МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МОРСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Навчально-науковий морський гуманітарний інститут (ННМГІ)

Кафедра практичної психології

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК З ДИСЦИПЛІНИ «ПСИХОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я РОБІТНИКІВ МОРЕГОСПОДАРСЬКОЇ ГАЛУЗІ» (СХЕМИ ТА ТАБЛИЦІ)

для підготовки здобувачів вищої освіти галузі знань 05. Соціальні та поведінкові науки.

Одеса 2023

УДК: 159.9378.3
Б--

Рекомендовано кафедрою
«Практична психологія» Навчально-наукового морського гуманітарного інституту (ННМГІ) Одеського національного морського університету
(протокол від «29» серпня 2023 р. № 1)

Рекомендовано навчально-методичною радою
Навчально-наукового морського гуманітарного інституту (ННМГІ) Одеського національного морського університету
(протокол від «___ » ____ 2024 р. № __)

Укладачі: Бондаревич Світлана Майславівна, доцент, кандидат психологічних наук, доцент кафедри «Практична психологія» Навчально-наукового морського гуманітарного інституту (ННМГІ) Одеського національного морського університету;
orcid.org/0000-0002-7350-2947

Чумаєва Юлія Володимирівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри «Практична психологія» Навчально-наукового морського гуманітарного інституту (ННМГІ) Одеського національного морського університету;

Діколь-Кобріна Олена Андріївна ст.викладач кафедри «Практична психологія» Навчально-наукового морського гуманітарного інституту (ННМГІ) Одеського національного морського університету;
orcid.org/0000-0003-2507-1457

Рецензент: Ситнік Світлана Володимирівна, професор, доктор психологічних наук, професор кафедри теорії та методики практичної психології ПНПУ ім. К. Д. Ушинського

Навчально-методичний посібник з дисципліни «Психологія здоров'я робітників морегосподарської галузі» для підготовки здобувачів вищої освіти галузі знань 05. Соціальні та поведінкові науки [Електронне видання] / укладачі: Бондаревич С.М., Чумаєва Ю.В., Діколь-Кобріна О. А. Одеський національний морський університет. Одеса: ННМГІ ОНМУ, 2023. 159 с.
Режим доступу: https://

Навчально-методичний посібник містить лекційний матеріал, теоретичні відомості з детальним описом теоретичного матеріалу, завданнями до практичних і самостійних робіт. Призначений для здобувачів вищої освіти галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки» з метою закріплення лекційного матеріалу і підготовки до практичних і самостійних занять з дисципліни «Психологія здоров'я робітників морегосподарської галузі».

ISBN …….

© Бондаревич С.М., Чумаєва Ю.В., Діколь-Кобріна О.А. (КПП), ОНМУ, 2023

ЗМІСТ

Вступ 4
Основний зміст лекцій з дисципліни «психологія здоров′я робітників морегосподарської галузі» ……..... 6
ЛЕКЦІЯ 1. Вступ в психологію здоров'я. Визначення психології здоров'я і завдання дослідження……..….. 6
ЛЕКЦІЯ 2. Оцінка і самооцінка фізичного здоров'я. Внутрішня картина здоров'я її значення в дослідженні психології здоров'я. Життєвий шлях людини та її здоров′я. Перинатальна психологія, психопатологія і психотерапія. Внутрішня картина здоров'я дітей та підлітків 14
ЛЕКЦІЯ 3. Душевне здоров'я і культура..... 24
ЛЕКЦІЯ 4. Здоров'я і спосіб життя ……..... 37
ЛЕКЦІЯ 5. Соціальне здоров'я. Здоров'я і гендер. Здоров'я і вік. Здоров'я і процеси старіння і довгожительства…..... 53
ЛЕКЦІЯ 6. Психологічна стійкість особистості. Індивідуально-типологічні аспекти психічного здоров'я……..…….. 72
ЛЕКЦІЯ 7. Психологія професійного здоров'я. Професійне вигорання. Психічне здоров'я студентів..... 92
ЛЕКЦІЯ 8. Основи сексуального здоров'я. Психологічні аспекти епідемії віл / сніду. Профілактична наркологія..... 122
Основний зміст практичних занять з дисципліни ……..…… 136
Основний зміст занять **для** самостійної роботи студента (СРС) **з** дисципліни…….. 151
Форми підсумкового контролю успішності здобувачів……. 153
Список рекомендованої літератури……..……..…….. 158

ВСТУП

«Психологія здоров’я робітників морегосподарської галузі» - це навчальна дисципліна, яка спрямована на створення загальнотеоретичної бази (оволодіння загально-психологічним інструментарієм) для успішного вивчення подальших теоретичних, практичних та прикладних навчальних дисциплін з психологічних дисциплін.

Передумови для вивчення дисципліни: загальна психологія, вікова психологія, диференціальна та клінічна психологія, педагогічна психологія, соціальна психологія, інженерна психологія, психодіагностика, психологія стресу, психологія кризових станів.

Предмет навчальної дисципліни, спрямован на створення загальнотеоретичної бази (оволодіння загально-психологічним інструментарієм) для успішного вивчення подальших теоретичних, практичних та прикладних навчальних дисциплін з психологічних дисциплін.

