індивідуальних

психокорекційних занять є підвищення сімейної згуртованості, зростання рівня емоційного зв'язку між членами родини, формування батьківської компетентності, підвищення рівня самооцінки дитини.

Вибірково-відкидаючий тип (характеризується проблемами у внутрішньо-сімейних стосунках і негативним емоційним ставленням до одного з членів сім'ї, середнім рівнем емоційного зв'язку в сім'ї, почуттям власної незначимості в житті сім'ї частохворюючої дитини). Завданням індивідуальних психокорекційних занять є налагодження зв'язків між членами родини, формування позитивного досвіду взаємовідносин із відкинутим членом сім'ї, розвиток почуття значущості в житті родини.

Коаліція з матір'ю (характеризуються емоційно близькими, довірливими стосунками між матір'ю та дитиною, при емоційному дистанціюванні батька). Завдання індивідуальних психокорекційних занять є руйнування коаліції між діадою мати-дитина і формування сімейного альянсу дитина - батьки.

Кумир родини (характеризується наявністю дитячого егоцентризму, вихованням за типом «кумир родини»). Завданням індивідуальних психокорекційних занять є перерозподіл «влади», підтримка батьків в створенні нових правил сімейного взаємодії, ослаблення центрації дитини в сімейній взаємодії.

Програма індивідуальних занять із сім'ями ЧХД з типом сімейного виховання «відкидаючий»

Заняття 1

1. Батьки разом із дитиною виконують аплікацію «Ромашка». У центр квітки необхідно вписати ім'я дитини, на пелюстках - пестливі похідні від імені або сімейні прізвиська, внизу на стеблинці - ім'я, із яким мама звертається до дитини, коли сердиться. Сонечко приклеїти на пелюстку зі звертанням, яке дитині подобається найбільше.

2. «Ім'я». Діти повинні розпитати батьків про своє ім'я, чому їх так назвали.

3. Намалюємо ім'я. В продовження попередньої процедури батьки разом з дитиною малюють ім'я дитини. Для цього використовується доброякісний папір, крейда для малювання, фломастери, маркери, кольорові олівці, фарби для малювання.

4. «Так - ні», «Ні - так». Батьки і діти сидять на килимі, спираючись на спину один одного. При цьому довірливо вимовляється: «Так - ні», «Ні - так». Потім відбувається обговорення, що простіше було говорити «так» чи «ні».

Домашнє завдання. Кожен із батьків удома повинен написати своїй дитині лист із побажаннями, діти пишуть обом батькам лист з побажаннями.

Заняття 2

Перевірка домашнього завдання.

1. «Малюнок утрюх». «Намалюйте малюнок, який буде називатись «Наш дім». Папір і олівці вже лежать на столах. У вас є 15 хв., щоб виконати завдання, але вам не можна домовлятися про те, що ви будете малювати, і взагалі говорити один з одним!» Під час виконання вправи ведучий може включити спокійну музику. Під час презентації робіт ведучий просить дитину розповісти, як був намальований малюнок, хто був головним генератором ідей, що допомагало і заважало роботі, яким чином домовлялися про деталі малюнка. Обговорюються також ті особливості взаємодії батьків і дітей, які виявлялися на різних етапах виконання завдання: співпраця, суперництво, орієнтація на інтереси партнера або їх ігнорування.

2. «Лавина». «Уявіть, що ваш будинок під час вихідних занесло снігом. Ви не можете ні вибратися, ні зв'язатися з ким-небудь, ні отримати допомогу раніше понеділка. Ви зовсім одні, у вас немає ніяких обов'язків, ніякої домашньої роботи. Подумайте, як ви використаєте цю ситуацію, щоб створити собі веселе проведення часу. У вас є хороша музика, книги, їжа, ігри, гаряча вода, ручка і папір, але немає телевізора і радіо». Після того, як робота

завершена, сім'ї пропонується здійснити ці плани в найближчий вихідний: «Чи варто чекати, коли ваш будинок занесе снігом?»».

3. Опис картинок по Роршаху. Батьки і дитина по черзі отримують одну з 10 картинок із зображеннями плям Роршаха. Їм пропонується спочатку назвати якомога більше ідей про те, на що це схоже, а потім прийти до однієї назви. Після того, як кожна пара мала можливість пофантазувати, всі інші можуть дати свої варіанти відповідей, так як дітям дуже хочеться сказати, що вони бачать. Ця робота не тільки сприяє розвитку спільної уяви батьків і дитини, але й є гарним діагностичним засобом сфери батьківсько-дитячої взаємодії.

Заняття 3

1. «Наша сім'я». «Сім'я» створює свій герб, вибирає девіз, фамільну реліквію або історію, якою вона пишається, і якусь сімейну таємницю, про яку не розповідають оточуючим. Усі міркування заносяться на папір у вигляді записів і малюнків.

2. Вправа «Магазин». Сім'я здійснює покупки в магазині, продавцем в якому працює ведучий. За умовами гри, всі прийшли до магазину в плавках або купальниках. Для того щоб щось купити, треба відгадати слово, задумане ведучим. Ведучий бере картинку і питає: «Який це фрукт (овоч, тварина, меблі)?» Члени сім'ї по черзі говорять назви. При правильній відповіді сім'я отримує можливість купити будь-яку річ.

3. «Мальований короткометражний мультфільм». Дитина спільно з батьками придумує сюжет для мультфільму, після чого всі втрьох малюють сцени зі створеного сюжету, після цього сцени демонструються й озвучуються.

Заняття 4

1. Ми єдиний організм. Родині пропонується придумати єдиний організм, це може бути що завгодно: годинник, тварина, птах, головне, що організм повинен рухатись і діяти спільно.

2. Маленькі сімейні радощі. Психолог каже про те, що в житті кожної сім'ї є свої маленькі сімейні радощі, сім'я повинна подумати які радощі є у неї, після чого маленькі сімейні радощі в реальній або абстрактній формі замальовують.

3. Наша мрія. Родині пропонується намалювати спільну мрію. Потім її презентує дитина.

Програма індивідуальних занять з сім'ями, які реалізують вибірково-відкидаючий тип виховання

Заняття 1

1. Батьки разом із дитиною виконують аплікацію «Ромашка». При цьому велике навантаження лягає на батька (або того члена родини, що відкидається), який повинен в центр квітки вписати ім'я дитини, на пелюстках - пестливі похідні від імені або сімейні прізвиська, внизу на стеблині ім'я, з яким батько звертається до дитини (або буде звертатися до дитини), коли сердиться. Сонечко приклеїти на пелюсток зі звертанням, яке дитині подобається найбільше.

2. «Ім'я». Дитина повинна розпитати батьків про їх імена, чому їх так назвали, чи подобається їм це ім'я, яке ім'я вони, можливо, хотіли в дитинстві.

3. Намалюємо ім'я. В продовження попередньої процедури батьки разом з дитиною малюють ім'я дитини. Для цього обирається доброякісний папір, крейда для малювання, фломастери, маркери, кольорові олівці, фарби для малювання. Батьки, разом з дитиною, малюють ім'я дитини. При цьому батько, або той, хто відкидається, знаходиться ближче до дитини, прийнятого члена сім'ї психолог просить проявляти меншу активність.

Домашнє завдання. Кожен з батьків вдома повинен написати своїй дитині лист з побажаннями, діти пишуть обом батькам лист із побажаннями.

Заняття 2

Перевірка домашнього завдання.

2. «Малюнок втрюх». «Намалюйте малюнок, який буде називатися «Наш дім». Папір і олівці вже лежать на столах, знайдіть, будь ласка, собі місце. У вас є 15 хвилин, щоб виконати завдання, але вам не можна домовлятися про те, що ви будете малювати, і взагалі говорити один з одним!». Під час виконання вправи ведучий може включити спокійну музику. Для презентації робіт дається (15 хв.). Ведучий просить дитину розповісти, як був намальований малюнок, хто був ініціатором ідей, що допомагало або заважало роботі, яким чином домовлялися про малювання деталей. Обговорюються також ті особливості взаємодії батьків і дітей, які виявлялися на різних етапах виконання завдання: співпраця, суперництво, орієнтація на інтереси партнера або їх ігнорування.

3. «Лавина». «Уявіть, що ваш будинок занесло снігом під час вихідних, ви не можете ні вибратися, ні зв'язатися з ким-небудь, ні отримати допомогу раніше понеділка. Ви зовсім одні, у вас немає ніяких обов'язків, ніякої домашньої роботи. Придумайте, як ви використовуєте цю критичну ситуацію, щоб створити собі веселе проведення часу. У вас є хороша їжа, музика, книги, ігри, гаряча вода, ручка і папір, але немає телевізора і радіо». Після того, як робота завершена, учасникам пропонується здійснити ці плани в найближчий вихідний: «Чи варто чекати, коли ваш будинок занесе снігом?».

3. Вправа «Магазин». Сім'я здійснює покупки в магазині, продавцем в якому працює ведучий. За умовами гри всі прийшли в магазин в плавках або купальниках. Для того щоб щось купити, треба відгадати слово, задумане ведучим. Ведучий бере картинку і питає: «Який це фрукт (овоч, тварину, меблі)?» Члени сім'ї по черзі говорять за назвою. При правильній відповіді сім'я отримує можливість купити будь-яку річ.

Заняття 3

1. «Мальований короткометражний мультфільм». Дитина разом з батьком придумує сюжет для мультфільму, після чого вони удвох малюють сцени зі

створеного сюжету, після чого сцени демонструються і озвучуються для глядачів (психолог і мама).

2.«Обійми». Психолог дає інструкцію: «Обніміться всі втрьох, як ніби ви не бачилися дуже давно, тепер нехай тато обніме дитину, як ніби він не бачив її дуже давно, тепер дитина нехай обійме тата, як ніби вона не бачила його дуже давно, тепер тато і дитина нехай обіймуться, як ніби раді щасливій звістці, тепер нехай дитина обійме тата так, як ніби вони побачаться дуже не скоро, тепер нехай тато обійме дитину, як ніби дитина потребує підтримки, тепер нехай дитина обійме тата, як ніби у тата неприємності, тепер нехай мама обійме тата і дитину разом, показуючи всю глибину почуттів до них.

3. Сімейне селфі. Родині пропонується зробити кілька сімейних селфі. Після завершення фотосесії, обирається найкраща фотографія та укладається угода, що саме ця фотографія повинна знаходитись на такому місці у квартирі, щоб її бачили всі гості.

4. Наші плани. Родині пропонується обговорити питання: «Де ми не були, але хотіли б побувати? Що ми не робили, але хотіли б зробити разом?» Складається список, приймається рішення про терміни виконання.

Заняття 4

1. Сімейна мандала. Психолог дає заздалегідь підготовлену мандалу для розфарбовування і дає інструкцію: «Вам потрібно прикрасити мандалу так, щоб на ній, як в колі вашої сім'ї, були відображені ви самі, в мандалі безліч елементів, подивіться на них, які елементи асоціюються у вас з кожним з вас, працюйте не поспішаючи, і радьтеся один з одним».

2. «Ви не знаєте, що я» Кожен починає фразу зі слів «Ви не знаєте, що я». Спочатку тато, потім мама, потім дитина.

3. Малювання пальцями. Родині пропонується зобразити все що завгодно, без допомоги олівців, а за допомогою пальців.

Програма індивідуальних занять з сім'ями реалізують тип виховання «Кумир родини»

Заняття 1

1. Батьки разом з дитиною виконують аплікацію «Ромашки». У центр квіток вписуються імена мами і тата дитини, на пелюстках - пестливі похідні від імен або сімейні прізвиська.

2. «Ваги обов'язків». Родині пропонується скласти два списки: перший - «Обов'язки батьків по відношенню до дитини»; другий - «Обов'язки дитини по відношенню до батьків». Зіставлення, «зважування» цих списків дає привід для обговорення ступеня справедливості ситуації, що склалася у родині.

3. «Ім'я». Діти повинні розпитати батьків про своє ім'я, чому їх так назвали, а також спитати про походження імен своїх батьків.

3. Намалюємо ім'я. Після закінчення минулої процедури батьки спільно з дитиною малюють ім'я дитини. Після чого дитина спільно з батьками малює імена обох з них.

Домашнє завдання. Кожен з батьків вдома повинен написати своїй дитині лист з побажаннями, діти пишуть обом батькам лист з побажаннями.

Заняття 2

1. Перевірка домашнього завдання.

1. «Малюнок втрюх». «Намалюйте малюнок, який буде називатися «Наш дім». Папір і олівці вже лежать на столах, знайдіть, будь ласка, собі місце. У вас є 15 хв., щоб виконати завдання, але вам не можна домовлятися про те, що ви будете малювати, і взагалі говорити один з одним!». Під час виконання вправи ведучий може включити спокійну музику. На представлення робіт (15 хв.) Ведучий просить дитину розповісти, як був намальований малюнок, хто був ініціатором ідей, що допомагало, або заважало роботі, яким чином домовлялися

про промальовування деталей. Обговорюються також ті особливості взаємодії батьків і дітей, які виявлялися на різних етапах виконання завдання: співпраця, суперництво, орієнтація на інтереси партнера або їх ігнорування.

2. «Лавина». «Уявіть, що ваш будинок занесло снігом під час вихідних, ви не можете ні вибратися, ні зв'язатися з ким-небудь, ні отримати допомогу раніше понеділка. Ви зовсім одні, у вас немає ніяких обов'язків, ніякої домашньої роботи. Придумайте, як ви використовуєте цю критичну ситуацію, щоб створити собі веселе проведення часу. У вас є хороша їжа, музика, книги, ігри, гаряча вода, ручка і папір, але немає телевізора і радіо». Після того, як робота завершена, учасникам пропонується здійснити ці плани в найближчий вихідний: «Чи варто чекати, коли ваш будинок занесе снігом?».

3. Опис картинок за Роршахом. Сім'я по черзі отримує одну з 10 картинок із зображеннями плям Роршаха. Їм пропонується спочатку назвати якомога більше ідей про те, на що це схоже, а потім прийти до однієї назви.

Заняття 3

1. «Наша сім'я». «Сім'я» створює свій герб, вибирає девіз, фамільну реліквію або історію, якою вона гордиться, і якусь сімейну таємницю, про яку не розповідають оточуючим. Всі міркування заносяться на папір у вигляді записів і малюнків.

2. «Мої кольорові батьки». Дитині пропонується упродовж 10 хвилин подумати над питанням, з яким кольором асоціюється кожен з батьків. Потім діставати картки з кольором і говорити, з ким із батьків даний колір асоціюється і чому.

3. Вправа «Магазин». Сім'я здійснює покупки в магазині, продавцем в якому працює ведучий. За умовами гри всі прийшли в магазин в плавках або купальниках. Для того щоб щось купити, треба відгадати слово, задумане ведучим. Ведучий бере картинку і питає: «Який це фрукт (овоч, тварина,

меблі)?» Члени сім'ї по черзі говорять назви. При правильній відповіді сім'я отримує можливість купити будь-яку річ.

Заняття 4

1. Турбота про батьків. Дитині пропонується висловити турботу про батьків: 1) жестом; 2) мімікою; 3) вербально. Далі йде обговорення того, що саме намагалась висловити дитина і чи зрозуміли її батьки .

2. Хвала батькам. Дитині пропонується скласти хвалебну промову батькам, де вона би розкрила якомога більше того, що батьки роблять для неї, та що вона так цінує. Після цього, дитина презентує розповідь батькам.

3. Квіти та садівник. Батькам дається інструкція в письмовому вигляді так, щоб дитина не бачила її змісту. Батькам пропонується грати роль квітів, при цьому зображуючи стан рослин: зневоднення, втому від посухи, дощу, тощо. При цьому ведучий говорить дитині: «Перед тобою дві квітки в твоєму квітнику, на вулиці стоїть неймовірна спека (злива і т.д.), визнач, як почувають себе твої квіти, міркуй вголос, чи потребують вони твоєї допомоги, що ти можеш зробити для них?»

Програма індивідуальних занять з сім'ями реалізують тип виховання «Коаліція з матір'ю»

Заняття 1

1. «Мені подобається, що ти ...». Батько і дитина сідають поруч і розмовляють, постійно промовляючи початок запропонованої фрази «Мені подобається, що ти ...» і додаючи до неї своє закінчення. Тим самим виникає позитивний діалог, батько дає дитині, а дитина - батьку «зворотний зв'язок».

2.«Ім'я мами». Дитина, спільно з батьком, розпитують маму про походження її імені. Потім малюють маму, поруч малюють її ім'я, та презентують їй в якості подарунка.

3. Вправа «Магазин». Сім'я здійснює покупки в магазині, продавцем в якому працює ведучий. За умовами гри всі прийшли в магазин в плавках або купальниках. Для того щоб щось купити, треба відгадати слово, задумане ведучим. Ведучий бере картинку і питає: «Який це фрукт (овоч, тварина, меблі)?» Члени сім'ї по черзі говорять назви. При правильній відповіді сім'я отримує можливість купити будь-яку річ.

4. «Мої кольорові батьки». Дитині пропонується упродовж 10 хвилин подумати над питанням, з яким кольором асоціюється кожен з батьків. Потім діставати картки з кольором і говорити, з ким із батьків даний колір асоціюється і чому.

Заняття 2

1. «Наша сім'я». «Сім'я» створює свій герб, вибирає девіз, фамільну реліквію або історію, якою вона гордиться, і якусь сімейну таємницю, про яку не розповідають оточуючим. Всі міркування заносяться на папір у вигляді записів і малюнків. За бажанням вони демонструються ведучому.

2. Сімейна мандала. Психолог дає заздалегідь підготовлену мандалу для розфарбовування і дає інструкцію: «Вам потрібно прикрасити мандалу так, щоб на ній, як в колі вашої сім'ї, були відображені ви самі, в мандалі безліч елементів, подивіться на них, які елементи асоціюються у вас з кожним з вас, працюйте не поспішаючи, і радьтеся один з одним».

3. Ми з татом вміємо! Дитина і батько об'єднуються в змагальну гру проти мами. Завдання придумати продовження фрази: «Ми з татом вміємо», мама в свою чергу придумує, як відповісти, наприклад: «Ми з татом вміємо лагодити ноутбук», мама: «А я вмію готувати квас з вівсяних пластівців без дріжджів».