Метою викладання навчальної дисципліни «Психологія здоров’я робітників морегосподарської галузі»:

є формування у студентів системи знань про здоров'я заради здорової людини, уявлення про профілактику фізичного, психічного і соціального здоров'я.

Завдання навчальної дисципліни «Психологія здоров’я робітників вморегосподарської галузі»:

є отримання поглиблених психологічних знань і навичок для успішної професійної діяльності, формування у людини потреби у здоровому способі життя.

Згідно з вимогами освітньо-професійної програми здобувачі мають сформувати такі соціальні навички (Softskills):

- навички міжособистісної взаємодії;
- здатність бути критичним і самокритичним;
- здатність приймати обґрунтовані рішення.

У результаті вивчення дисципліни здобувачі повинні здобути:

знання:

- критерії фізичного, психічного і соціального здоров'я людини;
- завдання психолога по збереженню здоров'я людини;
- методи діагностики відхилень здоров'я;
- методи психологічного впливу для підтримання здоров'я; - фактори зниження професійного здоров'я;
- ознаки професійної деформації особистості;
- основи сексуального здоров'я.

вміння:

- аналізувати показники медичних досліджень;
- складати програми оздоровчих заходів;
- складати програми здорового способу життя, з огляду на конституцію людини.
- пропагувати знання про психологічну стійкість особистості;
- проведення оздоровчих тренінгів;
- психічної саморегуляції і навчати цьому інших людей;
- психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях.

Академічна доброчесність: викладання дисципліни «Психологія здоров’я робітників в морегосподарської галузі» ґрунтується на засадах академічної доброчесності, якими мають керуватися учасники освітнього процесу під час навчання, викладання та провадження

наукової діяльності з метою забезпечення довіри до результатів навчання та/або наукових досягнень.

Питання академічної доброчесності регулюються Кодексом академічної доброчесності Одеського національного морського університету, що створює систему взаємовідносин здобувачів освіти, науково-педагогічних працівників і допоміжного персоналу, яка поєднує освітній процес і науково-методичну роботу, обмін знаннями, впровадження інновацій, культуру і інтелектуальний розвиток усіх членів спільноти.

ЛЕКЦІЯ 1. ВСТУП В ПСИХОЛОГІЮ ЗДОРОВ'Я. ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я І ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.

План.

1. Історія становлення та сучасний стан.
2. Причини виникнення і взаємозв'язок з іншими науками.
3. Здоров'я людини як предмет комплексного міждисциплінарного дослідження.
4. Функції, критерії та компоненти здоров'я.
5. Підходи до дослідження феномену здоров'я (нормоцентрічний, феноменологічний, холістичний, аксіологічний, еволюціоністський, адаптаційний, інтегративний і ін.).
6. Основні моделі здоров'я: 1) Біологічна. 2) Медична. 3) Биомедицинская. 4) Ціннісно-соціальна. 5) Біосоціальних.
7. Підходи до визначення сутності здоров'я (основні соціокультурні еталони):

1) Античний (5 ст. До н.е.); 2) Адаптаційний; 3) Антропоцентрический (соціокультурний).

8. Критерії психічного здоров'я.
9. Міждисциплінарність психології здоров'я.
10. Теорія Стресу Г. Сельє і його адаптаційна теорія.
11. Спосіб життя. Фактори, що визначають спосіб життя.

Основна термінологія: *категорія здоров'я; психологічне здоров'я; здорова особистість; складові здорової психологічної особистості.*

Психологія здоров'я - це наука про психологічні причини здоров'я, про методи і засоби його збереження, зміцнення і розвитку.

Мета психології здоров'я - це збереження, зміцнення і розвиток духовної, психічної, соціальної і соматичної складових здоров'я.

У такому випадку саме здоров'я можна розглядати в якості оптимальної передумови (умов) для виконання людиною намічених життєвих цілей і завдань, що є основою розуміння, пошуку і реалізації сенсу життя.

Головною метою її є всебічне вдосконалення людини.

Завдання психології здоров'я:

1) підвищення рівня психологічної культури (ступінь досконалості в оволодінні психологічними знаннями та діяльністю);

2) підвищення рівня культури спілкування (ступінь досконалості в області зовнішньої і внутрішньої комунікації);

3) визначення шляхів і умов для самореалізації, розкриття свого творчого та духовного потенціалу.

Основні моделі здоров'я.

1) Біологічна. Здоров'я - це відсутність хвороби і нормальне функціонування організму.

2) Медична. Здоров'я (запропоновано ООН) - це стан повного фізичного, соц благополуччя, а не тільки відсутність хвороби.

3) Биомедицинская. Здоров'я - це стан організму, коли функціонування всіх органів і систем врівноважено з зовнішнім середовищем.

4) Ціннісно-соціальна. Здоров'я - це цінність для чол-ка, необхідна для задоволення потреб.

5) Біосоціальна. Здоров'я - це гармонійне єдність соціальних і біологічних ка-в чол-ка.

Медична модель здоров'я. Вона передбачає таке визначення здоров'я, яке містить лише медичні ознаки і характеристики здоров'я. Здоров'ям вважають відсутність хвороб, їх симптомів.

Біомедична модель здоров'я. Здоров'я розглядається як відсутність у людини органічних порушень і суб'єктивних відчуттів нездоров'я. Увага акцентується на природно-біологічної сутності людини, підкреслюється домінірукадее значення біологічних закономірностей в життєдіяльності людини і в його здоров'я.

Біосоціальних модель здоров'я. У поняття здоров'я включаються біологічні та соціальні ознаки, які розглядаються в єдності, але при цьому соціальними ознаками надається пріоритетне значення.

Ціннісно-соціальна модель здоров'я. Здоров'я - цінність для людини, необхідна передумова для повноцінного життя, задоволення матеріальних і духовних потреб, участі у праці та соціального життя, в економічній, науковій, культурній та інших видах діяльності.

Цієї моделі найбільшою мірою відповідає визначення здоров'я, сформульоване ВООЗ.



Підходи до визначення сутності здоров'я (основні соціокультурні еталони).

1) Античний (5 ст. до н.е.).

Акмелон виділив поняття здоров'я. Гіппократ: правильне змішування соків. Цицерон: внутрішня узгодженість душевних проявів. Аврелій, Сінеко (стоїцизм) - індивідуальна частинка всесвіту. Здоров'я - це коли душа і тіло підпадають під дію законів цілісності природи. 2 головні принципи стоїцизму: помірність і турбота про себе.

2) Адаптаційний.

Система відносин індивіда з навколишнім світом (теорія Дарвіна і соціологія Дюргейм). Оздоровлення розуміється як успішна адаптація і всебічна гармонізація відносин суб'єкта з навколишнім світом. Мінус даного подання про здоров'я - це дефицитарность. Дефіцітарность моделі протистоїть античної концепції здоров'я.

3) Антропоцентрический (соціокультурний).

Здоров'я розглядається як вища духовна призначення людини. Автори нейрофрейдісти: Еріксон, Фромм, Маслоу, Роджерс, Олпорт. Еріксон виділяв наявність внутрішнього зв'язку між особистісним зростанням і здоров'ям.



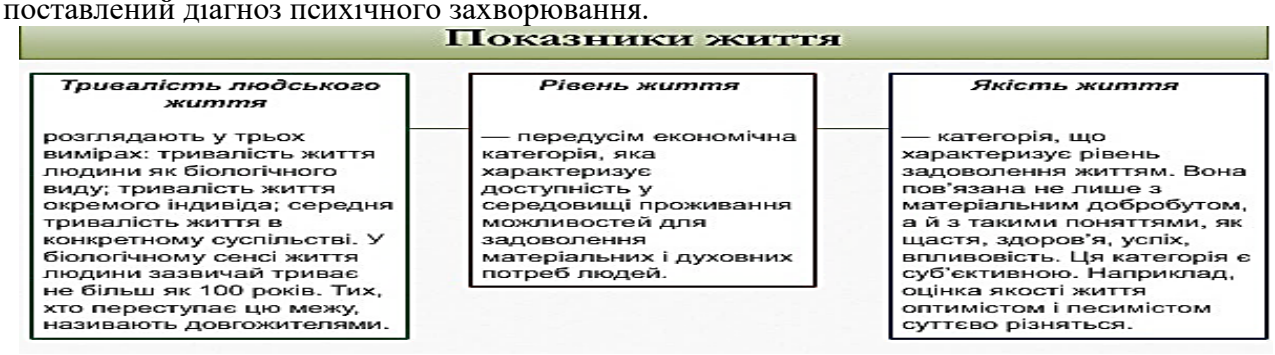
Олпорт (цей еталон базується на уявленні про динамічної вільно розвивається і орієнтованої на вищі цінності особистості.

Основні критерії: самовираження, духовнесамовизначення.

Йдеться про роботу з психічно здоровими людьми, що мають ті чи інші психологічні труднощі, або вирішили стати на шлях самовдосконалення. Необхідна класифікація методів, що базується на критеріях, пов'язаних з розвитком «зрілої» особистості, вдосконаленням людини в гармонійному балансі душі і тіла.

У психології здоров'я є два основних поняття: психічне та психологічне здоров'я.

Психічне здоров'я - це складова частина медичного підходу до феномену здоров'я, то, що можна констатувати, коли відсутні клінічно виражені прояви психопатології, тобто не поставлений діагноз психічного захворювання.



Психічне здоров'я традиційно інтерпретується як власна життєздатність індивіда, забезпечена повноцінним розвитком і функціонуванням психічного апарату.

Психологічне здоров'я - це зростання особистості, що виявляється в русі від центрування на собі і цілях особистої переваги до завдань конструктивної взаємодії з середовищем і соціально корисного розвитку; зрілість особистості, що виявляється в дисципліні розуму, емоцій і вчинків.

Психологічне здоров'я визначається двома ознаками:

1. Дотримання в основних формах прояви життєдіяльності принципу оптимуму або «золотої середини».

2. Ефективною адаптацією (соціальної, соціально-психологічної, интрапсихической).

Критерії психічного здоров'я:

- усвідомлення і відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного і психічного «Я»;
- почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- критичність до себе і своєї власної психічної діяльності і до її результатами;
- відповідність психічних реакцій силі і частоті середовищних впливів соціальним обставинам і ситуацій;
- здатність до самоврядування відповідно до соціальними нормами, правилами і законами;
- здатність планувати і реалізовувати власне життя;
- здатність змінювати спосіб поведінки в залежності від зміни життєвих ситуацій і обставин.