Заняття 3

1. Опис картинок по Роршаху. Сім'я по черзі отримує одну з 10 картинок із зображеннями плям Роршаха. Їм пропонується спочатку назвати якомога

більше ідей про те, на що це схоже, а потім прийти до однієї назви. Після того, як кожна пара мала можливість пофантазувати, всі інші можуть дати свої варіанти відповідей, так як дітям дуже хочеться сказати, що вони бачать. Ця робота не тільки сприяє розвитку спільної уяви батька і дитини, але і служить гарним діагностичним засобом сфери батьківсько-дитячої взаємодії.

2. «Малюнок втрюх». «Намалюйте малюнок, який буде називатися «Наш дім». Папір і олівці вже лежать на столах, знайдіть, будь ласка, собі місце. У вас є 15 хв., Щоб виконати завдання, але вам не можна домовлятися про те, що ви будете малювати, і взагалі говорити один з одним!» Під час виконання вправи ведучий може включити спокійну музику. На представлення робіт (15 хв.) Ведучий просить дитину розповісти, як був намальований малюнок, хто був ініціатором ідей, що допомагало, або заважало роботі, яким чином домовлялися про промальовування деталей. Обговорюються також ті особливості взаємодії батьків і дітей, які виявлялися на різних етапах виконання завдання: співпраця, суперництво, орієнтація на інтереси партнера або їх ігнорування.

2. «Лавина». «Уявіть, що ваш будинок занесло снігом під час вихідних, ви не можете ні вибратися, ні зв'язатися з ким-небудь, ні отримати допомогу раніше понеділка. Ви зовсім одні, у вас немає ніяких обов'язків, ніякої домашньої роботи. Придумайте, як ви використовуєте цю критичну ситуацію, щоб створити собі веселе проведення часу. У вас є хороша їжа, музика, книги, ігри, гаряча вода, ручка і папір, але немає телевізора і радіо». Після того, як робота завершена, учасникам пропонується здійснити ці плани в найближчий вихідний: «Чи варто чекати, коли ваш будинок занесе снігом?».

Заняття 4

1. Сімейне селфі. Родині пропонується зробити кілька сімейних селфі. Після завершення фото сесії, обирається найкраща фотографія да укладається угода, що саме ця фотографія повинна знаходитись на такому місці у квартирі, щоб її бачили всі гості.

2. «Обійми». Психолог дає інструкцію: «Обніміться всі втрьох, як ніби ви не бачилися дуже давно, тепер нехай тато обніме дитину, як ніби він не бачив її дуже давно, тепер дитина нехай обійме тата, як ніби вона не бачила його дуже давно, тепер тато і дитина нехай обіймуться, як ніби радіють щасливій звістці, тепер нехай дитина обійме тата так, як ніби вони побачаться дуже не скоро, тепер нехай тато обійме дитину, як ніби дитина потребує підтримки, тепер нехай дитина обійме тата, як ніби у тата неприємності, тепер нехай мама обійме тата і дитину разом, показуючи всю глибину почуттів до них ».

3. Наш секрет. Тато й дитина придумують секрет, який мама повинна відгадати.

Після останнього заняття для дітей було організовано свято, де вони могли розповісти про свої враження.

Для оцінки ефективності психокорекційної комплексу було задіяно три критерії оцінки: суб'єктивно-пережиті зміни учасників (психодіагностика дітей та відгуки батьків); об'єктивно-реєстровані зміни; стійкість змін [5].

Суб'єктивно-пережиті зміни учасників (батьків) оцінювалися за результатами суб'єктивних звітів батьків, які брали участь у психокорекційному комплексі. Суб'єктивні звіти батьки оформляли в письмовому вигляді. Батьків просили описати свої враження від участі в психокорекційному комплексі, чи вважають вони корисним участь у програмі, які зміни відбулися з ними й їхньою дитиною, чи виправдала участь їх очікування, якщо так, то в якій мірі, які етапи виявилися для них більш значущими, коли вони стали помічати зміни.

Наведемо приклад звітів сім'ї Ковальових.

Софія, 36 років, виховує єдиного сина, який часто та тривав хворіє. «Коли запропонували брати участь в психокорекції мені з чоловіком і нашої дитині, я не сумнівалася ні на хвилину, що це потрібно і буде корисно для дитини. Чоловік не одразу погодився на моє бажання участі, але все ж, я його вмовила. Я не вважала, що в нашій родині щось не так, і дійсно особливо великих

проблем ніколи не було. Але після першого заняття, я усвідомила свою наївність і недалекоглядність. У нашій родині дійсно все не погано, але тепер я знаю, що є вади, які з часом могли б стати причиною багатьох проблем для дитини. Перше заняття, коли нам розповідали, які бувають типи виховання, якими особливостями володіють діти, які часто хворіють, я, з одного, боку занепокоїлась, а з іншого і зраділа, що тепер я володію цією інформацією і значить все в моїх силах. Я якось думала, що далі нам теж будуть розповідати, що робити, але такі заняття проводилося зовсім по-іншому і мене це трохи розчарувало. Я і на наступне заняття прийшла з деякою тривогою, згодом я зрозуміла сенс всього, що відбувається, це було настільки важливо, і корисно, і, слід зауважити, цікаво. Я, звичайно, намагалася все аналізувати після завершення занять, насправді з багатьма батьками не могли розійтися, все обговорювали наші спільні проблеми. Це дуже корисний досвід, дуже.

Тепер хочу сказати, які зміни відбулися з моєю дитиною. Коли було перше заняття, я дуже хвилювалася, так як мій син не любить великі компанії дітей, я боялася, що він все кине, або йому там буде погано, він прийде буде плакати й просити: «Мамочко, можна я туди не піду». Але все сталося всупереч моїм тривожним очікуванням, він прийшов й гарному настрої, був балакучий, охоче ділився враженнями від заняття. З кожним разом син приходив все більше й більше задоволений, веселий, розкутий. На сьогоднішній день дитина стала жвавішою, енергійнішою, більш рухливою. Також останнім часом він став приносити кращі бали, раніше ми завжди з ним багато займалися, він завжди добре підготовлений, але високі бали були рідкістю, я завжди знала, що це через його сором'язливість, тривожність. Тепер він став, за словами вчителів, більш ініціативний, сміливіший, це і відбивається на його балах, тепер він говорить все, що знає, і, мабуть, перестав боятися помилитися.

Хочеться також сказати про заняття з дитиною. Ці заняття дуже позитивно позначилися на нас усіх, на всій родині. Чоловік багато чого зрозумів. Ми разом з ним багато чого зрозуміли. Я з чоловіком стала спілкуватися більше.

Чоловік частіше спілкується з дитиною. Напевно, все в комплексі це дало такий результат. Багато що ще потрібно обміркувати і виправити, але мені здається вже багато досягнуто. Взагалі я хочу сказати, що визнавати свою батьківську невідповідність важко, але мені і чоловікові це вдалося. Я зацікавилася психологією, читаю книжки про виховання дітей. Загалом, все добре, але цей досвід навчив мене тому, що потрібно бути більш проникливою, ширше на все дивитися, я буду й далі аналізувати все, що відбувається в нашій родині. Чоловік такої ж думки.»

Чоловік Софії, Михайло. «Коли нам запропонували взяти участь у цьому заході, я сумнівався, не те щоб мені не хотілося, просто роботи багато. Дружина вмовила.

Перше заняття, звичайно, змусило сильно задуматися, дружина, мені здалося, оптимістичніше все сприйняла, я якось засмутився, занурився в себе. Подальші заняття були дуже динамічні, цікаві, багато нового, так незвично. Сподобалося, що були інші батьки зі схожою ситуацією. Неприємно було дізнаватися, що ось виявляється ти, Михайло, тато не дуже. Адже я люблю сина. Він мені не байдужий, але як він повинен про це дізнатися? Адже я і правда так рідко з ним говорив, в основному він з дружиною. Я незграбний як батько, але це в минулому. Багато чого я зрозумів. Спасибі і моїй дружині, звичайно, вона розумниця підтримувала мене, не засуджувала, я їй дуже вдячний. Чи корисно це? Звичайно! Це дуже потрібно, я знаю, це така величезна справа, така потрібна програма заходів. Моя дитина змінилася, я змінився. Я наче новий якийсь. Дитина несподівано теж сама підходить, щось розповідає, потрібне, велику справу зробили. Я тепер намагаюся теж з усіх сил, бо все правда сильно змінилося. Спасибі вам велике!»

Сім'я Жолоб, Рита.

«Дуже багато всього хочеться сказати. По-перше, дякую. Тепер по чергу. Буду писати все, так як, напевне, це може бути важливо. Коли запропонували

брати участь у програмі, я не сумнівалась ні на хвилину, чоловік сказав: «Ти мати, знаєш як краще, якщо потрібно я буду ходити». Дуже багато і хороших, і не дуже переживань було, і дуже хвилювалась через чоловіка. Знаєте, я от так згадую перше заняття. Всі сидять, уважні, зосереджені, а мій чоловік тільки з ввічливості, насправді він скептично налаштований був. Я відразу подружилася з мамами, мій чоловік тримався довго від всієї групи осторонь, тільки, напевне, після третього заняття він почав розуміти, що це не гра, що це серйозно. Я думаю, все ж важливими були чоловіки, інші батьки, які по-іншому себе вели, у результаті він зрозумів, що не він один такий розумний, і почав слухати. Потрібно сказати, що у сина з моїм чоловіком завжди були дуже погані відносини. Завжди конфлікти, завжди закиди з боку чоловіка. Вони або не спілкуються, або конфліктують. Так і жили. При цьому чоловік завжди вважав себе хорошим. Але коли стали на заняттях відкриватися погані його сторони, він, як людина самозакохана, запанікував спочатку, що він не такий, яким він себе вважав, а потім і прокинулося в ньому щось батьківське. Він почав сам говорити зі мною про заняття, що він про них думає. Пом'якшав із сином. Знаєте, син пробачив його, на мою думку, ментально. Син теж пом'якшав у відносинах із батьком.

Заняття, на які ми ходили втрих, були дуже корисні. Ну, по-перше, ми проводили разом час, це буває рідко, хоча тепер вирішили з чоловіком що це неправильно й будемо намагатися ходити гуляти разом. Взагалі, в певний момент, чоловік якось виріс, ось він удавав з себе дорослого, а то й справді став дорослим.

Щодо сина суцільний позитив. Заняття, які він відвідував, принесли багато користі для його характеру. Раніше він не хотів ходити в школу, тепер я не чую такого, він перестав постійно нити. Став більш мужнім. Настрій майже завжди хороший, став з хлопцями більше спілкуватися. Навчатися краще не став, але мені це не так важливо як його психологічний стан. Все покращилося.

Чоловік Рити, Олександр.

«Я думаю, буде правильним, якщо я скажу коротко. Вправа «Лист у дитинство і назад» зробила свою справу, напевно, після цього можна було все закінчити. Я все зрозумів. Крім слів подяки мені нічого сказати. Все було дуже професійно, я вдячний. Дитина змінилася, стала активніше, життєрадісніше. Мені є що дати моєму синові, далі все буде по іншому, все буде добре».

Зважаючи на великий емоційний сплеск, який стався у Олександра в результаті закінчення вправи «Лист в дитинство і назад» наведемо його: «Добрий день, Сашо. Пишу тобі з далекого майбутнього, мені 38 років, моєму синові 11. Ти зараз сидиш біля ставка і плачеш, плачеш через несправедливість свого батька, через пасивність своєї матері, нездатної тебе захистити. Тобі боляче, ти самотній, тебе відправили в село до бабусі. Ти хочеш до міста до своїх друзів, але головне, ти хочеш займатися футболом. Футбол для тебе - все, все життя, весь інтерес, але через це ти погано вчишся, не робиш домашні завдання. Ти погано закінчив навчальний рік, і батько виконав свою погрозу: «Ти на все літо поїдеш до бабусі, і футболом займатися не будеш». Ти досить дорослий вже і добре знаєш свого батька, щоб не сумніватися, що так і буде. Сидячи біля ставка ти думаєш, що ось якби у тебе був син, ти б так ніколи ... Ти обіцяєш своєму майбутньому синові підтримку й любов. Саша, але ж ти не стримав обіцянки! Ти дивишся з недовірою ... Занадто ти впевнений в тому, що будеш найкращим батьком на світі! Ти багато років згодом не відрізняєшся від свого батька. Ти так мріяв про сина спортсмена, про його успіхи. Але у тебе народилася хвороблива дитина, він не займається спортом, він часто хворіє. І знаєш, що він тобі не цікавий. Ти став цікавий своєму батькові, коли почав добре вчитися, він почав тобою пишатися, твій же син не може бути спортсменом, тому він тобі не цікавий, ти мало спілкуєшся з ним, мало говориш, мало проявляєш турботи. Твій батько проводив з тобою багато часу в дискусіях, набагато пізніше цього моменту, коли ти плачеш біля ставка, тоді, коли ти вступив до інституту, він цікавився твоїми справами. Твій же син не здатний тебе зацікавити, так як він не відповідає твоїм очікуванням».

Лист від дитини батькові. «Привіт, Олександр. Отримавши від тебе лист, я зрадив, ти мене пам'ятаєш! Але далі ти розповів мені факти зі свого життя, які заподіяли мені біль. Я не можу повірити, що ти це я, що все так ... Олександр, невже ти не розумієш, що я тут страждаю не тільки від відібраної мрії, але й від моторошної самотності, від нерозділеності, від непотрібності своєму батьку таким, як я є. Олександр, я прошу тебе, схаменись і дай своєму синові все те, чого позбавив тебе твій батько. Забудь про спорт, думай про щастя сина, думай про його здоров'я».

Також була проведена кількісна оцінка ефективності участі в програмі за такими параметрами: позитивні зміни з дитиною ($G = 4, p = 0,01$) позитивні зміни зі мною ($G = 13, p \leq 0,05$), позитивні зміни з сім'єю в цілому ($G = 5, p = 0,05$) (рис. 3.6.).

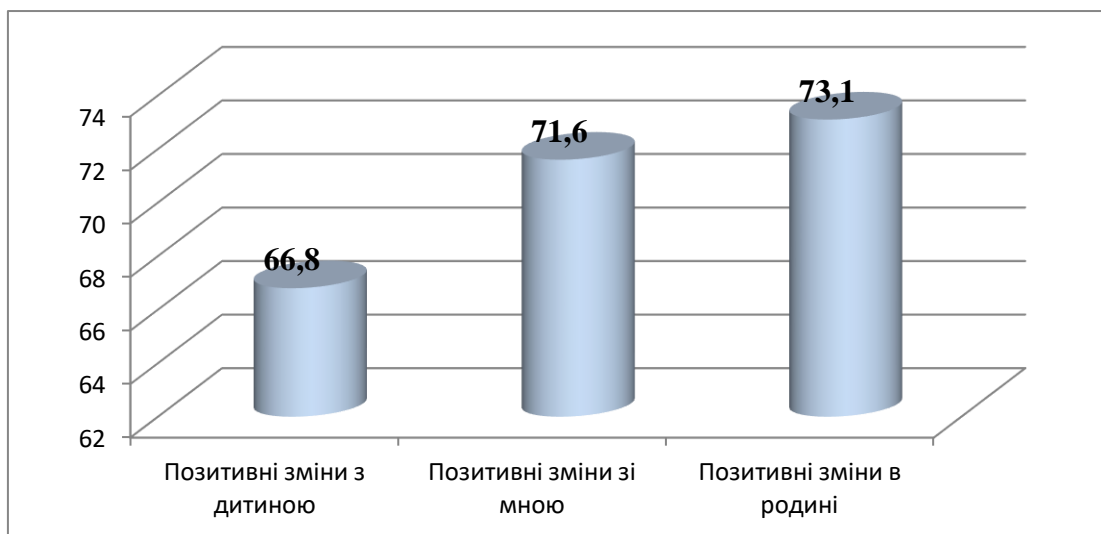


Рис. 3.6. Оцінка батьками позитивних змін після закінчення ПК
(у відсотковому співвідношенні)

Для оцінки об'єктивно-реєстрованих змін використовувався метод експертних оцінок. У якості експертів виступили практикуючі психологи та вчителі дітей. У результаті проведених замірів були зафіксовані такі зміни (табл.3.2).

Таблиця 3.2

Результати ефективності психокорекції (об'єктивне оцінювання) ЧХД, що проходили психокорекцію

Критерії	G
Став більш балакучим	4**
Став веселіше	4 **
Став більш дружелюбним	4 **
Став активнішим на уроках	5 *
Став проявляти лідерські якості	7
Ефективніше вирішує свої проблеми	5 *
Став більш адаптивним	5 *
Розширився поведінковий репертуар	6
Став менш боязким	4* *

Примітка: Кз -g Критерій знаків, ** - $p = 0,01$; $p^{**} \leq 0,05$

Як видно з таблиці, ЧХД, які були учасниками психокорекції, в результаті її проходження стали більш товариськими, веселими, доброзичливими, стали проявляти більше ініціативи під час навчальних занять, стали ефективніше вирішувати свої проблеми, розширився поведінковий репертуар, діти стали менш боязкими. Разом з тим показник лідерства залишився на колишньому рівні, бо частохворюючі діти не проявляють лідерських якостей.

Як критерій ефективності проведеної психокорекційної програми виступили оцінки експертів в контрольній групі ЧХД (20 осіб, які не проходили програму). Як видно з таблиці 3.3, в групі контролю значущих змін не спостерігалось.

Таблиця 3.3

Результати ефективності (об'єктивне оцінювання) (група контролю)

Критерії	G
Став більш балакучим	7
Став веселіше	7
Став більш дружелюбним	7
Став активнішим на уроках	8
Став проявляти лідерські якості	7
Ефективніше вирішує свої проблеми	9
Став більш адаптивним	8
Розширився поведінковий репертуар	8
Став менше боязким	7

Примітка: Кз -G критерій знаків

Стійкість досягнутих результатів психокорекції перевірялася за допомогою повторної діагностики рівня шкільної тривожності Філліпса через три місяці після завершення психокорекційного комплексу. Результати наведені у табл 4.4. З отриманих результатів наглядно видно, що у дітей, що не проходили програму корекції – показники не змінилися.