Історичний інтерес до здоров'я та здорового способу життя закономірний.

Питаннями охорони здоров'я активно займалися перші російські професори-енциклопедисти (С. Г. Зибелін, Н. М. Максимович-Амбодик, С. Їлін, А. П. Протасов). У своїх роботах вони заклали основи фізичного виховання і загартовування, харчування і гігієни дітей. В освітніх установах їх ідеї розвивали такі громадські діячі, як І. І. Бецкой, Н.І.Новіков, А. Н. Радищев.

З кінця XVIII - початку XIX ст. великого значення набуває практична діяльність лікарів закритих дитячих установ. Вони не тільки займалися лікуванням хворих учнів, а й проводили гігієнічні заходи, стежили за режимом дня, харчуванням, фізичним вихованням дітей, умовами навчання та проводили заходи по боротьбі із заразними хворобами, тим самим прокладаючи перші шляху здорового способу життя.

В середині XIX ст. вітчизняна медицина і педагогіка продовжують розвиватися в тому ж напрямку. Наявні дані свідчать, що в цей період охорона здоров'я учнів включала пропаганду знань про здоров'я і здоровий людину і практичні заходи по організації здорового способу життя в освітніх установах.

Найбільш яскраві представники науки і практики другої половини XIX ст. - це Е. Бок, Г. А. Захар'їн, С. П. Боткін, Ш. Отто, С. Ф. Хотовицький, Н. І. Бистров, К. А. Раухфус, І. М. Сєченов, М. І. Пирогов , Н. К. Добролюбов, Ф. Шольц.

Їх діяльність сприяла висуненню проблематики здорового способу жіз¬ні на перший план, стали більш широко розглядатися поняття «здоров'я» і питання впливу на організм людини факторів навколишнього середовища, стихійних сил природи, Космосу.

У другій половині 1940-х і, на початку 1950-х рр. все більш міцні позиції в системі вітчизняних виховних та освітніх установ завойовує гігієнічний аспект здорового способу життя.

І. І. Мільман, основоположник радянської системи гігієнічного виховання учнів, ще в 1920-і рр. приступив до розробки уроків здоров'я, так як вважав вчителя головною фігурою в процесі навчання всіх школярів «техніці виконання гігієнічних навичок».

У численних дослідженнях цього періоду робиться спроба привернути увагу працівників освіти до питання про необхідність створення оздоровлюючий атмосфери в школах та інших освітньо-виховних установах (М. А. Антропова, 1958; А. А. Гджанскій, 1965; В. К. Шурухіна, В . В. Волков, 1964 і ін.).

В кінці 1980-х і в 1990-і рр. колосально міняються як кількісні, так і якісні параметри досліджень, присвячених здоров'ю і питань організації здорового способу життя дітей та учнівської молоді.

Проблемам збереження психічного здоров'я учнів, методам корекції психофізичних відхилень, резервам підвищення резистентності організму і стійкості психіки, нервової системи дітей, активізації захисних механізмів дитячого організму, підвищенню працездатності школярів, профілактики шкідливих звичок та інших не менш важливих питань присвячені праці цілого ряду вчених.

Особливий інтерес представляють роботи С. Б. Мельникова (1989), Ю. Є. Дворяніна (1991) і В. І. Аверкова (1991), в яких розглядаються проблеми формування психофізичної захисту організму, індивідуальні програми тренувань, спрямованих на розкриття оздоровчих можливостей людини і на саморегуляцію, але, на жаль, ці роботи залишаються лише в поле зору фахівців.

Психологія здоров'я являє собою міждисциплінарну область психологічних знань про причини захворювань; факторах, сприятливих для здоров'я, і умови розвитку індивідуальності протягом усього життєвого шляху людини.

Психологія здоров'я - це наука про психологічні причини здоров'я, про методи і засоби його збереження, зміцнення і розвитку.

Психологія здоров'я включає практику підтримки здоров'я людини від її зачаття до смерті. Її об'єктом з певною часткою умовності є «здорова», але не «хвора» особистість.

Сучасна практична психологія впритул наблизилася до розуміння необхідності і готова вирішувати завдання психологічного супроводу людини протягом усього життєвого шляху. Одна з таких першорядних завдань - здоров'я людини. Тому, продовжуючи вже сказане, психологію здоров'я можна визначити як науку про психологічний забезпеченні здоров'я людини на всьому протязі його життєвого шляху.

Аналізуючи літературу з психології здоров'я, можна виділити три основні групи психологічних факторів, що корелюють зі здоров'ям і хворобою: незалежні, передаючі і мотиватори.



Серед незалежних факторів виділяють:

а) фактори, що призводять до здоров'ю та / або хвороби;

б) когнітивні чинники;

в) фактори соціального середовища;

г) демографічні фактори.

До сприяючих чинників належать: поведінкові патерни, що підтримують диспозиції і емоційні патерни.

Поведінкові патерни.

Фактор поведінки типу А - найбільш исследован¬ний поведінковий патерн, що впливає на виникнення серцево-судинних захворювань (зокрема, ішемічну хворобу серця - ІХС).