Таблиця 3.4

Результати повторного тестування шкільної тривожності ЧХД, (оцінка стійкості психокорекційного ефекту)

Фактори	Заміри	M	Σ	G
Загальна тривожність у школі	До	72,20	14,68	3* *
	Після	54,07	14,39	
Переживання соціального стресу	До	32,74	7,71	4 **
	Після	18,26	7,31	
Фрустрація потреби в досягненні успіху	До	65,66	8,83	4**
	Після	48,20	12,82	
страх самовираження	До	74,97	14,15	4 **
	Після	55,98	7,95	

Продовження таблиці 4.4

Страх ситуації перевірки знань	До	77,97	11,12	5*
	Після	54,95	13,63	
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	До	70,00	16,99	4**
	після	52,00	13,98	
Низька фізіологічна опірність стресу	до	81,00	13,70	5*
	після	74,00	14,29	
Проблеми і страхи у відносинах з Учителем	до	61,25	9,22	3 **
	після	30,00	15,81	

Примітка: $p^{**} \leq 0,01$; $p^{**} \leq 0,05$, через три місяці після проходження ПК

Із таблиць видно, що в учасників психокорекційного комплексу, показники тривоги значно зменшились, у той час як частоворюючі діти, які не проходили програму корекції (контрольна група), не змінилися у рівні прояву тривоги.

Для виявлення змін у внутрішньо сімейній сфері було повторно проведено методику «Кінетичний малюнок сім'ї». Якщо до програми психокорекції, гармонійний тип був наявний лише у малій кількості випадків, то після корекції він збільшився. Інші типи виховання також зазнали змін (табл.3.5.)

Таблиця 3.5.

Поширеність типів сімейної взаємодії після проходження ЧХД програми психокорекції

Типи взаємодії	G- критерій
Гармонійний	3**
Вибірково-відкидаючий	6
Коаліція з матір'ю	4**
Відкидаючий	4**
Кумир родини	7

Примітка: ** $p \leq 0,01$, через три місяці після проходження ПК

На малюнках ЧХД це проявлялось в наявності спільної діяльності, у зображенні усіх членів родини, у зближенні фігур тощо. Діти стали використовувати більш теплі кольори, більш різноманітні сюжети.

У малюнках ЧХД з групи контролю значних змін не відбулось. Отже, ми можемо говорити про те, що психокорекційний комплекс є ефективним при вирішенні внутрішньосімейних проблем у сім'ях, для нормалізації ставлення батьків до ЧХД та для налагодження стосунків дитини з батьками.

3.2. Програма формування позитивно-дієвого ставлення до здоров'я в системі базових відношень як умова корекції uzалежненої поведінки у юнацькому віці

За умов використання системного впливу психолого-педагогічних заходів можливе здійснення найбільш дієвих кроків формування у юнацтва позитивного ставлення до власного здоров'я. Першим кроком з умов психологічної профілактики адиктивної поведінки студентів є здійснення профілактичного моніторингу, тобто відстеження факторів тютюногенного, алкогенного ризику, що передбачає створення відповідного наукового підґрунтя.

Серед психолого-педагогічних форм і методів роботи з юнацтвом найбільш ефективними вважають такі:

1. Ділова гра – метод імітації ситуацій, моделюючих професійну чи іншу діяльність шляхом гри, в якій беруть участь різні суб'єкти, наділені різною інформацією, рольовими функціями і діють за заданими правилами [79].

2. Психологічне консультування – спеціальна діяльність з надання допомоги в проблемних ситуаціях. Суть консультування полягає в спеціальній організації процесу спілкування, що допомагає людині актуалізувати його резервні та ресурсні можливості, що забезпечують успішний пошук можливостей виходу з проблемної ситуації. Консультування зосереджено на

ситуації і особистісних ресурсах; на відміну від навчання – не на інформації та рекомендаціях, а на допомозі в самостійному прийнятті відповідального рішення. Разом з тим, психологічне консультування становить собою прикордонну між ними область, використовує можливості терапії і навчання. Методичні підходи до консультування різні, але в будь-якому випадку консультант працює не з фактами об'єктивної життя, а з фактами переживань[11].

3. Бесіда – один із методів педагогіки і психології, який передбачає отримання інформації про досліджуваного на основі вербальної комунікації як від цієї особистості, членів її колективу, групи, так і від оточення. У останньому випадку бесіда виступає як елемент методу узагальнення незалежних характеристик[181].

4. Аналіз проблемних ситуацій. Проблема ситуація як невід'ємний компонент будь-якої продуктивної розумової діяльності відіграє важливу роль у інтелектуальному розвитку людини. Процес мислення виникає саме на основі проблемної ситуації і якісно змінюється під впливом активної взаємодії суб'єкта з пізнавальним об'єктом на тому чи іншому етапі розв'язання задачі [184].

5. Групова тематична дискусія. Часто дискусія набуває гострого характеру (коли заявлена проблема стосується життєвих принципів і особистих переживань учасників), і сторони не досягають одностайності. Але така дискусія може спонукати людину замислитися, змінити або переглянути свої установки. У підлітків ці суперечки проходять більш спекотно, ніж у дорослих, але і змін вони піддаються простіше. Щоб спір не вийшов за межі тренінгу, ведучому потрібно підсумувати міркування всіх сторін і обговорити схожість і відмінність позицій [79].

6. Рольова гра. У рольових іграх учасникам надається можливість:

- показати наявні стереотипи реагування в тих чи інших ситуаціях;
- розробити та використовувати нові стратегії поведінки;
- відпрацювати, пережити свої внутрішні побоювання і проблеми.

Рольові ігри – це невеликі сценки спланованого або довільного характеру, що відображають моделі життєвих ситуацій.

Рольові ігри бувають двох типів:

- 1) на етапі актуалізації проблеми;
- 2) на етапі відпрацювання навичок.

Рольова гра – це напрацювання варіантів поведінки в тих ситуаціях, у яких можуть виявитися учасники семінару. Наприклад, непогано спробувати програти ситуацію, коли компанія друзів вмовляє підлітка спробувати наркотик (цю вправу описано далі). Гра дозволить набути навички прийняття відповідальних і безпечних рішень у житті. У рольовій грі учасник виконує роль якогось персонажа, а не свою власну. Це допомагає людині вільно експериментувати і не боятися, що його поведінка буде висміяною [72].

7. Метод панельної (подіумної, групової) дискусії подібний до формату круглого столу. Але, на відміну від круглого столу, де передбачене висловлювання всіх або більшості учасників обговорення у форматі панельної дискусії виступають кілька експертів. Вони зазвичай висловлюють відмінні одна від одної точки зору на певну тему (як-от про здоров'я – психологи, педагоги, медики), після чого модератор пропонує іншим учасникам дискусії ставити запитання експертам. Відповідно, надалі відбудуватиметься відкрите обговорення між запрошеними експертами та іншими учасниками дискусії. У форматі панельної дискусії приділяють увагу обміну думками та відповідям експертів на запитання, актуальні для інших учасників обговорення [72].

8. Кейс-метод (від англ. *case* – випадок) – це метод навчання, що використовує реальні соціальні, педагогічні ситуації для аналізу та розв'язання. Під ситуацією («кейсом») розуміють письмовий опис будь-якої конкретної ситуації. Цей метод уперше застосований 1924 року в Гарвардському університеті, і досі його викладачі пишуть на рік понад 600 високоякісних «кейсів» [76].

Загалом кейс-метод є модифікацією проблемного навчання. Разом з тим потреба самостійного пошуку розв'язання проблемних ситуацій стимулює

розвиток теоретичного мислення, творчих здібностей, вдосконалює вміння виконувати дивергентні завдання професійної діяльності.

9. Метод-проектів. Кейс-метод застосовують нарівні з іншим способом засвоєння змісту освіти – методом проектів. Розроблення проекту дає змогу подумки вийти за межі аудиторії і скласти проект своїх дій з обговорюваного питання. А найголовніше, що група чи окремих її учасників має можливість захистити свій проект, довівши його перевагу над іншим. І дізнатися різноманітні думки з цього приводу [74].

Безсумнівно, зазначені методи роботи з підлітками можуть реалізовуватися як самостійні. Але останнім часом все більшої актуальності набуває така форма роботи з юнацтвом як соціально-психологічний тренінг, який може в собі поєднувати вище зазначені форми і методи роботи. І в цьому випадку перераховані методи стають техніками при проведенні тренінгу. Використання під час тренінгу інтерактивних методів дає змогу розв'язувати одночасно кілька завдань, головним з яких є розвиток комунікативних вмінь і навичок. Під час такої роботи учасники встановлюють між собою емоційні контакти, вчаться працювати в команді, прислуховуватись до думки інших. Окрім того використання інтерактивних методів у формуванні позитивно-дієвого ставлення до здоров'я знімає нервові навантаження учасників, дає можливість змінювати види їхньої діяльності, переключати увагу на ключові питання теми занять [74].

10. Використання тренінгового методу в корекційно-розвивальній програмі дозволяє ефективно вирішувати завдання, пов'язані з формуванням ставлення до здоров'я, з розвитком навичок самоконтролю і самопізнання, активізацією творчого потенціалу, профілактики адиктивної поведінки. Зазначені аспекти актуальні саме в юнацькому віці.

Корекційна робота в цьому напрямі передбачає розвиток рефлексії, тобто самопізнання внутрішніх психічних станів, формування позитивно-дієвого ставлення до здоров'я, підвищення самооцінки, активізації самоприйняття, самоцінності особистості.

Психологічний тренінг як метод активної психологічної корекції розвивається динамічно і є одним з найбільш затребуваних видів психологічної роботи. Тренінги знаходять широке застосування при наданні психологічної допомоги, під час організації роботи в молодіжних клубах, юнацьких оздоровчих таборах, при проведенні виховної роботи в умовах вищих навчальних закладів. Їх застосовують практичні психологи, педагоги і соціальні працівники.

Тренінг дозволяє отримати досвід, з одного боку, у максимально сконцентрованому вигляді, а з іншого – у психологічно безпечних умовах, що полегшують його осмислення. Особливо в підлітковому та юнацькому віці загострена потреба у спілкуванні, а життєвого досвіду недостатньо, але яскраво виражений потяг до його придбання. Тренінг як метод спрямований на те, щоб допомогти учасникам засвоїти будь-яку діяльність за умови бажання це зробити. Тренінг дозволяє учасникам опанувати діяльність у спеціально змодельованих ситуаціях [20].

Важливим напрямком застосування психологічного тренінгу може виступати профілактика та корекція адитивної поведінки підлітків, формування ставлення до здоров'я юнацтва. Різні види адитивної поведінки осіб цих вікових категорій привертала увагу таких дослідників, як Н. Зимівець, М. Кононова, Ц. Короленко, І. Коцан, Н. Максимова, В. Менделевич, О. Сасько, Н. Сергєєва, А. Щербакова та ін. [74, 105, 107, 109, 132, 143, 193, 198, 247].

Питання профілактики наркотичної, алкогольної, комп'ютерної залежності розглядалися у дисертаційних дослідженнях О. Сасько, Н. Сергєєвої та ін. [193, 198]. Нікотинова адикція, чинники її формування та можливості профілактики і корекції вивчалися у дослідженнях таких вітчизняних учених, як О. Васійчук, С. Гунько, Н. Зимівець, Н. Пихтіна, М. Савіна та ін. [42, 53, 74, 165, 191].

Як зазначає Л. Анн, психолог змушений вирішувати найскладніші завдання: йому необхідно спеціально організувати провідну для юнацького віку діяльність, створити в ході виконання цієї діяльності атмосферу

співробітництва, взаємної довіри між учасниками, між дорослим і дітьми, надати допомогу старшокласникам та студентам в їхньому саморозвитку. Одне з можливих рішень – використання в роботі з даною категорією програм соціально-психологічного тренінгу, в ході яких вирішуються питання розвитку особистості, формування навичок негативного ставлення до куріння та алкоголю, надання психологічної допомоги та підтримки [10].

На думку сучасних психологів, «вести» групу, працювати з групою, проводити тренінг – для багатьох практичних психологів та інших фахівців, що працюють з групами, ці вирази повні особливого сенсу. Висловлюється навіть ідея, що для українського менталітету групова форма роботи – та й взагалі життя – простіше, зрозуміліше: ми готові бути відкритими іншим самі, готові співпереживати і спільно знаходити вирішення проблем. Для багатьох учасників груп цей стан «в колі» стає однією з найвищих цінностей у житті, групові норми – відкритості, щирості, готовності підтримати, приймати себе й іншого – стають і нормами у реальному житті молоді [16, 20, 88, 93].

Метод тренінгу активно застосовується у профілактичній роботі з дітьми, підлітками, юнацькою аудиторією. Досвід його використання відображено у працях Ю. Ємельянова, В. Захарова, Г. Ковальова, Л. Петровської, Т. Яценко, В. Федорчук та ін.

За даними проведених досліджень, найбільш ефективною формою спілкування з підлітками та юнаками є діалог, у процесі якого йде спільний пошук істини. Саме на забезпечення ефективного діалогу практичного психолога, педагога, соціального працівника з юнаками, що характеризуються адиктивною поведінкою, спрямоване застосування тренінгу. Для створення його плану і програми можуть бути використані деякі теоретичні та методологічні підходи А. Грецова, А. Личко, Л. Анна, В. Бабайцева, Г. Золотової [51, 118, 10, 14, 77].

О. Блінова вважає, що створення рефлексивного середовища можливе завдяки: моделюванню проблемно-конфліктних ситуацій; утворенню настановлення на кооперування, а не на конкуренцію; встановленню відносин

доступності власного досвіду для кожного з учасників і відкритості досвіду інших для себе [26].

Ураховуючи, що тренінгові методи успішно використовують у психотерапії, консультуванні, психокорекції й навчанні, цілі тренінгу можуть бути різноманітними, охоплювати різні процеси, що відбуваються в групі впродовж заняття та після його завершення.

В. Пузиков виділяє такі переваги групової форми роботи:

1) група є суспільством у мініатюрі, досвід участі в групах допомагає вирішувати проблеми в сфері міжособистісних стосунків і може переноситись за межі групи у зовнішній світ;

2) у групі її учасники мають можливість отримати зворотній зв'язок і підтримку від інших учасників, що мають схожі проблеми або досвід, а присутність рівноправних партнерів, а не лише тренера, створює атмосферу комфорту;

3) у групі її членам можна бути не лише учасником подій, але й спостерігачем, що дозволяє ідентифікувати себе з іншими (активними) учасниками і використовувати результати своїх спостережень при оцінці власних емоцій і вчинків;

4) група може сприяти особистісному зростанню її членів, бо кожна спроба саморозкриття або самозміни члена групи викликає схвальну реакцію з боку інших її учасників [177].

Результатом тренінгової роботи можна вважати ту впевнену поведінку, яка не обмежує права партнерів по спілкуванню й спрямована на врахування учасниками бажань і відчуттів один одного. У ході тренінгу підкріплюється не досягнення кінцевої мети, а впевнена участь у ситуації, здатність до успішного спілкування в будь-який час і з будь-яким соціальним партнером. Саме на це й спрямовані позитивні настанови, що створюються у кожного з учасників тренінгу [11].

Комплексні програми корекції адиктивної поведінки, представлені у дослідженнях різних авторів, сприяють підвищенню рівня психічного розвитку

підлітків та юнаків, особливо у сфері індивідуальних якостей, однак здебільшого мають суттєвий недолік: вони застосовуються на тій стадії, коли юнак вже не приховує асоціальної спрямованості своєї поведінки – паління, вживання алкогольних напоїв, наркотиків тощо. Ми ж уважаємо, що рання профілактика, тобто попередження адиктивної поведінки, може дати набагато ефективніший результат.

Людина засвоює інформацію швидше, якщо навчання проходить інтерактивно, коли вона має можливість одночасно з отриманням інформації обговорювати незрозумілі моменти, задавати запитання та закріплювати отримані знання, формувати навички поведінки. Такий метод залучає учасників до процесу, а сам процес навчання стає легше і цікавіше. Нині проблема організації соціально-психологічних тренінгів з юнацькою аудиторією відноситься до найбільш актуальних і практично значущих. І це повною мірою відображено в роботах таких дослідників як В. Бабайцевої, Г. Макшанова, С. Марасанова, В. Пузікова та багатьох інших[14, 135, 137, 177].

Отже, недостатньо дослідженими залишаються можливості зміни ставлення до здоров'я на сучасному етапі та корекції адиктивної поведінки підлітків та юнаків засобами психологічного тренінгу.

Корекційна робота зі старшокласниками та студентами в формі тренінгу – найбільш дієвий шлях формування позитивного ставлення до власного здоров'я як до основної ціннісної категорії в житті. Саме у тренінгових вправах учасники накопичують адекватний їй змісту досвід емоційних переживань, отримують необхідні знання й навички і приходять до переконання, на рівні своєї свідомості, про правильність саме такої поведінки.

Для послідовності у системі психолого-педагогічних заходів формування позитивно-дієвого ставлення до власного здоров'я у старшокласників і студентів було розроблено та апробовано корекційно-розвивальну програму. Беручи за основу корекційно-розвивальну програму дисертаційної роботи Нікітіної О.П. «Психолого-педагогічні чинники ставлення до грошей в системі відношень особистості» було створено структуру та зміст програми розвитку та

корекції позитивно-дієвого ставлення до здоров'я для старшокласників загальноосвітніх закладів та студентів вищих навчальних закладів, що мають прояви узалежненої поведінки [151, с. 140 – 171].

Основна мета програми – формування позитивно-дієвого ставлення до власного здоров'я у старшокласників і студентів та озброєння їх альтернативними (соціально-прийнятними) засобами задоволення власних потреб і взаємодії з оточенням.

У ході реалізації програми вирішуються такі задачі: усвідомлення власних потреб; врегулювання негативних емоцій і навчання прийомам регулювання свого емоційного стану; формування адекватного відношення до стану свого здоров'я; навчання способам цілеспрямованої поведінки, внутрішнього самоконтролю й стримування негативних імпульсів потягу до тютюну, алкоголю; формування позитивної моральної позиції, життєвих перспектив і планування майбутнього.

Основні завдання в роботі з юнацтвом такі: спонукання до вияву ставлень, емоційних реакцій, до їх обговорення, а також аналізу причин виникнення життєвих проблем та розвиток вміння їх долати різними психологічними засобами; формування навичок збереження психічного та фізичного здоров'я та вміння жити в гармонії із собою та навколишнім світом; сприяння активізації нових форм бажаної поведінки старшокласників та студентів у повсякденному житті.

Засоби впливу, що застосовуються ведучим можна умовно розділити на два види: вербальні та невербальні. До вербальних належать такі:

1. Структурування ходу занять. Маються на увазі всі висловлювання, які визначають хід заняття. Наприклад, «тема сьогоднішньої нашої розмови така». Висловлювання повинні бути спрямовані на обмеження непродуктивної активності групи.

2. Збір інформації.

3. Переконавання, які здійснюються безпосередньо або опосередковано.

4. Надання інформації.

5. Постановка завдань, які повинні виконувати юнаки.

До невербальних засобів належать: міміка, жестикуляція, інтонація, проксеміка.

Ведучий групи зобов'язаний: мати чітке уявлення про тип створюваної групи, її цілі і завдання; володіти діагностичними засобами відбору підлітків у групи; інформувати учасників групи про основоположні правила, якими повинна керуватися група у своїй діяльності; уникати таких форм роботи в групі, для виконання яких у учасників недостатньо підготовки та досвіду; дати зрозуміти на самому початку роботи, на чому буде концентруватися увага групи[135].

Комплексний підхід з урахуванням усіх фундаментальних психологічних і педагогічних положень дозволяє використати можливості сполученого педагогічного і психологічного впливу на особистість підлітків та юнаків з метою психопрофілактики й корекції девіантних форм поведінки, розвитку в них життєво важливих якостей, оптимізації емоційно-вольової сфери.

Техніки, використані в тренінгу, в основному спрямовані на пряму відмову від небажаної узалежненої поведінки; навчання оцінці соціальних ситуацій; підкріплення гальмування адиктивних стереотипів поведінки; непідкріплення адиктивної поведінки і формування більш адаптивних поведінкових патернів; посилення і розширення продуктивних поведінкових реакцій; подолання м'язової напруги; здатності до само підтримки та прийняття адекватної допомоги від інших учасників[10].

У програмі тренінгу застосована модель покрокової зміни адиктивної поведінки та зміна ставлення до свого здоров'я. Формами соціально-психологічної допомоги в роботі з юнацтвом є профілактика й корекція когнітивних розладів із використанням не тільки вправ та ігор але й новітніх інтерактивних методів: панельної бесіди, кейс-методу, що особливо заохочує учасників до взаємопорозуміння, взаємозбагачення та корекції емоційно-особистісних порушень тощо[151].

Психолого-педагогічні засоби профілактики й корекції адиктивної поведінки дають особливий ефект, якщо застосовуються у формі сполученого сугестивного та когнітивного впливу. Такий вплив може застосовуватися як у вигляді прямого навіювання, так і вправ, ігор з елементами навіювання й когнітивних дій, а також традиційних засобів виховання, адекватних віку учасників, з корекційними вправами, що відповідають індивідуально-типовим особливостям цієї вікової групи[135].

Передбачається, що принцип індивідуального підходу в роботі з юнаками й підлітками, що характеризуються різними формами девіантної поведінки, може бути реалізований, якщо враховувати особливості психодинамічних властивостей індивіда, які багато в чому генетично визначають формування темпераменту й характеру. Достатньо ефективними, на наш погляд, можуть бути й засоби сугестивного впливу. Особливо підлітковий вік характеризується високим сприйняттям навіювання. Цей факт робить підлітків більш сприятливими для проведення сугестивного впливу або окремих сугестивних елементів[14].

Корекційна робота з підвищення самооцінки актуальна саме в юнацькій період, бо характеризується збалансованим розвитком когнітивного й емоційного компонентів самооцінки. Зростання усвідомленого ставлення до себе веде до того, що знання про себе починають регулювати і вести за собою емоції. Складаються відносно стійкі уявлення про себе, як цілісну особистісну, відмінну від інших людей.

Юність – час самоаналізу і самооцінок. Самооцінка здійснюється шляхом порівняння «ідеального Я» із реальним. Але «ідеальне Я» ще вивірене і то, можливо випадково, а «реальне Я» ще всебічно не оцінене самою особистістю. Це об'єктивна розбіжність у розвитку особистості молодої людини може викликати в нього внутрішню непевність у собі і супроводжується іноді зовнішньої агресивністю, розкутістю чи почуттям незрозумілості [5, 57, 83, 102].

Виконуючи регулятивні функції, самооцінка виступає необхідною внутрішньою умовою організації суб'єктом своєї поведінки, діяльності, відносин. Вона є найважливішим чинником мобілізації людиною своїх сил, реалізації прихованих можливостей, творчого потенціалу [6].

Самооцінці відводиться провідна роль у рамках дослідження проблем самосвідомості та позитивного ставлення до свого здоров'я. Самооцінка – оцінка особистістю самої себе, своїх можливостей, якостей і місця серед інших людей (В. Петровський).

Самооцінка є стрижнем процесу самосвідомості, показником індивідуального рівня його розвитку, що інтегрує початок і його особистісний аспект, органічно включений у процес самопізнання [73].

Становлення нового рівня самосвідомості у ранній юності йде за напрямками, виділеним ще Л. Виготським, – інтегрування образу самого себе, «переміщення» його «ззовні всередину» [11, с. 229 – 230]. У цей віковий період відбувається зміна деякого «об'єктивістського» погляду на себе ззовні «на суб'єктивну, динамічну позицію» зсередини.

М. Савіна характеризує підлітка як орієнтованого, перш за все, на пошук відповіді, «який я серед інших, наскільки схожий на них» [191; с. 89]. Р. Бернс підкреслює, що підліток – це «постать інших», в той час як юнак – «особистість для себе» [24, с. 104].

Ми вже відзначали, що, складові «Я-концепції», піддаються лише умовному концептуальному розмежуванню, оскільки в психологічному плані вони нерозривно взаємопов'язані. Тому когнітивний компонент самосвідомості, образ «Я», формування в ранньому юнацькому віці, безпосередньо пов'язаний як з емоційно-оцінною складовою, самооцінкою, так і з поведінковою, регуляторною стороною «Я-концепції» [149].

У період переходу від підліткового до раннього юнацького віку в рамках становлення нового рівня самосвідомості відбувається і розвиток нового рівня ставлення до себе. Одним з центральних моментів тут є зміна підстав для критеріїв оцінки самого себе, свого «я» – вони змінюються «ззовні всередину»,

набуваючи якісно інших форм, порівняно з критеріями оцінки людиною інших людей. Перехід від приватних самооцінок до загальної, цілісної (зміна підстав) створює умови для формування в повному сенсі слова власного ставлення до себе, досить автономного від ставлення й оцінок оточуючих, приватних успіхів і невдач, різного роду ситуативних впливів тощо. Важливо відзначити, що оцінка окремих якостей, сторін особистості грає в такому власне ставлення до себе підпорядковану роль, а провідним виявляється деяке загальне, цілісне «прийняття себе», «самоповага» [25].

Саме у підлітковому віці (15 – 17 років) на основі вироблення власної системи цінностей формується емоційно-ціннісне ставлення до себе, тобто «Оперативна самооцінка» починає ґрунтуватися на відповідність поведінки, власних поглядів і переконань, результатів діяльності.

У 15 – 16 років надто актуалізується проблема розбіжності реального та ідеального «Я». На думку І. Кона, це розбіжність цілком нормальне, природне слідство когнітивного розвитку [103].

Розбіжність «Я-реального» і «Я-ідеального» образів – функція не тільки віку, а й інтелекту. У інтелектуально розвинених юнаків розбіжність між реальним та ідеальним «Я», тобто між тими властивостями, які індивід собі приписує, і тими, якими він хотів би мати, значно більше, ніж у їхніх однолітків із середніми інтелектуальними здібностями [100].

Одним із важливих показників поведінкової складової «Я-концепції» служить динаміка рівня домагань під впливом успіху чи неуспіху при виконанні завдань різного ступеня труднощі.

Починаючи з класичної роботи Ф. Хоппе, рівень домагань розглядається як породжуваний двома суперечливими тенденціями: з одного боку, підтримувати своє «Я», самооцінку на максимально високому рівні і, з іншого, знижувати свої домагання, щоб уникнути невдачі й тим самим не завдати шкоди самооцінці [231].

Деякі дослідники вважають, що для підліткового віку типово активне прагнення різними шляхами реалізувати лише першу з названих тенденцій, у

той час як для зрілої особистості, навпаки, характерне вміння розвести ці тенденції під час діяльності, перш за все, за рахунок того, що успішність чи неуспішність в конкретній діяльності сприймається саме як конкретний успіх, а не крах самооцінки в цілому [19, 23, 36].

При переході в ранньому юнацькому віці відбувається зміна особливостей рівня домагань у бік більшої особистісної зрілості. Важливо відзначити, що воно йде в зворотному напрямку тим змінам, які відбуваються в цей період в самопізнанні, образі «Я» ставлення до себе. Якщо останні характеризуються, як було зазначено вище, все більшою цілісністю, інтегративністю, то ставлення до результатів власної діяльності – диференційованістю, формування здатності відділяти успішність чи неуспішність у конкретній діяльності від оцінки себе як особистості [16].

Ставлення до іншого в юнацькому віці мають велику вагу. Це ставлення, що виникло у процесі навчальної діяльності, й у процесі спілкування. Формується емоційний зміст відносин, таких як любов, дружба, ворожнеча, внаслідок чого розвивається і соціалізується особистість. Варіанти переживань цих відносин величезні.

У юнацькому віці формуються відносини з іншими людьми, що дають основу відносинам в інших вікових періодах. Саме у відносинах з іншими здійснюється зростання та розвиток людини, змінюється її внутрішній світ, її власна історія і доля. Проблема ставлення до іншого докладно досліджувалася в межах вітчизняної психології спілкування, і соціальної психології (Г. Андреева, А. Бодалев, С. Гунько, М. Каган, І. Кон, А. Леонтєв, Б. Ломов, В. М'ясищев., Н. Обозов), але стосунки до іншого в юнацькому віці мало вивчені і зовсім не дослідженні особливості прояви цих відносин [7, 28, 53, 85, 102, 115, 122, 150, 154].

На думку Г.Ф. Пономарьової студентський вік характеризується досягненням найвищих, «пікових» результатів, які базуються на попередніх процесах біологічного, психологічного, соціального розвитку [1 с.142]. Корені постановки проблеми студентства як особливої соціально-психологічної й

вікової категорії належать психологічній школі Б. Ананьєва [6]. У дослідженнях Б. Ананьєва та його послідовників нагромаджено великий емпіричний матеріал спостережень, експериментів і теоретичних узагальнень. Отже, дослідження ставлення до іншого вимагає «зазирнути всередину» того, що відбувається під час спілкування.

В юнацькому віці воно формується і розвивається разом зі спілкуванням. Ставлення до іншого має значення в суб'єктивному світі осіб юнацького віку, його роль вагома в детермінації їх психічного самопочуття, у визначенні картини їхньої поведінки та у ставленні до свого здоров'я в цей період.

При створенні корекційно-розвивальної програми ми виходили з положення про те, що студентський вік характеризується пізнавальними й професійними інтересами, потребою в праці, здібностями будувати життєві плани, вибором життєвого шляху, суспільної активності.

Це все було б неможливим без певного стану здоров'я та безпосереднього позитивно-дієвого ставлення до власного здоров'я, ставлення до себе, до своїх ровесників і ствердження своєї самооцінки.

Усвідомлення ставлення до здоров'я в системі базових ставлень особистості – наукова основа для виділення в спрямуванні трьох особистісних блоків РКП («Оптимізація самоствавлення», «Оптимізація ставлення до інших», «Оптимізація ставлення до навчальної діяльності» і «здоров'язберігаючого» – «Оптимізація ставлення до здоров'я» [151].

Кожен із блоків програми включає два етапи: інформаційний і інструментальний, у кожного з них – декілька стадій, які визначають серію занять (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

**Структурна будова корекційно-розвивальної програми
«Формування позитивно-дієвого ставлення до власного здоров'я в
юнацькому віці»**

Блок програми	Назва етапу та його мета	Номер стадії, її мета та зміст
1. Оптимізація	<i>1. Інформаційний етап.</i>	<i>Перша стадія</i>

ставлення до себе	<p>Мета – ознайомлення з особливостями самоставлення з визначенням значення позитивного, адекватного вигляду самоставлення в житті особистості і визначення індивідуальних особливостей само ставлення членів групи з усвідомленням можливості їх оптимізації.</p>	<p>спрямована на ознайомлення учасників з особливостями ставлення особистості до себе; визначення впливу певного ставлення до себе на якість життя людини, різні види її здоров'я.</p> <p><i>Друга стадія</i> спрямована на визначення індивідуальних особливостей ставлення до себе учасників, усвідомлення ними потреби й відпрацювання засобів оптимізації ставлення до себе.</p>
	<p><i>2. Інструментальний етап</i></p> <p>Мета – створення підвищення саморозуміння учасників програми з пошуком сенсотворення для формування оптимального, позитивного самоставлення.</p>	<p><i>Перша стадія</i> спрямована на розвиток самопізнання, особистісної рефлексії, усвідомлення власних почуттів і переживань.</p> <p><i>Друга стадія</i> розвиток самоприйняття, самоповаги, впевненості в собі, зниження рівня самозвинувачення, корекція самооцінки.</p>
2. Оптимізація ставлення до іншого	<p><i>1. Інформаційний етап</i></p> <p>Мета – ознайомлення з особливостями ставлення до інших з визначенням рис оптимального ставлення до інших і визначенням індивідуальних особливостей ставлення до інших з усвідомленням</p>	<p><i>Перша стадія</i> – ознайомлення з типами міжособистої взаємодії, визначення характерних особливостей оптимального ставлення до інших, його значення.</p> <p><i>Друга стадія</i> – заняття, на яких визначають індивід. особливості ставлення учасників до інших, можливість їх</p>

	<p>можливості їх оптимізації.</p> <p><i>2. Інструментальний етап</i></p> <p>Мета – підвищення адекватного сприйняття інших і набуття навичок ефективної взаємодії з ними.</p>	<p>оптимізації.</p> <p><i>Перша стадія</i> складається з занять, спрямованих на оптимізацію прийняття інших, розвитку рис толерантної особистості та набуття навичок асертивної поведінки.</p> <p><i>Друга стадія</i> спрямована на оптимізацію взаємодії з іншими: розвиток контактності і особистої відкритості, оволодіння навичками конструктивної взаємодії і розвитку комунікативних умінь, вмінь конструктивно вирішувати конфлікти.</p>
<p>3. Оптимізація ставлення до навчальної діяльності</p>	<p><i>1. Інформаційний етап</i></p> <p>Мета – ознайомлення з особливостями ставлення до навчальної діяльності з визначенням зв'язку з професійною діяльністю.</p>	<p><i>Перша стадія</i> – ознайомлення з мотивами ставлення до навчальної діяльності.</p> <p><i>Друга стадія</i> – діагностика індивідуальних особливостей ставлення до навчальної діяльності, визначення необхідності їх оптимізації.</p>
	<p><i>2. Інструментальний етап</i></p> <p>Мета – сприяння розвитку пізнавальної професійної мотивації навчальної діяльності.</p>	<p><i>Перша стадія</i> – активізація пізнавальних інтересів, формування свідомого прагнення до оволодіння знаннями, уміннями і навичками.</p> <p><i>Друга стадія</i> – заняття, спрямовані на усвідомлення важливості професійної освіти і</p>

		знань як основи професійного становлення; розвиток проф. спрямованості.
4. Оптимізація ставлення до здоров'я	<p><i>1. Інформаційний етап</i> Мета – ознайомлення з психолого-педагогічними передумовами і особливостями ставлення до здоров'я з врахуванням індивідуальних особливостей ставлення до здоров'я та можливості їх оптимізації.</p>	<p><i>Перша стадія</i> – ознайомлення з варіативністю ставлень особистості до здоров'я та передумовами формування такого ставлення.</p>
		<p><i>Друга стадія</i> – ознайомлення з індивідуальними особливостями ставлення до здоров'я з усвідомленням можливостей його оптимізації.</p>
	<p><i>2. Інструментальний етап</i> Мета – формування основ позитивно-дієвого ставлення до здоров'я та навичок, які відображають позитивне ставлення до здоров'я.</p>	<p><i>Перша стадія</i> – заняття на усвідомлення власних потреб; розвиток навичок регулювання емоційного стану, з визначенням основ позитивно-дієвого ставлення до здоров'я. Робота проводиться за темами: «Здоров'я як цінність», «Види здоров'я», «Мій імідж і залежність», «Здоров'я і моя професія».</p>
		<p><i>Друга стадія</i> – заняття спрямовані на формування адекватної відношення до стану свого здоров'я; використанням вправ для регуляції фізичного стану та вправ з гештальт-підходом. За темами: «Залежність та її наслідки»,</p>

		«Психомоторна активність», «Розвиток усвідомлення», «Королівство», «Цінності «доброго здоров'я»».
--	--	---

Головною метою інформаційного етапу кожного блоку виступає ознайомлення з психологічними особливостями ставлення особистості (до себе, до інших, до навчальної діяльності, до здоров'я) і визначення індивідуальних особливостей ставлення (до себе, до інших, до навчальної діяльності, до здоров'я) в учасників програми. Головною метою інструментального етапу є сприяння оптимізації ставлення (до себе, до інших, до навчальної діяльності, до здоров'я) в учасників програми.

Проведенню основного змісту програми передую мотиваційний етап.

Мета – забезпечення позитивної мотивації до участі в програмі через визначення зв'язків між провідними мотивами юнацтва та їх участі в програмі, через ознайомлення з метою та змістом, з мотивацією керівника програми.

Роботу в рамках кожного блоку завершує етап рефлексії, який визначає його місце і значення в програмі. Робота на етапах відбувається за різною тематикою, яка розробляється в системі засобів групової роботи, а саме: в панельній дискусії і обговореннях з залученням спеціалістів різних галузей: медиків, педагогів, психологів, евристичних бесідах, проблемних ситуаціях, виконанні завдань та тренінгових вправ [151].

Зупинимось більш детально на характеристиці кожного з блоків корекційно-розвивальної програми.