Поведінка типу В протилежно за своїми характеристиками поведінки типу А.

Деякі вчені вважають, що поведінка типу В проявляється тільки в певних ситуаціях.

Останні дослідження поведінки цього типу як попереднього ішемічної хвороби серця (ІХС) пов'язують з ним тільки одну найбільш прогностично рису особистості, а не весь комплекс характеристик поведінки В. Ця риса отримала назву «потенціал ворожості».

Підтримують диспозиції: оптимізм / песимізм, сила «Я» і витривалість.

Емоційні паттерни.

В основному вивчаються труднощі в емоційний вираженні, які мають два аспекти.

Перший відомий як «алекситимия». Вона розглядається як нездатність використовувати мову для опису емоційного досвіду.

Другий аспект труднощів у вираженні емоцій - поведінковий тип С, який отримав назву репресивного особистісного стилю.

Він характеризується уникненням потенційних ушкоджують ситуацій, які б могли б привести до свідомого конфлікту або утрудненого досвіду, що викликає складності.

Поведінка типу С пропонується характеризувати як неможливість виражати емоції, особливо негативні, у відкритій манері.

Когнітивні фактори.

До когнітивних факторів відносяться уявлення про здоров'я і хвороби, про норму в психіці і соматики; різноманітні моделі віри в лікування, в профілактику; сприймається контроль за обставинами життя, установки, цінності, атрибуції, псіхотерпевтичні міфи, сприйняття ризику та вразливості, самооцінка здоров'я.

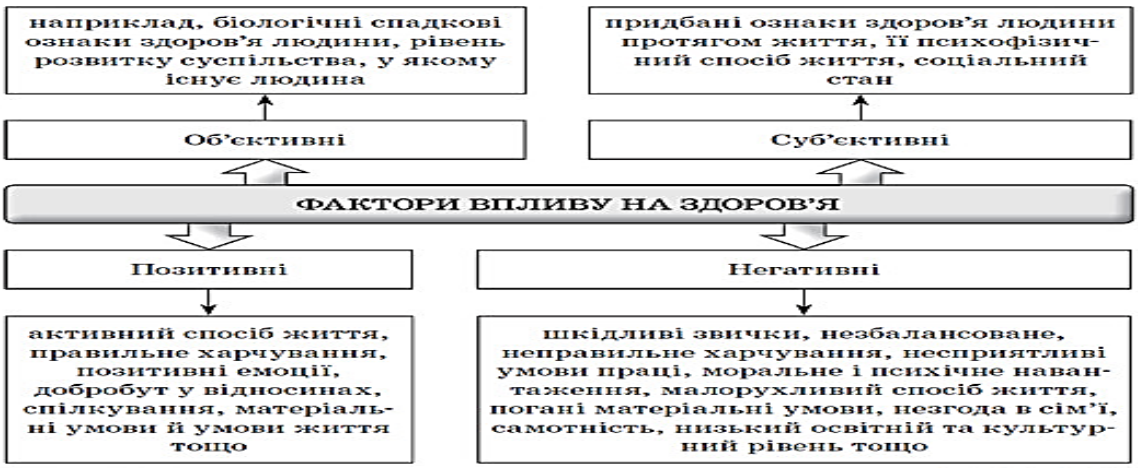
У свою чергу, підходи до вищеназваних понять пов'язані з базисними уявленнями про поляризацію єдності між тілесним і психічним, сомой і психікою, біологічним і соціальним, індивідуальним і середовищним.

Залежно від позиції по базисним пізнавальним цінностям і концепціям формуються позиції щодо профілактики, лікування захворювань і психотерапевтичним парадигм.

Зокрема, йде дискусія про ведучого факторі в етіології захворювань («спадковість або середовище») і відповідно - про об'єкти впливу при лікуванні і профілактиці (сома або психіка).

Базові поняття в групі когнітивних чинників - здоров'я, здоровий спосіб життя, якість життя, здорове поведінку.

З огляду на, що «головне для індивіда - прожити активне життя на прийнятно якісному рівні», було запропоновано визначення здоров'я як «форми життєдіяльності, яка забезпечуєнеобхідну якість життя і достатню її тривалість» (Гундаров, 1989).



З цього визначення випливає, що є одне здоров'я, але хвороб багато.

З точки зору цього визначення хворобою можна вважати будь-яке явище в організмі, яке погіршує якість життя і / або скорочує її тривалість.

Крім традиційного поляризационного підходу до кордону між здоров'ям і хворобою (хвороба - відсутність хвороби, т. Е. Здоров'я) існує уявлення про здоров'я як про багаторівневому континуумі.

У ньому виділяють такі стадії (переходять один в одного стану), як здоров'я, умовне здоров'я, нездужання, страждання від фізичного стану, стан, при якому необхідний домашній догляд, стан, при якому необхідна госпіталізація (Ошима, 1991).

Причому 2-а і 3-я стадії на континуумі об'єднуються в групу «невизначених скарг», а 5-я і 6-я - в групу «захворювання»

При такому підході здоров'я розглядається як змінюють одне одного стану.

Люди, що знаходяться на «нездоровому» полюсі континууму здоров'я, можуть підтримувати лише базисний рівень метаболічної активності, тоді як «умовно здорові» люди здатні до роботи, але не можуть виконувати дії, що вимагають більшої активності, і вже не можуть витрачати свою енергію на активний відпочинок і дозвілля.