Виходячи з теоретичного аналізу особливостей зв'язку між неконструктивним ставленням до здоров'я і низькою самооцінкою, невпевненістю у собі, та з аналізу отриманих на констатувальному етапі дослідження експериментальних даних, які свідчать про визначення адекватного, позитивного самоствавлення як передумови конструктивного ставлення до здоров'я, перший блок програми був спрямований на оптимізацію

самоствалення. Водночас визначення такого напрямку роботи як першого зумовлюється значущістю ставлення до себе та його впливу на всі інші відношення особистості, що вже підкреслювалося нами.

При формуванні змісту роботи у блоці враховувались вікові особливості самоствалення у юнацькому віці (за результатами дослідження Н. Зимівець) [74]. При розробці програми за теоретичну основу були взяті положення В. Століна та С. Пантелєєва про системну будову самоствалення і положення про динамічність цього феномена; визначення рис оптимального самоствалення; виділення якісних характеристик виду «позитивне само ставлення» та його значення у житті особистості [213, 161].

Мета першого блоку програми: сприяння виробленню оптимального, адекватного самоствалення студента.

Завдання, які реалізовувались у рамках занять першого блоку:

- 1) усвідомлення власного емоційного світу та почуттів інших, формування здатності до емпатії та рефлексії;
- 2) оптимізація самоповаги та формування навичок самоконтролю;
- 3) підвищення рівня комунікативності;
- 4) підвищення впевненості у собі;
- 5) формування особистісної мети, мотивації особистісних стратегій до змін у майбутньому.

Для реалізації цих завдань робота з оптимізації самоствалення реалізовувалась на двох етапах: інформаційному та інструментальному, кожен з яких включав стадії, які складали серію занять. Робота проводилась у формі евристичної бесіди, панельної дискусії, рольової гри, релаксаційних вправ, вправ на візуалізацію, психодрами, арт-терапії (малювання, ліплення).

Метою інформаційного етапу першого блоку програми було: ознайомлення з поняттям самоствалення; усвідомлення ролі позитивного самоствалення у житті людини; визначення індивідуальних особливостей компонентів структури самоствалення членів розвивальної групи; усвідомлення можливостей і необхідності оптимізації самоствалення[151].

На заняттях основна увага приділялась визначенню позитивного самоствавлення як умови психологічного здоров'я, що сприяє повній самореалізації особистості, визначалася успішність особистості у навчальній та інших сферах діяльності, її здатність до побудови власної стратегій життя та змін у майбутньому. У той же час підкреслювалось, що дисгармонічний розвиток самоствавлення призводить до різних негативних змін особистості, позначається на характері спілкування, взаємодії з іншими людьми, стає нездоланим бар'єром між потенційними можливостями особистості та їх реалізацією.

На першому занятті вищезазначена інформація подавалась у групових формах роботи: евристичній бесіді за ключовими питаннями та колективному їх обговоренні. На другому занятті була проведена діагностика індивідуальних особливостей самоствавлення учасників групи з використанням методики дослідження самовідношення (С. Пантілеєв) з подальшим обговоренням отриманих результатів [161].

Метою інструментального етапу першого блоку програми було сприяння підвищенню саморозуміння членів програми, налагодження взаємодії між учасниками групи та усунення прихованих переживань з орієнтуванням на позитивне самоствавлення.

Перша стадія включала заняття, метою яких є розвиток самопізнання, усвідомлення власних почуттів і переживань, створення сприятливого психологічного клімату та відчуття захисту, організації ефективного простору для особистісного розвитку кожного учасника. На заняттях першої стадії головними завданнями були: розкриття та усвідомлення значення рефлексії та емпатії в житті особистості; визначення саморозкриття як основи для ефективного самоаналізу та самовдосконалення; підвищення рівня самоконтролю через заглиблення у свій власний світ почуттів і переживань; допомога іншим учасникам як спосіб пізнання себе; сприяння усвідомленню своїх особистісних рис.

Робота на заняттях проводилась у колективних дискусіях та обговореннях (змісту поняття «рефлексія», необхідності саморозкриття як основи для ефективного самоаналізу та самовдосконалення; значення рефлексії в житті людини; витоків неспівпадіння самосприйняття та сприйняття особистості іншими), виконанні учасниками групи низки вправ і завдань (Творча розминка «Вітаю, я радий тебе бачити», криголам «Абетка гарних слів», вправа «Апельсин»), складання власного портфолію з визначенням позитивних, негативних і нейтральних якостей; вправа «Очі в очі» для установаження міжособистісного контакту між учасниками тренінгу та пригадування дитячих спогадів, які могли стати причиною утруднень зараз, вправа «Паспорт темпераменту» для поглибленого ознайомлення з поняттями «характер», «зв'язок темпераменту і характеру» виконання практичної роботи «Намалюй свій характер» [141, с. 22 – 23].

Друга стадія включала заняття, метою яких був розвиток позитивного самосприйняття, самоповаги, підвищення впевненості у собі з опануванням необхідних навичок. На заняттях цієї стадії головними постали завдання: навчати об'єктивно оцінювати власні якості, сприяти усвідомленню власних слабких сторін, формувати адекватну самооцінку, усвідомлювати позитивні сторони власної особистості, актуалізувати почуття поваги до себе, підвищити самовпевненість.

На першому занятті проведена панельна дискусія «Самоменеджмент особистості» з залученням психологів, соціологів, педагогів, за підсумком якої студенти та старшокласники приходять до розуміння, що вміння максимально використовувати свої ресурси і можливості та свідомо управляти перебігом власного життя, долаючи труднощі – головна мета самоуправління і самореалізації. Далі робота проводилась у формі виконання відповідних вправ («Знайди собі надійного друга», «Десять «Я», «Самокритика») [141, с. 22 – 23]. Робота з оптимізацією рівня самоповаги та підвищенням упевненості в собі проводилась при виконанні студентами вправ та завдань («Я-реальний, Я-ідеальний»), звуковий лист «Мої проблеми», «Вирішення проблем»), щодо

визначення засад адекватної демонстрації власних позитивних сторін та почуття гордоців за них («Мій образ», «Сильна ланка», «Хто найкращий», «Острів мрії») [142, с. 10 – 13].

На другому занятті робота проводилась у формах: 1) техніка «Сила мови» на меті якої навчання використанню «Я – перерахувати три найсильніші риси власного характеру та вказати, за яких обставин вони можуть перетворитися у слабкі місця, а за яких будуть гідно оцінені; визначити найсильніші сторони особистості і слабкі сторони, що їх доповнюють, та значення наявності таких протилежностей у житті людини; виконання вправи «Концентричні кола»; «Я-висловлювання», підвищення відповідальності за свої думки, почуття, дії, вправа «Лист до себе» в якому учасники дають відповіді на запитання: у чому ви вбачаєте свої сильні сторони?, чого нового ви навчилися?, чим ви можете пишатися найбільше? [142, с. 14 – 15]; 2) виконання завдань і вправ: «Зміни імідж», «Аукціон оцінок», візуалізація «Моя планета» та визначення особистого рівня щастя з метою здійснення психологічної підтримки своїми власними силами [142, с. 18 – 19]; 3) розігрування ситуації (протилежних стратегій поведінки на екзамені: «Я не потребую допомоги, бо я – найкращий!» та «Я погано справився з завданням, що я отримаю?»), у підсумку якої студенти приходять до розуміння того, що при обох стратегіях на виході результатом постає фрустрація.

Основою для визначення змісту роботи в блоці «Оптимізація ставлення до інших» було: по-перше, виділення рис оптимальної форми сприйняття іншої людини, що передбачає не егоцентричне сприйняття іншого, а визнання його самоцінності, сприйняття іншого не за однією певною властивістю, а в потенційно нескінченному різноманітті властивостей; по-друге, визначення психологічних закономірностей взаємозв'язку між ставленням особистості до інших та до здоров'я у проведеному теоретичному аналізі; по-третє, результати констатувального етапу дослідження, з яких слідує, що оптимальне ставлення до інших виступає чинником формування конструктивного ставлення особистості до здоров'я.

Метою другого блоку програми є сприяння виробленню позитивного, адекватного ставлення до інших.

Завдання, які реалізовувались у межах другого блоку:

- 1) оптимізація прийняття інших людей;
- 2) розвиток рис толерантної особистості;
- 3) набуття навичок асертивної поведінки;
- 4) набуття навичок конструктивної взаємодії;
- 5) розвиток комунікативних умінь.

Реалізація цих завдань проводилась двома етапами: інформаційним та інструментальним, кожен з яких включав стадії, які склали серію занять. Робота проводилась у формі евристичної бесіди, колективного обговорення, дискусії, аналізу проблемних ситуацій. Також на заняттях другого блоку було передбачено виконання учасниками програми низки вправ.

Метою інформаційного етапу другого блоку програми є ознайомлення з характерними особливостями різних типів міжособистісної взаємодії з виділенням рис оптимального ставлення до іншого та усвідомлення його ролі в житті людини і визначення індивідуальних особливостей ставлення до іншого в учасників програми з усвідомлення можливостей і необхідності його оптимізації, що було реалізовано на двох стадіях.

Метою інструментального етапу є підвищення рівня адекватного сприйняття інших та набуття навичок ефективної взаємодії з ними. На занятті першої стадії робота спрямовувалась на оптимізацію прийняття інших, розвиток рис толерантності особистості. Перш за все, робота спрямовувалась на виявлення механізмів стереотипізації, розуміння причин формування негативних стереотипів, подолання стереотипів міжособистісного сприймання, вироблення навичків приймати іншу людину: для цього на занятті використовувались такі форми роботи, як колективне обговорення теми: «Причини чому люди не розуміють один одного», «Право і відповідальність. Поняття толерантності», виконання вправ «Відгадай» мета якої розвивати вміння відчувати і розуміти людей, які оточують[142; с. 10 – 23], визначати їх

неповторні особливості та унікальність без критики, вправа «Довірливе падіння», вправа «Я тебе розумію»; «гра-мрія «Мій внесок», гра «Посудомийна машина», що проводиться з метою поглиблення здатності відчувати іншу людину і зрозуміти себе, усвідомлення бажаних і небажаних дій стосовно себе, формування довірливих взаємини в групі [142, с. 18, 38].

На заняттях другої стадії для набуття навичок конструктивної взаємодії робота проводилась у формі евристичної бесіди за темами «Ефективність та порозуміння у спілкуванні», «Моя конструктивна стратегія спілкування» тощо.

Зміст роботи у блоці «Оптимізація ставлення до навчальної діяльності» побудований, виходячи з положення про відображення психологічних особливостей ставлення до навчання у виражених мотивах навчальної діяльності, визначення розвитку внутрішньої мотивації як основи для формування позитивного ставлення до навчання студента, а також результатах констатувального дослідження, за якими діагностується, що вираження пізнавальних і професійних мотивів стає основою для конструктивного ставлення до грошей [151, с. 150].

Метою третього блоку програми є сприяння виробленню у студента позитивного ставлення до навчальної діяльності, як основи конструктивного ставлення до здоров'я.

Завдання, яке реалізовувалось у межах третього блоку програми, є сприяння розвитку внутрішньої мотивації студента, а саме:

- 1) оволодіння навичками самомотивації в навчальній діяльності;
- 2) оволодіння навичками планування навчальної діяльності, раціонального розподілу часу, зусиль, матеріалу;
- 3) набуття навичок самоорганізації;
- 4) розвиток навичок самостійної роботи;
- 5) формування ділової спрямованості;
- 6) сприяння формуванню потягу до самоосвіти та самовиховання.

Метою інформаційного етапу третього блоку програми є ознайомлення з мотивами навчальної діяльності та їх особливостями з визначенням необхідності розвитку внутрішньої мотивації як запоруки успішності навчальної діяльності, що постає основою майбутньої фахової успішності.

На першій стадії роботи вищезазначена інформація подавалась у групових формах роботи: евристичній бесіді за ключовими питаннями та колективному обговоренні. На другій стадії була проведена діагностика індивідуальних особливостей ставлення до навчальної діяльності у учасників групи з використанням методики «Мотивація навчання у ВНЗ» (Т. Ільїна) та подальше обговорення отриманих результатів [151, с. 150].

Мета інструментального етапу – сприяння розвитку пізнавальних і професійних мотивів ставлення до навчальної діяльності з визначенням зв'язку між ними.

На першій стадії робота була спрямована на встановлення власних, індивідуальних цілей навчання та стала продовженням отриманої діагностики на попередній стадії. Для цього учасникам пропонується відповісти на запитання: «Для чого я навчаюсь?», «Що означає для Вас вчитися?», «Що привело мене в академію?» [151, с. 151 – 153], а після завершення передбачається проведення обговорення результатів. Наступним кроком постає всебічне обговорення питання необхідності отримання знань, навичок і вмінь у ВНЗ для подальшого життя. Особливості планування щодо довгострокової перспективи проробляються за допомогою виконання вправи «Моя майбутня самореалізація», написання твору щодо власної мотиваційної тематики «Моя мрія та шляхи її досягнення». Далі в колективному обговоренні студенти визначають відповідь на питання: «Визначте, яким чином Ви можете ввести зміст навчання у Вашу сьогоднішню чи завтрашню професійну практику, повсякденне життя?». Після цього учасникам групи у формі евристичної бесіди надається інформація про основи самомотивації в навчальній діяльності, у ході якої визначається необхідність планування (як довгострокової перспективи, так і наближене планування), а також структурування власної навчальної

діяльності, надаються рекомендації щодо закріплення отриманих знань, виділяється необхідність постійного активного здійснення самостійної роботи, яка доповнює та розширює отримані знання, навички та вміння, визначаються основи раціонального розподілу часу. У формі обговорення учасники намагаються визначити правила самоорганізації під час засвоєння навчального матеріалу, етапи самостійної роботи з навчальним текстом, основи ефективного та якісного конспектування[151, с. 153 – 155].

На другій стадії студентам пропонується продовжити речення: «Професіонал – це...», після чого відбувається обговорення, в якому задаються питання: «Чи цікава професіоналу своя робота та чи отримує він задоволення від її виконання?» тощо. Далі учасникам пропонується написати твір «Моя майбутня кар'єра» [151, с. 151], після чого відбувається обговорення, при якому проводиться робота з визначення необхідності постійного професійного самовдосконалення, основою якого постає, перш за все, якісне отримання вищої освіти. Після цього студентам пропонується виконати вправу з визначення позитивного та негативного у своєму студентському навчанні, власних вимог до себе щодо навчання. Підбиваючи підсумки роботи, відбувається колективне обговорення вислову: «Людина ніби алмаз необроблений. Процес здобуття вищої освіти – обробка майстром цього алмазу. Майстер – сам студент, від бажання якого вдосконалюватись залежить якість огранки та чудовий блискучий результат – діамант». Для продовження роботи з формування внутрішньої мотивації до навчання студентам пропонується почати вести щоденник професійного зростання, у якому відмічати свої власні досягнення, аналізувати, що сприяло, а що заважало чи виявилось малоефективним, на основі чого накреслити подальшу програму самовиховання, самовдосконалення тощо. Наприкінці з метою формування позитивного ставлення до навчання студенти знайомляться з можливостями використання формул самонавіювання.

Мета блоку «Оптимізація ставлення до здоров'я»: формування основ позитивно-дієвого ставлення до здоров'я та навичок, які відображають позитивне ставлення до здоров'я.

Завдання, які реалізовувались у межах четвертого блоку:

- 1) оволодіння навичками самозберігаючої поведінки;
- 2) оволодіння навичками аналізу та управління фізичним станом свого організму;
- 3) набуття навичок спрямування м'язової активності на виконання конкретного завдання, розвиток власних прийомів подолання м'язової напруги;
- 4) розвиток контактності як риси зрілої особистості;
- 5) формування вмій конструктивного вирішення конфліктів;
- 6) формування внутрішньоособистісного здоров'я як адекватної взаємодії із середовищем.

Метою інформаційного етапу четвертого блоку програми ознайомлення з психолого-педагогічними передумовами і особливостями ставлення до здоров'я з урахуванням індивідуальних особливостей ставлення до здоров'я та можливості їх оптимізації, ознайомлення з класифікацією видів здоров'я, їх особливостями.

На першій стадії роботи вищезазначена інформація подавалась у групових формах роботи: евристичній бесіді за ключовими питаннями та колективному обговоренні. На другій стадії була проведена діагностика індивідуальних особливостей ставлення до здоров'я у учасників групи з використанням методики «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо, В. Ясвіна, «Опитувальник життєвого стилю та рівня здоров'я» Р. Страуба в адаптації Г. Залевського, методика «Рівень суб'єктивного контролю» Дж. Роттера в модифікації Є. Бажина, Є. Голинкіної, О. Еткінда та подальше обговорення отриманих результатів.

Мета інструментального етапу – формування основ позитивно-дієвого ставлення до здоров'я та навичок, які відображають позитивне ставлення до здоров'я, розвиток внутрішньої мотивації як запоруки позитивно-дієвого

ставлення до здоров'я, що постає основою майбутнього глибокого і стійкого інтересу до власного здоров'я та реальних здібностей цілеспрямовано й продуктивно ним займатися.

На першій стадії роботи вищезазначена інформація подавалась у вигляді опитування. Для цього учасникам пропонується відповісти на запитання: «Для чого мені бути здоровим?», «Що означає мати здоров'я з?», «Хто відповідальний за моє здоров'я?», а після завершення передбачається обговорення результатів. Наступним кроком є всебічне обговорення питання щодо необхідності збереження власного здоров'я та протидії залежностям.

Особливості планування щодо реальних перспектив проробляються за допомогою виконання вправи «Кроки до здоров'я», написання твору щодо власної мотиваційної тематики «Моє здоров'я та шляхи його покращення». Далі у колективному обговоренні студенти визначають відповідь на питання: «Визначте, яким чином Ви можете покращити своє здоров'я сьогодні, щоб закласти фундамент довгого і щасливого життя». Після цього учасникам групи у формі евристичної бесіди надається інформація про основи самомотивації у формуванні здорового способу життя, у ході якої визначається необхідність подолання залежностей, надаються рекомендації щодо протидії тютюнопалінню та вживанню алкоголю. У формі обговорення учасники намагаються визначити правила негативного ставлення до тютюнопаління та вживання алкоголю шляхом підтримки тих, хто не палить і не вживає алкогольні напої і заохочення до припинення тих учасників, які мають ці залежності [138, с. 15 – 43].