Основні уявлення та підходи до норми і патології відображені в чотирьох підходах.

Перший пов'язаний з традиційним медичним підходом, який фокусується на визначенні патології, при цьому норма розуміється як відсутність патології.

Другий підхід, заснований на математичній статистиці, розглядає норму, нормальність, як середнє значення. Третій підхід, пов'язаний з психоаналітичним і гуманістичним напрямками, являє норму, нормальність, як ідеал або недосяжну утопію; при цьому норма відповідно є ідеальне функціонування різних «Я» індивіда (в психоаналізі) або повна самореалізація особистості (у Роджерса).

Четвертий підхід пропонує іншу будівлю континіуума - з полюсами «оптимальне здоров'я» та «недостатнє здоров'я».

Здоров'я в цій системі координат являє собою динамічну взаємопов'язану систему, в якій з часом розвиваються когнітивні навички, комунікативні здібності та соціальна інфраструктура. Для того, щоб переміститися з області «недостатнього здоров'я» в область «оптимального», формуються і використовуються всі ці стани.

Перспективність цього підходу в тому, що він найбільш мобільний і надає людям, які мають у традиційній системі «норма - патологія» статус інвалідів або хронічних хворих, більше можливостей для реабілітації.

Всі вищеназвані підходи реалізуються у відповідних системах профілактики і лікування.

З трьох чинників соціального середовища - соціальної підтримки, сім'ї та професійного оточення - найбільш вивчений вплив останнього, а також подружжя та інших членів сім'ї, які можуть підтримувати як здорове, так і нездорова поведінка людини.



ВООЗ: Критерії психічного здоров'я (Г.К.Ушаков, 1976):

причинна обумовленість психічних явищ, їх необхідність, впорядкованість;

відповідна віком людини зрілість почуттів;

максимальне наближення суб'єктивних образів до відбиваним об'єктів дійсності, гармонія між відображенням обставин дійсності і ставленням людини до неї;

відповідність реакцій (як фізичних, так і психічних) силі і частоті зовнішніх подразників;

критичний підхід до обставин життя;

здатність самоврядування поведінкою відповідно до норм, що встановилися в різних колективах;

адекватність реакцій громадським обставинам (соціальному середовищі);

почуття відповідальності за потомство і близьких членів сім'ї;

почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних обставинах;

здатність змінювати спосіб поведінки в залежності від зміни життєвих ситуацій;

самоствердження в колективі (суспільстві) без шкоди для інших його членів;

здатність планувати і здійснювати свій життєвий шлях.

Формування свідомості в онтогенезі

Фактори стресостійкості.

Чутливість людини до психотравма визначається рівнем його стресостійкості.

Під стресостійкість розуміють такий набір особистісних рис, який визначає стійкість людини до різного виду стресів.

Стресостійкість складається з трьох компонентів:

відчуття важливості свого існування;

почуття незалежності;

здатності впливати на власне життя (відкритість і інтерес до змін, відношення до них не як до загрози, а як до можливості розвитку).

Стресостійкість залежить від самої людини, від бажання і вміння користуватися тими чи іншими прийомами психічної саморегуляції.



Значення понять «спосіб життя» і «здоровий спосіб життя»

спосіб життя - це взаємодія умов життя індивіда в широкому сенсі з індивідуальною моделлю поведінки, яка визначається соціокультурними факторами і особистісними особливостями ».

«Здоровий спосіб життя - це діяльність, спрямована на збереження, поліпшення і зміцнення здоров'я людей.

Чинники, що впливають на здоров'я людини (Robbins, 1980)

№№	Група факторів ризику	Частка впливу (%)
1.	**Спосіб життя:** паління, неправильне харчування, зловживання алкоголем, шкідлива праця, стреси, гіподинамія, поганий побут, наркотики, неповна чи багатодітна сім'я, гіперурбанізація	51-52
2.	**Навколишнє середовище:** забруднені повітря, вода, їжа, грунт, рівень радіації, електромагнітні поля	20 - 21
3.	**Біологічні чинники:** спадковість, конституція, стать, вік	19 - 20
4.	**Медичні чинники:** щеплення проти інфекцій, медичні обстеження, якість лікування	8 - 9

Він формується двома шляхами:

по-перше, через зменшення і елімінування факторів ризику;

по-друге, через створення умов для збереження і зміцнення здоров'я індивідом ».

Він включає в образ життя чотири категорії:

економічну - рівень життя,

соціологічну - якість життя,

соціально-психологічну - стиль життя,

соціально-економічну - уклад життя.

Для опису способу життя індивідуального людини важливо враховувати його особистісно-мотиваційні якості і життєві орієнтири.



Тут більше значення набувають дві останні з зазначених категорій - стиль і уклад життя.

Здоровий спосіб життя як система складається з трьох основних культур: культури харчування, культури руху і культури емоцій. Кожна з них широко й різноманітно представлена в житті сучасної людини.

Питання для контролю:

1. Дайте аналіз відомих підходів до визначення здоров'я.
2. Функції, критерії та компоненти здоров'я.
3. Основні моделі здоров'я.
4. Підходи до визначення сутності здоров'я (основні соціокультурні еталони).
5. Критерії психічного здоров'я.
6. Міждисциплінарність психології здоров'я.
7. Психологічне здоров'я дітей.
8. Теорія Стресу Г. Сельє і його адаптаційна теорія.
9. Спосіб життя. Фактори, що визначають спосіб життя.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Дайте аналіз відомих підходів до визначення здоров'я.
2. Основні моделі здоров'я.
3. Критерії психічного здоров'я.
4. Теорія Стресу Г. Сельє і його адаптаційна теорія.
5. Спосіб життя. Фактори, що визначають спосіб життя.

ЛЕКЦІЯ 2. ОЦІНКА І САМООЦІНКА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я ЇЇ ЗНАЧЕННЯ В ДОСЛІДЖЕННІ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я. ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ ЛЮДИНИ ТА ЇЇ ЗДОРОВ′Я. ПЕРИНАТАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ, ПСИХОПАТОЛОГІЯ І ПСИХОТЕРАПІЯ. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.

План

1. Визначення поняття «фізичне здоров'я».
2. Основні фактори фізичного здоров'я: рівень фізичного розвитку, рівень фізичної підготовки, функціональна підготовленість до виконання фізичних навантажень, рівень і здатність до мобілізації адаптаційних резервів. Закономірності фізичного розвитку.
3. Функціональні резерви людини: фізіологічні, біохімічні, психологічні.

Обгрунтування фізичної культури.

4. Кількісне визначення фізичного здоров'я.

Самооцінка стану здоров'я за анкетою В.П.Войтенко.

Життєвий шлях людини і його здоров'я.

5. Внутрішня картина здоров'я її значення в дослідженні психології здоров'я.

Співвідношення структури Я-концепції і структури внутрішньої картини здоров'я.

6. Формуванні внутрішньої картини здоров'я в дитячому періоді і періоді раннього дитинства.

Особливості ВКЗ в підлітковому віці.

Емоційно-вольові якості особистості в розвитку ВКЗ.

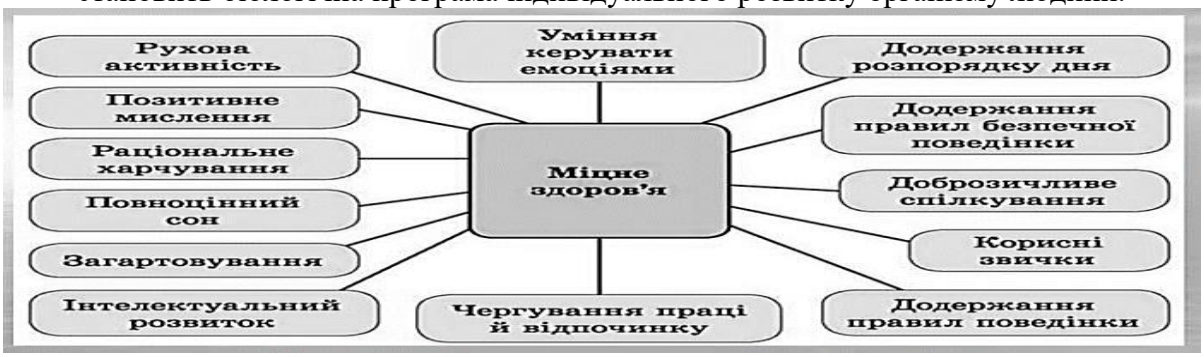
Причини і види спотворення ВКЗ.

7. Основні напрямки психологічної допомоги дітям з спотвореннями ВКЗ.

Основна термінологія: *гомеостаз і фізичне здоров'я; рівень фізичного розвитку, фактори фізичного здоров'я, адаптаційні резерви організму, рухова активність, самооцінка фізичного здоров'я, оцінка фізичного здоров'я.*

Фізичне здоров'я - найважливіший компонент в складній структурі стану здоров'я людини.

Фізичне здоров'я - поточний стан структурних елементів цілісного організму (клітин, тканин, органів і систем органів людського тіла), характер їх взаємодії і взаімосодействія між собою. Матеріальну основу формування фізичного здоров'я становить біологічна програма індивідуального розвитку організму людини.



Вона опосередкована базовими потребами, домінуючими у людини на різних етапах індивідуального розвитку організму (онтогенезу).

Базові потреби, з одного боку, служать пусковим механізмом біологічного розвитку людини (формування його фізичного здоров'я), а з іншого - забезпечують індивідуалізацію цього процесу.

Фактори фізичного здоров'я:

1) рівень фізичного розвитку, 2) рівень фізичної підготовленості, 3) рівень функціональної підготовленості організму до виконання фізичних навантажень, 4) рівень та здатність до мобілізації адаптаційних резервів організму, що забезпечують його пристосування до впливу різних чинників довкілля.

Фізичне здоров'я обумовлює життєздатність організму індивіда. Фізичний розвиток - це біологічний процес становлення і зміни природних морфологічних (від грец. Morphe - форма) та функціональних (від nar.functio - виконання, здійснення, здійснення) властивостей організму людини протягом його життя (зростання, маса тіла, окружність грудної клітини, життєва ємкість легень, максимальне споживання кисню, сила, швидкість, витривалість, гнучкість, спритність і ін.).