На другій стадії студентам пропонується обговорення за темою: «Залежність та її наслідки» (мета: навчити усвідомлювати себе суб'єктом життя), виконання завдання продовжити речення: «Як тютюн та алкоголь заважають іміджу та досягненню цілей...», після чого відбувається обговорення, в якому задаються питання: «Що ви знаєте про наслідки вживання тютюну та алкоголю?» тощо. Далі учасникам пропонуються вправи для регуляції фізичного стану організму, бо власне тіло може стати або ворогом,

або другом людини, в залежності від того, настільки ми вміємо спрямовувати м'язову активність та бути в злагоді зі своїм тілом. Учасникам пропонуються прийоми позбавлення неадекватних реакцій тіла «м'язових затисків», що надає можливість відчувати м'язову свободу, силу своєї внутрішньої енергії, підвищити розумову працездатність[138, с. 38].

Далі пропонується обговорення за темою «Стилі розв'язання конфлікту». На заняттях студенти знайомились з можливістю використання комунікативної навички «Я-повідомлення» для ефективного спілкування. Наступним кроком є розвиток комунікативних умінь учасників програми з використанням вправ «Готовність до контакту», «Спілкування з агресивним співрозмовником», «Мій всесвіт». Для сприяння формуванню вмінь конструктивного вирішення конфліктів застосовувався аналіз проблемних ситуацій. У підсумку заняття студенти приходять до розуміння основ конструктивної взаємодії, набувають навичок конструктивної взаємодії, ефективної поведінки у конфлікті[141, с. 26 – 27].

У напрямі формування внутрішньоособистісного здоров'я як внутрішньої узгодженості, тобто взаємодії між інтелектуальною, емоційною, фізичною, соціальною й духовною частинами особистості, розумінні особистих блоків у цих сферах учасникам пропонуються вправи з гештальт-терапії. Формування навичок переходу від підтримки з боку оточення до самопідтримки відбувається під час вправ: «Розвиток усвідомлення», «Королівство» [138, с. 29].

Під час групової взаємодії учасників знайомлять з цінностями «добраго здоров'я» (гештальт-підхід), розвивають здатність до самопідтримки, прийняття адекватної підтримки з боку інших учасників у подоланні шкідливих залежностей.

Отже, корекційно-розвивальна програма, спрямована на формування позитивно-дієвого ставлення до здоров'я, повинна включати, крім суто «здоровязберігаючого» («Оптимізація ставлення до здоров'я»), «особистісні» блоки («Оптимізація самоствавлення», «Оптимізація ставлення до іншого»,

«Оптимізація ставлення до навчальної діяльності»). Метою першого блоку («Оптимізація самоствавлення») має постати сприяння виробленню оптимального, адекватного самоствавлення студента, другого блоку «Оптимізація ставлення до іншого» – сприяння виробленню позитивного, адекватного ставлення до інших, третього – «Оптимізація ставлення до навчальної діяльності» – сприяння виробленню у студента позитивного ставлення до навчальної діяльності з основою на розвитку внутрішньої мотивації навчання як основи конструктивного ставлення до здоров'я, четвертого – «Оптимізація ставлення до здоров'я» – сприяння виробленню позитивно-дієвого ставлення до здоров'я.

ВИСНОВКИ

У монографії здійснено теоретичне обґрунтування і запропоновано нове вирішення актуальної наукової проблеми підвищення якості лікування та життя дітей, які часто й тривало хворіють на рекурентні епізоди ГРЗ. У результаті проведеного дослідження дійшли висновків:

1. Діти, які часто й тривало хворіють на ГРЗ, є досить поширеною групою диспансерного спостереження, яка характеризується появою у майбутньому серйозних медичних (порушеннями розвитку різних органів і систем, зниженням рівня імунологічної резистентності, обмеженням рухової активності, розвиток супутніх та коморбідних розладів тощо), особистісних (неприйняття себе, своєї зовнішності, низька самооцінка, вивчена безпорадність, висока тривожність тощо) та психосоціальних (обмеження комунікації, інфантильна позиція, подовжений симбіоз, знижена соціальна критичність, порушення соціальної адаптації тощо) наслідків. Соціальна ситуація розвитку дітей зазначеної групи характеризується двома типами обмежень, що сприяють ретардації розвитку: 1) рухове обмеження; 2) обмеження пізнавальної діяльності.

У медико-психологічній літературі описано деякі психологічні особливості, що притаманні таким дітям, але їх системне вивчення майже не проводилися. Більшість робіт присвячена дошкільникам, так як вони переважають у даній групі хворих; діти ж молодшого шкільного віку є менш дослідженими.

Ставлення особистості – це її суб'єктивний вибірковий зв'язок із значущими для неї об'єктами. Це інтегральна властивість, яка накладає свій відбиток на всі психічні процеси і стани людини. Психологічні ставлення регулюють поведінку і пізнавальну діяльність особистості, спрямовуючи їх у певне русло і залучаючи у цей процес такі психологічні властивості, як потреби, почуття, інтереси, переконання, волю, мотиви. На основі системи ставлень особистості формується її індивідуальний стиль діяльності, її характер. Ставлення виступає єдністю когнітивного, поведінкового та

емоційного компонентів, адже воно проявляється в образах, думках, переживаннях, прагненнях, установках.

Серед ставлень особливе місце посідають ставлення особистості до інших людей, які виступають провідним видом життєвого ставлення особистості, ставлення до себе як усталене почуття, що виникає на основі самосприйняття, самооцінки, Я-образу і оцінки значущого оточення, ставлення до діяльності, в ході якої відбувається розвиток особистості. Оскільки до системи відношень доцільно включати в якості базисних відношення до себе, до інших, до провідної діяльності, то ставлення до здоров'я може розглядатися як компонент цілісної системи відношень особистості, в якому віддзеркалюються особливості ставлення до себе, ставлення до інших, до провідної діяльності.

2. Характерологічний профіль особистості дітей, які часто хворіють, складають такі риси: паранойальність (недовірливість негативізм), сенситивність (надмірна уразливість, знижений емоційний самоконтроль, нестійкість настрою), залежність (підкореність, готовність слідувати правилам), інфантильність (упертість, егоцентризм, відсутність міжособистісної інтуїції) та астено-апатичність (зниження енергійності, песимізм, тривога, апатичність). Важливою особливістю особистості ЧХД є дискордантність – сполучення контрарних рис: відособленості та залежності, впертості та покірності, еготизму та центрації на значимій людині. Така дискордантність створює внутрішньоособистісну конфліктність - високу тривожність й напруженість селф-системи, що, безумовно, відбивається на системі забезпечення нарцисичного балансу, у самоствавленні.

3. Особливість психосемантики «Я»-системи (самоствавлення) дітей, які часто хворіють, полягає в тому, що вона конотована почуттями сорому, провини, переживанням себе як неуспішного, незадоволеного, безрадісного. Гендерні особливості психосемантичної організації вказаної системи полягають у тому, що у дівчат вона менш спотворена, ніж у хлопців – не конотована почуттям провини й не позбавлена насиченістю радістю. У дівчат конструкт «радість» не пов'язаний з конструктами «успіх» та «задоволеність», що вказує

на не «ділове» походження «радісті». В той час як у хлопців вказаної групи конструкт «радість» пов'язаний з конструктами «успіх» та «задоволеність», що свідчить про традиційно-культурну інструментальність хлопчиків. Спотворення статеворольового розвитку, ухилення від нормативного його варіанту у хлопців створює гендерну тривогу, яка відбиває ретардацію гендерної соціалізації. У дітей, які часто хворіють, виявлено феномен «гендерної пустоти», який полягає у відсутності в перцептуальному полі дітей статеворольового виміру. Діти, які часто хворіють, (особливо хлопці) негативно сприймають свою гендерну роль – вони самі не відповідають гендерним «нормам» хлопчачої субкультури. Взагалі, статус «хворого» переживається хлопцями більш травматично, ніж дівчатами, він в більшій мірі несе у собі загрозу образу «справжнього чоловіка». Це відбивається на низькій самооцінці та на стосунках з хлопцями.

4. У дітей, які часто хворіють, суверенний психологічний простір депривовано, порушено межі «Я». Виявлено депривованість таких секторів психологічного простору як суверенність фізичного тіла, території, речей, звичок, соціальних зв'язків, що свідчить про недоліки у процесах сепарації та формуванні «Я»-системи.

5. Ставлення дітей, які часто хворіють, до складних життєвих ситуацій характеризує сполучення таких рис: 1) тенденція до «відходу» від дискомфорту шляхом захисної «втечі» від реальності, а не активного подолання труднощів; 2) ставлення до труднощів - як до перманентної, непереборної сили; 3) фіксація на минулому; 4) пошук сильного наставника, частіше матері, й нездатністю до самостійного протистояння труднощам; 5) інтрапунітивна спрямованість реакцій; 6) почуття розгубленості, безпорадності, беззахисності. Для них властиві самокритичність, невпевненість, знижений рівень самоповаги; зниження фіксації на задоволені власних потреб й рівня соціальної адаптації; підвищений рівень тривожності.

6. У дітей, які часто хворіють, спостерігається спотворення сімейної соціалізації: поширеними є такі типи сімейної взаємодії: «вибірково-відкидаючий», «коаліція з матір'ю» та «кумир родини». Коаліція з матір'ю й

вибірково-відкидаючий типи взаємодії відбивають напружене подружнє спілкування, в яке утягується хвора дитина. Тому сімейне напруження є чинником, що predisponує розвитку частих рекурентних епізодів ГРЗ. Ймовірно, хвороба дитини несе декілька смислів: примирення батьків, викриття чоловіка в його холодності, неспроможності, немужності, безвідповідальності, в тому, він винен у тому, що дружина нещаслива, викриття жінки у тому, що вона неспроможна народити здорову дитину, у тому, що хвороба дитини – результат втручання, наприклад бабусі тощо. Тому хвороба дитини є резистентною до терапії – в ній «зацікавлені» деякі члени сім'ї: дитина – одержує «любов», жінка – викриває/наближає чоловіка, чоловік – набуває «свободу», або, навпаки, смисл бути у сім'ї. Очевидно, що поряд з біологічними ланками розвитку епізодів ГРЗ співіснують й психологічні.

8. На основі проведеного теоретичного аналізу психологічних досліджень, з опорою на визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я можна визначити як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, як відкрити ієрархічну цілісну систему, що функціонує на біологічному (функціонування психічних процесів і станів, яке забезпечує адекватне реагування на фактори навколишнього середовища), особистісному (гармонійність психічних властивостей особистості, її стійкість, урівноваженість і здатність протистояти факторам, що порушують її цілісність) та соціальному (кількість і якість міжособистісних зв'язків особи, а також міра її залучення до життя суспільства, тобто повноцінне виконання соціальних функцій) рівнях.

Ставлення особистості до власного здоров'я можна визначити як внутрішню сторону системи індивідуальних селективних, суб'єктивно оцінних і соціально детермінованих зв'язків із різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють чи загрожують її здоров'ю, опосередкованих життєвим досвідом молоді та яке визначається специфікою прояву і когерентністю взаємозв'язку когнітивного (характеризує знання про здоров'я, основні фактори ризику та антиризик, критерії його оцінки), афективного (відображає емоції,

почуття і переживання, пов'язані зі станом здоров'я або його зміною) і поведінкового (характеризує особливості поведінки у сфері здоров'я) компонентів.

9. У психологічних дослідженнях, присвячених проблематиці виникнення та розвитку різних видів залежності, поряд з адикцією, яка власне і означає залежність, виділяють поняття адиктивної особистості, яке характеризується через якості особистості, якій притаманна та чи інша залежність, та адиктивної поведінки, яка визначається через характеристику поведінкових патернів, характерних для особистості з адикцією.

10. За результатами проведеного дослідження визначено найнижчі показники практичного і вчинкового компонентів ставлення до здоров'я по групі алкозалежних студентів. Разом із тим за вчинковим компонентом, що відображає ступінь прояву ставлення до здоров'я у сфері вчинків, спрямованих на зміни свого оточення щодо дотримання здорового способу життя, найвищий показник отримано по групі тютюнозалежних студентів. Найвищі показники за практичним компонентом, який відображає спрямованість студентів на практичну реалізацію турботи про власне здоров'я, отримані по контрольній групі. Найвищі показники за такими видами здоров'я, як психологічне, духовне, соціальне та екологічне, відрізняють студентів контрольної групи, а найнижчі – студентів з алкогольною залежністю. При цьому результати студентів з тютюновою залежністю є суттєво нижчими за результати студентів контрольної групи, але вищими за результати студентів з алкогольною залежністю. За показниками життєвого стилю, що відповідає здоровому способу життя, визначена така сама закономірність: найвищі показники в контрольній групі, найнижчі в групі алкозалежних, проміжні в групі студентів з тютюновою залежністю.

За контрольною групою визначено найбільш диференційовану факторну структуру ставлення до здоров'я, а найбільш суперечливою виявилася факторна структура ставлення до здоров'я студентів з алкогольною залежністю.

11. Порівняння показників мотивів навчання у вузі по трьох групах досліджуваних дозволило визначити, що за всіма видами мотивів студенти з тютюновою залежністю суттєво не відрізняються від студентів контрольної групи. Разом із тим визначено значно нижчі показники мотивів придбання знань, оволодіння професією, отримання диплому по групі алкогольнозалежних студентів у порівнянні з групою тютюнозалежних і контрольною групою. Студенти з тютюновою залежністю відрізняються від студентів контрольної групи більш низьким показником задоволеності взаєминами з однокурсниками. Студенти з алкогольною залежністю відрізняються від студентів як контрольної групи, так і групи студентів з тютюновою залежністю більш низькими показниками задоволеності навчальним процесом, виховним процесом, обраною професією, взаєминами з однокурсниками, взаємодією з викладачами, побутом і здоров'ям.

12. По групі студентів з алкогольною залежністю визначено найвищі показники за такими складовими ставлення до себе, як закритість і самовпевненість у порівнянні із контрольною групою і групою студентів із тютюновою залежністю. У студентів контрольної групи суттєво вищими порівняно із студентами з алкогольною і тютюновою залежністю виявилися показники самокерівництва і відображеного ставлення до себе, але нижчим виявився показник самоцінності і внутрішньої конфліктності. Аналіз структури ставлення до себе студентів з алкогольною і тютюновою залежністю дозволяє припустити, що високі показники самоцінності по обом групам і самовпевненості по групі алкозалежних студентів вказують на компенсаторну функцію цих складових ставлення до себе, що побічно підтверджується більш високою внутрішньою конфліктністю ставлення до себе по обом групам студентів із залежностями.

13. Визначені відмінності у показниках міжособистісної залежності по групах студентів з узалеженою поведінкою і контрольної групи, а саме: за деструктивною надзалежністю і дисфункційним відділенням найвищі показники отримано по групі студентів з алкогольною залежністю у порівнянні

з іншими двома групами, а за здоровою залежністю найнижчі показники порівняно з іншими групами отримано по контрольній групі. Студенти з узалежненою поведінкою значно меншою мірою, ніж студенти контрольної групи, переконані у доброзичливості оточуючого світу і доброті людей.

Студенти з алкогольною залежністю виявилися менш толерантними до представників інших етнічних груп, ніж студенти контрольної групи, і менш толерантними по відношенню до різних соціальних груп, ніж студенти контрольної групи і студенти з тютюновою залежністю. Найбільш вираженими особистісними рисами, установками і переконаннями, які визначають толерантність людини до інших людей, володіють представники контрольної групи, а найменш вираженими студенти з алкогольною залежністю; студенти з тютюновою залежністю займають проміжне положення за вираженістю толерантності як риси особистості між представниками інших двох груп.

14. У ході проведеного дослідження визначені специфічні особливості взаємозв'язку ставлення до здоров'я із базовими ставленнями особистості студентського віку з алкогольним і тютюновим узалежненням в порівнянні із студентами, в яких на попередньому етапі дослідження не було визначено ознак тютюнової й алкогольної залежності. Виявилось, що ставлення до здоров'я та ставлення до навчання найбільш тісно пов'язані у студентів контрольної групи, а найменш тісним даний зв'язок виявився у студентів з алкогольною залежністю. При цьому вираженість мотиву оволодіння професією, задоволеності обраною професією та навчальним процесом по групі алкозалежних студентів переважно негативно пов'язані із показниками ставлення до здоров'я. Найбільша кількість зв'язків визначена між складовими ставлення до здоров'я, вимірами ставлення до себе й ставлення до інших по групі студентів з тютюновою залежністю. У студентів з адикціями (алкогольною і тютюновою) показники ставлення до здоров'я з різним знаком пов'язані із таким різновидом міжособистісної залежності, як дисфункційне відділення, а по контрольній групі – негативно з деструктивною надзалежністю. Показники ставлення до здоров'я студентів трьох досліджуваних груп пов'язані

з різними базовими переконаннями: по контрольній групі із переконанням в осмисленості світу, по групі студентів з тютюновою залежністю із переконанням у доброзичливості світу, по групі студентів з алкогольною залежністю із переконанням у цінності власної особистості, у здатності управляти подіями свого життя та у власному везінні.

15. Розроблений комплекс психокорекційних заходів, спрямований на нормалізацію системи ставлень особистості дітей, які часто хворіють, який включає наступні блоки: програму психокорекції дітей; тренінг для батьків; педагогічну конференцію з учителями, які працюють з такими дітьми; індивідуальну та сумісну сімейну корекцію. Психокорекційний процес включає етапи: діагностичний, інсталяційний, корекційний і оцінний.

Мішені психокорекції становлять: саморозуміння, ставлення до себе та до оточення, саморегуляція. В ідеологічному відношенні психокорекційний комплекс заснований на ідеях клієнт-центрованого підходу К. Роджерса, а у технічному - побудований за полімодальним принципом.

Психокорекційний комплекс є ефективним, що підтверджують різні оціночні процедури (суб'єктивно пережиті зміни, об'єктивно реєстровані зміни, стійкість змін). Після участі в комплексі психокорекційних заходів діти стали більш товариськими, веселими, доброзичливими, ініціативними, ефективними при вирішенні своїх проблем, вони стали менш боязкими й тривожними, у них розширився поведінковий репертуар, змінився стиль сімейної взаємодії.

Корекційно-розвивальна програма, спрямована на формування позитивно-дієвого ставлення до здоров'я, повинна включати, крім суто «здоров'язберігаючого» («Оптимізація ставлення до здоров'я»), «особистісні» блоки («Оптимізація самоствавлення», «Оптимізація ставлення до іншого», «Оптимізація ставлення до навчальної діяльності»). Метою блоку «Оптимізація самоствавлення» має постати сприяння виробленню оптимального, адекватного самоствавлення студента, мета блоку «Оптимізація ставлення до іншого» полягає у сприянні виробленню позитивного, адекватного ставлення до інших, а метою блоку «Оптимізація ставлення до навчальної діяльності» – сприяння

виробленню у студентів юнацького віку позитивного ставлення до навчальної діяльності з основою на розвитку внутрішньої мотивації навчання як основи конструктивного ставлення до здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Alanko K. Childhood gender atypical behavior and adults same-sex sexuality : genetic and environmental influences and associations with recalled parent-child relationships and current psychiatric symptoms. Finland : Abo Akademi University, 2010. 159 p.
2. Goldenberg H., Goldenberg I. Family therapy : an overview. 7-th edition. USA : Oxford University Press, 2008. 480 p.
3. Pincus W. M., Furst J. Family psychology: the art of the science. UK : Oxford University Press, 2005. 590 p.
4. Rogers C. R. A personal formulation of client-centered therapy. *Marriage and Family Living*. 1952. Vol. 14. P. 341-361.
5. Rogers C. R. Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Boston : Houghton Mifflin Company, 1951. 234 p.
6. Salmon C. A., Shickelford T. K. Family Relationships. USA : Oxford University Press, 2007. 376 p.
7. Аве-Лаллемант У. Графический тест "Звезды и волны". Санкт-Петербург : Семантика-С & Речь. 2002. 242 с.
8. Аверин В. А. Психология человека от рождения до смерти. Младенчество. Детство. Юность. Взрослость. Старость : полный курс психологии развития. 2-е изд. Москва : ОЛМА-ПРЕСС, 2003. 411 с.
9. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов. Ростов н/Д. : Феникс, 1998. 448 с.
10. Александровская Э. М., Гильяшева И. Н. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного опросника Р. Кеттелла : метод. рекомендации. Москва : МГУ, 1993. 40 с.
11. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков : пути преодоления : учеб. пособие / под ред. Эрика Ф. Вагнера и Холли Б. Уолдрон. М.осква : Академия, 2006. 414 с.

12. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А. Часто болеющие дети : клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986. 183 с.
13. Андреева Т. В. Психология современной семьи. Санкт-Петербург : Речь, 2005. 434 с.
14. Анн Л. Ф. Психологический тренинг с подростками. Санкт-Петербург : Питер, 2007. 271 с. (Эффективный тренинг).
15. Арина Г. А., Коваленко Н. А. Часто болеющие дети. Какие они? *Школа здоровья*. 1995. Т. 2, № 3. С. 116–125.
16. Бабайцева В. Ю. Личностно-ориентированный тренинг в процессе подготовки будущих учителей к воспитательной работе с трудными детьми : учеб. пособие. Москва : Рос. пед. агентство, 1997. 56 с.
17. Бадьина Н. П. Профилактика и преодоление школьной дезадаптации первоклассников : метод. рек. для учителей нач. кл. Курган, 2005. 59 с.
18. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Пути оздоровления часто болеющих детей. *Вопросы охраны материнства и детства*. 1986. № 8. С. 65–67.
19. Бартків О. С., Бартків О. В. Відповідальне ставлення до здоров'я учнівської молоді : теоретичні аспекти. *Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки*. 2010. № 13. С. 49–52.
20. Бассин Ф. В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни. *Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней* : тезисы докл. науч.-практ. конф. Москва, 1972. С. 25–33.
21. Вачков И. В., Дерябо С. Д. Окна в мир тренинга. Методологические основы субъектного подхода к групповой работе. Санкт-Петербург : Речь, 2004. 272 с.
22. Башмакова О. В. Емоційні та психосоціальні чинники ставлення до здоров'я : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2007. 21 с.

23. Бевз Г. М., Главник О. П. *Технологія проведення тренінгів з формування здорового способу життя молоді*. Київ : Укр. Ін-т соц. досліджень, 2004. 176 с. (Серія «Формування здорового способу життя молоді»: у 14 кн., кн.1).
24. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 544 с.
25. Березовская Р. А. Исследование отношения к здоровью : современное состояние проблемы в отечественной психологии. *Вестник СПбГУ*. 2011. Вып. 1. Сер. 12. С. 221–226.
26. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. Москва : Прогресс, 1986. 365 с.
27. Беш Л. В., Мацюра О. І. Лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей, які часто хворіють: прості відповіді на складні запитання. *Здоров'я України*. 2015. URL : http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2012_Pediatr_4/50-51.pdf (01.11.2015).
28. Божович Л. И. *Личность и ее формирование в детском возрасте*/ Санкт-Петербург : Питер, 2008. 398 с.
29. Ботьбот Ю. К., Таран О. М. Часто хворіючі діти : особливості імунної відповіді при ГРВІ. *Актуальные вопросы педиатрии*. 2008. № 4 (21). С. 33.
30. Психологічні закономірності розвитку громадянської свідомості та самосвідомості особистості : у 2-х т. / за заг. ред. М. Й. Боришевського. Київ : Дніпро, 2001. Т. 2. 244 с.
31. Браэм Г. *Психология цвета*. Москва : АСТ, Астрель, 2009. 158 с.
32. Булгакова В. А., Балаболкин И. И. Острые респираторные инфекции у часто болеющих детей. *Медицинский совет*. 2007. № 3. С. 49.
33. Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е. *Психотерапия : учебник для вузов*. Санкт-Петербург : Питер, 2003. 472 с.
34. Бутенко Н. И., Олешкевич Т. Г., Палиева Н. А. *От формирования гигиенической и физической культуры к формированию здорового образа*

жизни. *Здоровый ребенок – в здоровом социуме*. Москва ; Ставрополь, 1999. 320 с.

35. Валлон А. Ландшафт детской души : Юнгианское консультирование в школах и клиниках. Москва : ПЕР СЭ, 2006. 217 с.

36. Варга А. Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции. *Вестник МГУ. Сер. : Психология*. 1985. № 4. С. 32–37.

37. Варга А. Я. Структура и типы родительского отношения : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.01. Москва, 1987. 25 с.

38. Василевский И. В. Часто болеющие дети : практические подходы к иммунокорректирующей терапии. *Медицина*. 2008. № 2. С. 93–99.

39. Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю., Дубинина Е. А. Медицинская психодиагностика : современная методология исследования и интеграционные процессы в психологии и медицине. *Медицинская психология в России*. 2014. N 4(27). URL : <http://mprj.ru> (01.11.2016)

40. Вачков И. В. Групповые методы в работе школьного психолога. Москва : Ось-89, 2002. 224 с.

41. Вейц А. Э. Психологические особенности детей с невротоподобными расстройствами и неврозами. *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика*. 2014. N 4 (6). URL : <http://medpsy.ru/climp> (09.04.2015)

42. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты. Москва : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. 159 с.

43. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Бурменская Г. В. и др. Москва : Академия, 2002. 416 с.

44. Волков И. К. Часто болеющие дети: дифференциальная диагностика и терапия. *Российский аллергологический журнал* : сб. темат. ст. по проблеме «часто болеющие дети». 2006. С. 48–63.

45. Волкова О. Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка. *Медицинская психология в России*. 2010. N 2. URL : [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (22.09.2015)
46. Выготский Л. С. Проблема культурного развития ребенка. *Вестник Московского университета*. Сер. 14 : Психология. 1991. № 4. С. 5–18.
47. Выготский Л. С. Развитие личности и мировоззрения ребёнка. *Психология личности. Тексты* / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря. Москва : МГУ, 1982. С. 161–165.
48. Выготский Л. С. К психологи и педагогике детской дефективности. *Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии*. Москва : МГУ, 1980. С. 24–35.
49. Выготский Л. С. Психология развития человека. Москва : Эксмо, 2005. 135 с.
50. Вылегжанина Г. Г. Часто болеющий ребенок : факторы и механизмы развития личности. *Развитие личности больного ребенка*: сб. науч. ст. Красноярск : РИО КГПУ, 2004. С. 22–28.
51. Вылегжанина Г. Г. Социально-психологические трудности развития часто болеющих детей. *Образование как институт социально-психологической защиты детства. Психологические чтения* : сб. материалов Междунар. науч.-практ. конф. Москва : Гуманитар, изд. Центр ВЛАДОС, 2006. Вып. 3. С. 144–145.
52. Гиппенрейтер Ю. Б., Пузырей Ю. Б., Архангельская В. В. Психология личности. Москва : АСТ, 2009. 624 с. (Хрестоматия по психологии).
53. Гиппенрейтер, Ю. Б. Общаться с ребенком. Как? Москва : Масс медиа, 1995. 238 с.
54. Грабенко Т. Н., Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Коррекционные, развивающие и адаптирующие игры. Санкт-Петербург : Детство-Пресс, 2002. 64 с.

55. Грецов А. Г. Тренинг общения для подростков. Санкт-Петербург : Питер, 2007. 160 с.
56. Грузд Л. В. Психологічні чинники та механізми формування алкогольної і наркотичної залежності. *Актуальні проблеми психології на сучасному етапі суспільного розвитку* : зб. наук. праць / за ред. М. Г. Рогова, В. Г. Іванова. Київ : КДТУ, 2003. 464 с.
57. Груздева О. В. Соматически больной ребенок : факторы речевого развития : монография. Красноярск : РИО КГПУ им.В. П. Астафьева, 2004. 160 с.
58. Груздева О. В. Социальные и биологические детерминанты личностного развития соматически больных детей дошкольного возраста (на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата). *Развитие личности больного ребенка*. Красноярск, 2004. С. 19.
59. Дети в семейной психотерапии : практическая работа и профессиональное обучение / под ред. Дж. Зильбах. Москва : Ин-т психотерапии, 2004. 205 с.
60. Детская практическая психология : учебник / под ред. проф. Т. Д. Марцинковской. Москва : Гардарики, 2003. 255 с.
61. Добряков И. В., Заширинская О. В. Психология семьи и больной ребенок. Санкт-Петербург : Речь, 2007. 400 с.
62. Доманецкая Л. В. Особенности общения часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста с родителями как условие улучшения его соматического статуса. *Медицинская психология в России*. 2011. N 4. URL : [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (25.04.2016).
63. Дубовик Е. Ю., Ковалевский В. А. Влияние типа родительского отношения на уровень тревожности часто болеющего ребенка дошкольного возраста. *Медицинская психология в России*. 2012. N 1. URL : <http:// medpsy.ru> (14.01.2015).

64. Дусказиева Ж. Г. Особенности эмоционального восприятия собственной и противоположной половой роли часто болеющими детьми 5-7 лет. *Сибирский психологический журнал*. 2009. № 32. С. 23–35.
65. Залевский Г. В. Личность и фиксированные формы поведения. Москва : Институт психологии РАН, 2007. 336 с. (Серия : Достижения в психологии).
66. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. Москва : ЭКСМО-Пресс, 2000. 448 с.
67. Захарова Р. А. Методика изучения социально-валеологического состояния семей. *Здоровый ребенок – в здоровом социуме*. Москва ; Ставрополь, 1999. 320 с.
68. Зверева Н. В., Горячева Т. Г. Клиническая психология детей и подростков : учебник для студ. учрежд. высш. проф. образования. Москва : Академия, 2013. 272 с.
69. Зейгарник Б. В. Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии. *Вестник МГУ*. Сер. : Психология. 1981. № 2. С. 9–15.
70. Зимбардо Ф., Рэдл Ш. Застенчивый ребенок : как преодолеть детскую застенчивость и предупредить её развитие / пер. с англ. Е. Долинской. Москва : АСТ Астрель, 2005. 289 с.
71. Зимівець Н. В. Соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді : автореф. дис. канд. психол. наук : 13.00.05. Київ, 2008. 19 с.
72. Игумнов С. А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков. Москва : Ин-т психотерапии, 2000. 112 с.
73. Изард К. Э. Психология эмоций. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 464 с.
74. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 752 с.
75. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Санкт-Петербург : Речь, 2005. 400 с.

76. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей : руководство для врачей. Санкт-Петербург : Питер, 2000. 512 с.
77. Исаева Е. Р. Копинг–поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. Санкт-Петербург : СПбГМУ, 2009. 136 с.
78. Исурина Г. Л. Методы и техники групповой психотерапии. *Групповая психотерапия*. Москва, 2005. С. 56.
79. Капланская И. Л. Влияние внутрисемейных отношений на течение тревожно-фобического расстройства у детей 7-10 лет. *Вестник ЛГУ имени А. С. Пушкина*. 2011. Т.5. №1. С. 84–95.
80. Капланская И. Л. Тревожно-фобические расстройства у детей в контексте нарушенного семейного функционирования. *Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация, диагностика, лечение, реабилитация, подготовка специалистов и работа в мультидисциплинарной команде* : материалы конф. «XI Мнухинские чтения», г. Санкт-Петербург, 21 марта 2013. Санкт-Петербург, 2013. С. 192–197.
81. Капустин С. А. Критерии нормальной и аномальной личности в психотерапии и психологическом консультировании. Москва : Когито-Центр, 2014. 239 с.
82. Капустин С. А. Особенности личности детей в семьях клиентов психологической консультации. *Национальный психологический журнал*. 2015. № 1(17). С. 79–87.
83. Капустин С. А. Стили родительского воспитания в семьях клиентов психологической консультации по детско-родительскими проблемами. *Вестник Московского университета*. Сер. 14 : Психология. 2014. № 4. С. 76–90.
84. Карабанова О. А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. Москва : Гардарики, 2005. 319 с.
85. Касвинов С. Г. Система Выготского. Харьков : Райдер, 2013. Кн. 1 : Обучение и развитие детей и подростков. 460 с.

86. Клейберг Ю. А., Конорева Л. А. Теоретические и прикладные аспекты социальной психологии девиантного поведения. *Ежегодник Российского психологического общества* : материалы III Всерос. съезда психол. (Санкт-Петербург, 25–28 июня 2003г.). Санкт-Петербург : СПб ГУ, 2003. 407 с.
87. Ковалевский В. А., Урываев В. А. Психология ребенка-пациента соматической клиники : практикум. Красноярск ; Ярославль, 2006. 87 с.
88. Конева Е. В., Солондаев В. К. Характеристики обыденных представлений о взаимодействии врач – родители – ребенок и чувствительность к внешним факторам. *Медицинская психология в России* 2014. N 4(27). URL : <http://mprj.ru> (02.07.2016).
89. Коровина Н. А. Часто и длительно болеющие дети: терминология, патофизиология, терапевтические подходы. *Опыт применения рибомунила в российской педиатрической практике* : пособие для педиатров. Москва, 2002. С. 7–16.
90. Костина Л. М. Методы диагностики тревожности. Санкт-Петербург : Речь, 2002. 198 с.
91. Котова Е. В. Детско-родительские отношения в различных типах семей. Красноярск, 2004. 152 с.
92. Кочарян А. С. Клиент-центрированная психотерапия: некоторые концептуальные проблемы. *Психологія у суспільстві, що трансформується* : матеріали VI Харків. міжнар. психол. читань, присвяч. пам'яті О. М. Лактіонова (квітень 2010 р.). Харків, 2010. –С. 207–212.
93. Кравець Ю., Толкачова О. Інноваційний підхід у реабілітації дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють. *Молода наука* : зб. матеріалів наук.-практ.конф. студ.та молод.учених. Запоріжжя: ЗНУ, 2009. С. 231–232.
94. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств / Н.А. Кравцова и др. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2013. № 4. С. 48–55.
95. Кравцова Н. А. Психологические детерминанты развития психосоматических расстройств. Патогенный психосоматический фенотип. Владивосток : Медицина ДВ, 2013. 224 с.

96. Кравцова Н. А. Самооценка и «я» функции личности подростков, страдающих психосоматическими расстройствами. *Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии* : материалы Междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Н. А. Кравцовой. Владивосток : Морской гос. ун-т им. Г. И. Невельского, 2011. С. 139–146.
97. Кравцова Н. А. Саногенный и патогенный варианты психосоматического развития. *Медицинская психология в России*. 2016. N 1(36) URL: <http://mprj.ru> (11.09.2016).
98. Кравцова Н. А. Семейные факторы и личностные predispositions психосоматических расстройств. *Детство и семья в современном мире* : материалы междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Н. А. Кравцовой. Владивосток : МГУ им. Г. И. Невельского, 2012. С. 251–260.
99. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. 9-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 940 с.
100. Кришталь В. В. Михайлов Б. В, Марута Н. О, Шестопалова Л. Ф. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению. *Медицинская психология*. 2006. № 1. С. 3–6.
101. Крюкова Т. Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения. *Психологический журнал*. 2005. Т. 26. № 2 .С. 5–15.
102. Куфтяк Е. В. Жизнеспособность семьи: теория и практика. *Медицинская психология в России*. 2014. N 5(28). URL : <http://mprj.ru> (22.11.2016).
103. Лебедева Д. Д. Практика арт-терапии : подходы, диагностика, система занятий. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 256 с.
104. Лебедева Л. Д., Никонорова Ю. В., Тараканова Н. А. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 336 с.

105. Лебеденко Е. Н. Развитие самосознания и индивидуальности : метод. руководство. Москва : Прометей; Книголюб, 2003. Вып. 1. : Какой Я? 64 с.
106. Левченко Е. В. История и теория психологии отношений. Санкт-Петербург : Алетейя, 2003. 312 с.
107. Лидере А. Г. Психологический тренинг с подростками : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. 2-е изд., стер. Москва : Академия, 2004. 256 с.
108. Линде Н. Д. Основы современной психотерапии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва : Академия, 2002. 208 с.
109. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология : рук. для врачей. Ленинград : Медицина, 1991. 302 с.
110. Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. Москва : Медицина, 1977. 111 с.
111. Луценко О. Л., Габелкова О. Є., Петрик О. І. Психологічні особливості студентської молоді, що має тютюнову залежність. *Практична психологія та соціальна робота*. 2011. № 7. С. 49–54.
112. Любарська О. Г. Нікотин–повільна отрута : виховний захід. *Біологія*. 2009. № 5. С. 34.
113. Лютова Е. К., Моница Г. Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. Санкт-Петербург : Речь, 2001. 190 с.
114. Мадди С. Теории личности : сравнительный анализ / пер. с англ. И. Авидон. Санкт-Петербург : Речь, 2002. 539 с.
115. Мазепина Т. Б. Развитие навыков ребенка в играх, тренингах, тестах. Ростов н/Д : Феникс, 2003. 108 с.
116. Макаренко А. А., Калайтан Н. Л., Яковенко Е. К. Практикум по психологии : проективные методы психологии. Харьков. : Нац.ун-т «ХАИ», 2014. 53 с.
117. Макарова З. С. Часто болеющие дети и их реабилитация в условиях детской поликлиники. *Поликлиника*. 2005. №1. С. 14–16.

118. Максименко К. Агресивність підлітків. Експериментальне вивчення. *Психолог*. 2003. № 6. С. 10–12.
119. Максименко К. С. Переживання емоційних станів при соматичних захворюваннях. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007. № 12. С. 28–30.
120. Максименко К. С. Аналіз психотерапевтичних механізмів лікувальних впливів та інтервенцій. *Сек'юритологія*. Краков, 2012. С. 85–103.
121. Максименко К. С. Генетико-психологічна парадигма в контексті інтеграційних психотерапевтичних підходів. *Психологічні перспективи*. Луцьк, 2013. Вип. 22. С. 122–131.
122. Максименко К. С. Проблема мультикаузації психічних і психосоматичних розладів людини. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. пр. / ДВНЗ «Запорізький національний університет». Запоріжжя, 2015. Вип. 1(17). С. 130–136.
123. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості. Київ : ТОВ «КММ», 2006. 240 с.
124. Максименко С. Д. Общая психология. Київ : Ваклер, 2000. 523 с.
125. Максименко С. Д. Психологічні механізми зародження особистості. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. праць / Кам'янець-Подільський нац. ун-т імені І. Огієнка, Ін-т психології імені Г. С. Костюка АПН України. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2010. Вип. 9. С. 3–18.
126. Максименко С. Д. Структура особистості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2007. № 1. С. 1–13.
127. Максименко С. Д. Психічне здоров'я дітей. *Психолог*. 2002. №1. С. 4.
128. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посіб. / Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка. Київ : ВПЦ «Київський ун-т», 2002. 308 с.

129. Маркова Т. П., Чувиров Д. Г., Гаращенко Т. И. Механизм действия ИРС-19 в группе длительно и часто болеющих детей. *Иммунология*. 2000. № 5. С. 56–59.

130. Маркова Т. П., Чувиров Д. Г. Длительно и часто болеющие дети. *РМЖ*. 2002. Т. 10. № 3. С. 14.

131. Марушко Ю. В., Гищак Т. В. Диференційовані підходи до терапії кашлю у дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання. *Педіатрія*. 2015. URL : http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2013_23/57-58.pdf (03.05.2015).

132. Медична психологія : підручник/ С. Д. Максименко та ін. Вінниця : Нова книга, 2008. 520 с.

Меднікова Г. І. Становлення особистісної зрілості студентів. Харків : ХНПУ, 2015. 287 с.

133. Мельник Ю. Б. Концептуальні засади формування культури здоров'я особистості молодшого школяра : монографія. Харків : ХНПУ, 2011. 244 с.

134. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения : учеб. пособие. Санкт-Петербург : Речь, 2008. 445 с.

135. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособие. Москва : МЕДпресс, 2005. 432 с.

136. Михайлов Б. В., Сердюк Б. В., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической клинике. Харків : Прапор, 2002. 125 с.

137. Мищенко Л. В. К проблеме диагностики отношения студентов к учебной деятельности. *Вестник практической психологии образования*. 2007. № 3. С. 122–128.

138. Монахова А. Ю. Психолог и семья : Активные методы взаимодействия. Ярославль : Акад. развития. Акад. Холдинг, 2002. 159 с.

139. Мосина Н. А. Особенности развития самосознания часто болеющего младшего школьника. Красноярск, 2007. 144 с.

140. Мухина В. С. Возрастная психология : феноменология развития,

детство, отрочество : учеб. для студ. вузов. Москва :Класс, 1999. С. 34–89.

141. Мясищев В. Н. Психология отношений. Москва : МПСИ Б, 2003. 400 с.

142. Мясищев В. Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья. *Клиническая психология*. Санкт-Петербург : Питер, 2000. С. 212–226.

143. Мясищев В. Н. Психология отношений. Москва : Ин-т практ. психол., Воронеж : НПО «МОД ЭК», 1995. 356 с.

144. Нартова-Бочавер С. К. Человек суверенный : психологическое исследование субъекта в его бытии. Санкт-Петербург, 2008. 400 с.

145. Наследов А. Д. SPSS : Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. 2-е изд., испр. и доп. Санкт-Петербург : Питер, 2007. 410 с.

146. Нефедова Н. И. Социальные представления об успехе : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. / Ярославский государственный университет имени П. Г. Демидова. Ярославль, 2004. 186 с.

147. Овчарова Р. В. Родительство как психологический феномен. Москва : Москов. психол.-соц. ин-т, 2006. 496 с.

148. Олиференко Л. Я., Шульга Т. И., Дементьева И. Ф. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Москва : Академия, 2002. 256 с.

149. Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие для студ. вузов Москва : Сфера, 2002. 512 с.

150. Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальттерапии : Москва : Ин-т психотерапии, 2001. 227 с.

151. Петровский А. В. Личность. Деятельность. Коллектив. Москва : Знание, 2008. 384 с.

152. Пихтіна Н. П., Яковець Н. І. Педагогічна профілактика адиктивної поведінки молоді : навч.-метод. посіб. для вчителів, практ. психологів, соц.

працівників / Ніжинський держ. пед. ун-т імені Миколи Гоголя. Ніжин : Ніжин. пед. ун-ту ім. Миколи Гоголя, 2003. 116 с.

153. Пономарьова Г. Ф. Виховання майбутнього педагога: теорія і практика : монографія. Харків : Ранок, 2014. 405 с.

154. Пономарьова Г. Ф. Виховання майбутнього педагога : теорія і практика : монографія. Харків : Ранок, 2014. 405 с.

155. Поскребышева Н. Н., Карабанова О. А. Возрастно-психологический подход в исследовании личностной автономии подростка. *Национальный психологический журнал*. 2014. № 1 (13). С. 74–85.

156. Поттер-Эфрон Р. Т. Стыд, вина и алкоголизм : клиническая практика. Москва : Ин-т общегуманитар. исслед., 2002. С. 15–365.

157. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие. Самара : БАХРАХ-М, 2002. С. 153–156.

158. Прибытков А. А., Еричев А. Н., Коцюбинский А. П., Юркова И. О. Вопросы терапийсоматоформных расстройств : медикаментозные и психотерапевтические подходы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014. Т. 24. С. 73–80.

159. Програма тренінгових занять по темі «Детсько-родительські відносини» : метод. рекомендації / сост. Л. А. Дубовицька. Ханты-Мансийск : Принт-Класс, 2010. 66 с.

160. Психогимнастика в тренінгу / под ред. Н. Ю. Хрящевої. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 250 с.

161. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей. Санкт-Петербург, 2005. 32 с.

162. Психотерапия : учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 672 с.

163. Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайманн П. Развитие в психоанализе. Москва : Академический проект, 2001. 512 с.

164. Райгородский Д. Я. Психология семьи. Самара : Бахрах-М, 2007. 752 с.
165. Райс Ф., Долджин К. Психология подросткового и юношеского возраста. 12-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2011. 816 с.
166. Рахман Л. В., Маркова М. В Роль алекситимії і копінг-стратегій та їх взаємозв'язок у генезі терапевтично резистентних депресій. *Медицина психологія*. 2015. Том10. № 1 С. 15–19.
167. Рехардт Э., Иконен П. П Происхождение стыда и его проявления. *Научно-практический журнал электронных публикаций*. 2009. № 4. URL : <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2743> (07.08.2016)
168. Рогачева Т. В. Представления о смысле болезни в разных научных парадигмах. *Медицинская психология в России*. 2014. – N 6 (29) URL : <http://mprj.ru> (07.08.2016).
169. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия : Теория, современная практика и применение. Москва : Психотерапия, 2007. 560 с.
170. Романин А. Н. Основы психотерапии. Москва : КноРус, 2006. 528 с.
171. Романова Н. М. Тест «Рисунок мужчины и женщины». *Журнал прикладной психологии*. 2004. № 33. С. 38–44.
172. Романцов М. Г., Ершов Ф. И. Часто болеющие дети : современная фармакотерапия : руководство для врачей. Москва : ГЭОТАР-МЕД, 2006. 192 с.
173. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург, 2001. 705 с.
174. Самсыгина Г. А. Новые подходы к лечению острых респираторных инфекций у часто болеющих детей (результаты многоцентрового исследования по программе ЧИБИС). *Педиатрия*. 2006. № 1. С. 37–41.
175. Сасько О. О. Психолого-педагогічні умови розвитку соціального інтелекту у студентів, схильних до адиктивної поведінки : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Харків, 2010. 20 с.

176. Семенака С. И. Социально психологическая адаптация ребенка в обществе. Коррекционно – развивающие занятия. 2-е изд., испр. и доп. Москва : АРКТИ, 2005. 72 с.

177. Симованьян Э. Н., Денисенко В. Б., Григорян А. В. Часто болеющие дети : оптимизация программы лечения. *Педиатрия*. 2008. Т. 86. № 4. С. 79–85.

178. Синягина Н. Ю. Психолого педагогическая коррекция детско–родительских отношений. Москва : Гуманитар. изд. Центр ВЛАДОС, 2001. 96 с.

179. Слободчиков В. С., Ветков В. И. Частота острых заболеваний у детей дошкольного возраста. *Региональные проблемы здоровья населения* : сб. науч. трудов. Новокузнецк, 1991. С. 81–82.

180. Слободян М. М., Воронцова Н. С. Часто болеющие дети (медико-социальные аспекты, состояние иммунитета, пути оздоровления). *Педиатрия*. 1993. № 1. С. 45–48.

181. Смирнова Е. О. Холмогорова В. М. Соотношение непосредственных и опосредствованных побудителей нравственного поведения детей. *Вопросы психологии*. Москва, 2001. № 1. С. 26–37.

182. Соколова Е. Т. Клиническая психология утраты Я. Москва : Смысл, 2015. 895 с

183. Солондаев В. К. Возможности экспериментального исследования взаимодействия «врач – родители больного ребенка». *Экспериментальный метод в структуре психологического знания* / отв. ред. В. А. Барабанщиков. Москва : Ин-т психол. РАН, 2012. С. 696–700.

184. Солондаев В. К., Конева Е. В. Психологическая характеристика семьи в контексте здоровья ребенка. *Семья, брак и родительство в современной России* / отв. ред. Т. В. Пушкарева, М. Н. Швецова, К. Б. Зуев. Москва : Когито-Центр, 2014. С. 223–228.

185. Солондаев В. К., Конева Е. В., Черная Н. Л. Принятие решения родителями ребенка-пациента с точки зрения процессуальной логики. *Медицинская психология в России* 2015. N 6 (35). URL : <http://mprj.ru> (12.11.2014).

186. Ставицька С. О. Психологічні особливості ціннісних орієнтацій сучасного юнацтва. *Актуальні проблеми психології* / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Главник, 2008. Вип. 4. С. 236–242.

187. Толкачова О. В., Богдановська Н. В., Маліков М. В. Застосування одорантів в реабілітації хлопчиків та дівчаток 9-10 років, які часто хворіють. *Проблеми сучасної валеології, лікувальної фізичної культури та реабілітації* : зб. праць за матеріалами Всеукр.наук.-практ. конф. Херсон : ХДУ, 2009. С. 173–178.

188. Толкачова О. В., Богдановська Н. В., Маліков М. В. Сучасні технології в реабілітації дітей молодшого шкільного віку, які часто хворіють. *Реалізація здорового способу життя – сучасні підходи* : пята міжнар. наук.-практ. конф. Дрогобич, 2009. С. 416–421.

189. Учайкин В. Ф., Таточенко В. К., Гаращенко Т. И. Часто болеющие дети—современный взгляд на ведение и иммунопрофилактику. Материалы интерактивного междисциплинарного симпозиума на 4-м Конгрессе педиатров-инфекционистов. *Детские инфекции*. 2005, Т. 5, С. 65–67.

190. Фопель К. Сплоченность и толерантность в группе. Психологические игры и упражнения. Москва : Генезис, 2006. 336 с.

191. Фридман Л. М. Психология детей и подростков : справочник для воспитателей и учителей. Москва : Ин-т психотерапии. 2003. 478 с.

192. Фрустрация. Понятие и диагностика : учеб.-метод. пособие для студ. спец. 020400 Психология / сост. Л. И. Дементий. Омск : ОмГУ, 2004. 68 с.

193. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. Москва : Речь, Восточно-европейский институт психотерапии. 2006. 784 с.

194. Харламова Ф. С. Применение препарата пидотимод при острой респираторной инфекции у часто болеющих детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2009, Т. 8. № 2. С. 21–27.

195. Холмогорова А. Б. Семейная психотерапия: история, основные школы, концептуальный аппарат. *Современная терапия психических расстройств*. 2007. № 2. С. 10.
196. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Соматизация : история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели. *Московский психотерапевтический журнал*. 2000. № 2. С. 5–50.
197. Хомуленко Т. Б. Анализ телесного симптома как психосоматического феномена. Харьков : ХНПУ им. Г. С. Сковороды, 2011. 41 с.
198. Хомуленко Т. Б. Основы психосоматики : навч.-метод. посіб. Вінниця : Нова Книга, 2009. 120 с.
199. Целуйко В. М. Родители и дети. Психология взаимоотношений в семье. Москва : Содействие, 2006. 224 с.
200. Часто и длительно болеющие дети : современные возможности иммунореабилитации : руководство для врачей / Н.А. Коровина и др. Москва, 2001. 68 с.
201. Чернышева О. Е., Юлиш Е. И., Иванова Л. А. Характер изменений здоровья детей раннего возраста, состояния их иммунного и цитокинового статуса на фоне различного течения инфекции, вызванной вирусом Эпштейна – Барр. *Врачебная практика*. 2007. № 1 (55). С. 24–28.
202. Шапарь В. Б. Практическая психология. Психодиагностика отношений между родителями и детьми. Ростов н/Д. : Феникс, 2006. 432 с.
203. Шведовская А. А. Особенности переживания детско-родительских отношений и взаимодействие с родителями детей старшего дошкольного возраста : автореф. дис. канд. психол. наук. Москва, 2006. 24 с. URL : <http://www.dissercat.com/content/osobennosti-perezhivaniya-detsko-roditelskikh-otnoshenii-i-vzaimodeistvie-s-roditelyami-dete> (10.08.2015).
204. Шведовская А. А. Специфика позиции родителей при различных типах взаимодействия с детьми дошкольного и младшего школьного возраста. *Психологическая наука и образование*. 2006. № 1. С. 69–80.

205. Шевченко Н. Ф. Теорія і практика психологічної допомоги хворим. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти* : зб. наук. праць / Рівнен. держ. гуманітар. ун-т. Рівне : РДГУ, 2008. Вип. 41. С. 18–21.
206. Шевченко Н. Ф. Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти. *Матеріали II Всеукр. психол. конгресу, присвяченого 110 річниці від дня народження Г. С. Костюка (19-20 квітня 2010 р.)*. Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. Т. II. С. 347–350.
207. Шестопалова Л. Ф. Актуальные проблемы медицинской психологии в системе здравоохранения Украины и перспективы ее развития. *Український вісник психоневрології*. 1998. Т. 6. Вип. 1 (16). С. 15–16.
208. Шнейдер Д. Б. Семейная психология. Москва : Академ. Проект, 2006. 768 с.
209. Штумф В. О. Влияние родительского отношения на особенности понимания обмана часто болеющими старшими дошкольниками. *Сибирский педагогический журнал*. 2009. № 3. С. 376–380.
210. Штумф В. О., Ковалевский В. А. Особенности понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста. *Сибирский педагогический журнал*. 2009. № 4. С. 370–381.
211. Штумф В. О. Роль когнитивной способности в формировании ортобиоза у часто болеющих старших дошкольников. *Медицинская психология в России* 2012. N 4 (15). URL : <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.09.2015).
212. Штумф В. О. Роль родительского отношения в формировании неадекватного понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста. *Вестник Красноярского государственного педагогического университета имени В. П. Астафьева*. 2010. № 2. С. 35–38.
213. Щеглов Л. М. Психология соматического больного. *Медицинская психология*. 2006. Т. 1. № 3. С. 22–28.
214. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. С. Психология и психотерапия семь. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 656 с.

215. Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия. Москва : Феникс, 2008. 157 с.
216. Эльконин Д. Б. Опосредование. Действие. Развитие. Ижевск : Эрго, 2010. 280 с.
217. Эриксон Э. Детство и общество. Санкт-Петербург : ИТД «Летний сад», 2000. 416 с.
218. Юлиш Е. И., Иванова Л. А., Самойленко И. Г., Гадецкая С. Г. Особенности иммунного статуса у часто и длительно болеющих детей, инфицированных внутриклеточными агентами. *Вестник физиотерапии и курортологии*. 2002. № 3. С. 20.
219. Юлиш Е. И., Иванова Л. А., Самойленко И. Г. Роль герпес-вирусов в состоянии иммунной системы часто и длительно болеющих детей. *Здорова дитина : ріст, розвиток та проблеми норми в сучасних умовах*. Чернівці, 2002. С. 112.
220. Юліш Е. І., Чернишова О. Є., Иванова Л. А., Зикова О. І. Структурні зміни у внутрішніх органах у дітей з природженою цитомегаловірусною інфекцією. *Український медичний альманах*. 2004. Т. 7. № 6. С. 100–101.
221. Якоби М. Стыд и истоки самоуважения. Москва : Ин-т аналит. психол., 2008. 249 с.
222. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика. Москва : Апрель Пресс, 2006. 574 с.
223. Яценко Т. С., Калашник І. В., Чернуха І. О. Арт-терапевтичні технології в роботі психолога. Київ : Марич, 2009. 68 с.
224. Яценко Т. С. Групповая психокоррекция в условиях детской поликлиники. *Поликлиника*. 2005. № 1. С. 14–16.