Структура методики розвитку фізичних якостей

1. Постановка педагогічного завдання. На основі аналізу стану фізичної підготовленості конкретної людини, або групи людей, слід визначити, яку саме фізичну якість та до якого рівня необхідно розвивати.
2. Відбір найбільш ефективних фізичних вправ для вирішення поставленого педагогічного завдання з конкретним контингентом людей.
3. Відбір адекватних методів вправи.
4. Визначення місця вправ у конкретному занятті і системі суміжних занять відповідно до закономірностей перенесення фізичних якостей.
5. Визначення тривалості періоду розвитку певної фізичної якості, необхідної кількості тренувальних занять.
6. Визначення загальної величини тренувальних навантажень та їхньої динаміки відповідно до закономірностей адаптації до тренувальних дій.

Фізичний розвиток керовано.

За допомогою підібраних і організованих відповідним чином заходів з використанням фізичних вправ, різних видів спорту, раціонального харчування, режиму праці та відпочинку і т. д.

Засоби розвитку витривалості

Вимоги до вправ на розвиток витривалості:

- відносно проста техніка виконання;
- активне функціонування переважної більшості скелетних м'язів;
- підвищена активність функціональних систем, які регламентують прояв витривалості;
- можливість дозування і регулювання тренувального навантаження;
- можливість тривалого виконання (від кількох хвилин до кількох годин).

Переліченим вимогам найбільше відповідають циклічні вправи: ходьба,біг, плавання, біг на лижах та ін.

Можна в широкому діапазоні змінювати в необхідному напрямку наведені вище показники фізичного розвитку. В основі управління фізичним розвитком лежить біологічний закон упражняемости і закон єдності форм і функцій організму.

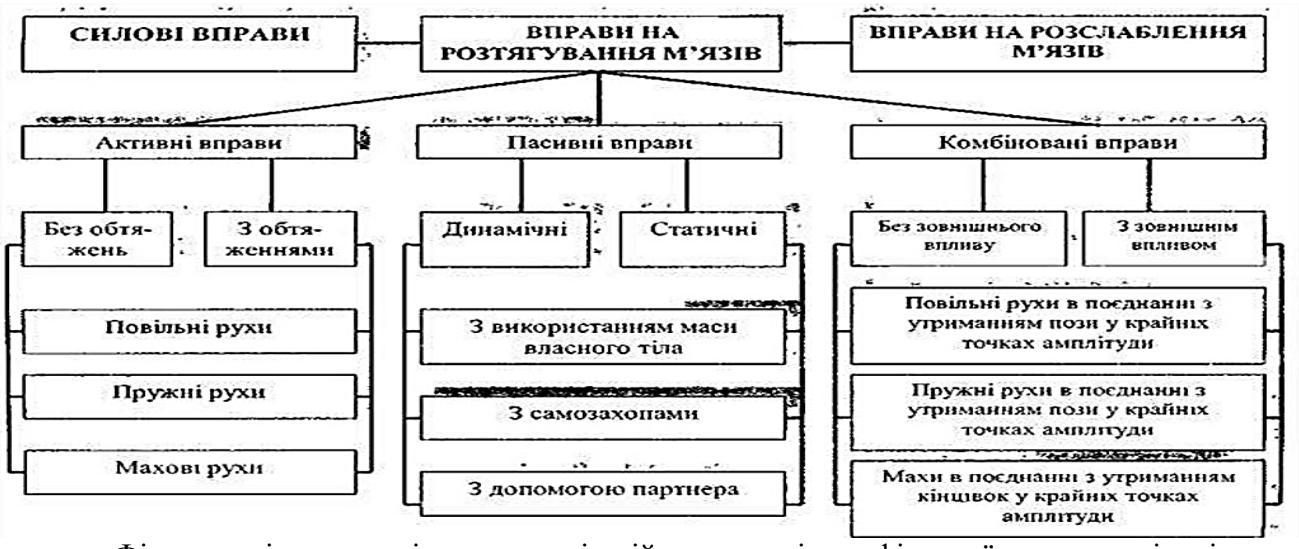
Фізичний розвиток певною мірою обумовлюється законами спадковості, які повинні враховуватися як фактори, що сприяють або, навпаки, перешкоджають фізичного вдосконалення людини.

Процес фізичного розвитку підпорядковується закону єдності організму і середовища і, отже, істотно залежить від умов життя людини.

Відоме вплив на фізичний розвиток надає і географічне середовище.

Ці закони визначають вибір засобів і методів фізичного виховання.

Фізичний розвиток, тісно пов'язане зі здоров'ям людини. Здоров'я виступає як провідний чинник, який визначає не тільки гармонійний розвиток молодої людини, а й успішність освоєння професії, плідність його майбутньої професійної діяльності, що становить загальне життєве благополуччя.



Фізична підготовленість - зовнішній прояв рівня фізичної активності: рівня розвитку фізичних якостей (сили, швидкості, витривалості, гнучкості, спритності) і ступеня володіння руховими вміннями та навичками, необхідними для успішного здійснення певного роду діяльності людини (професійна праця, військова служба, спорт і т . д.).

Той чи інший рівень фізичної підготовленості досягається в результаті фізичного тренування, званої фізичною підготовкою.

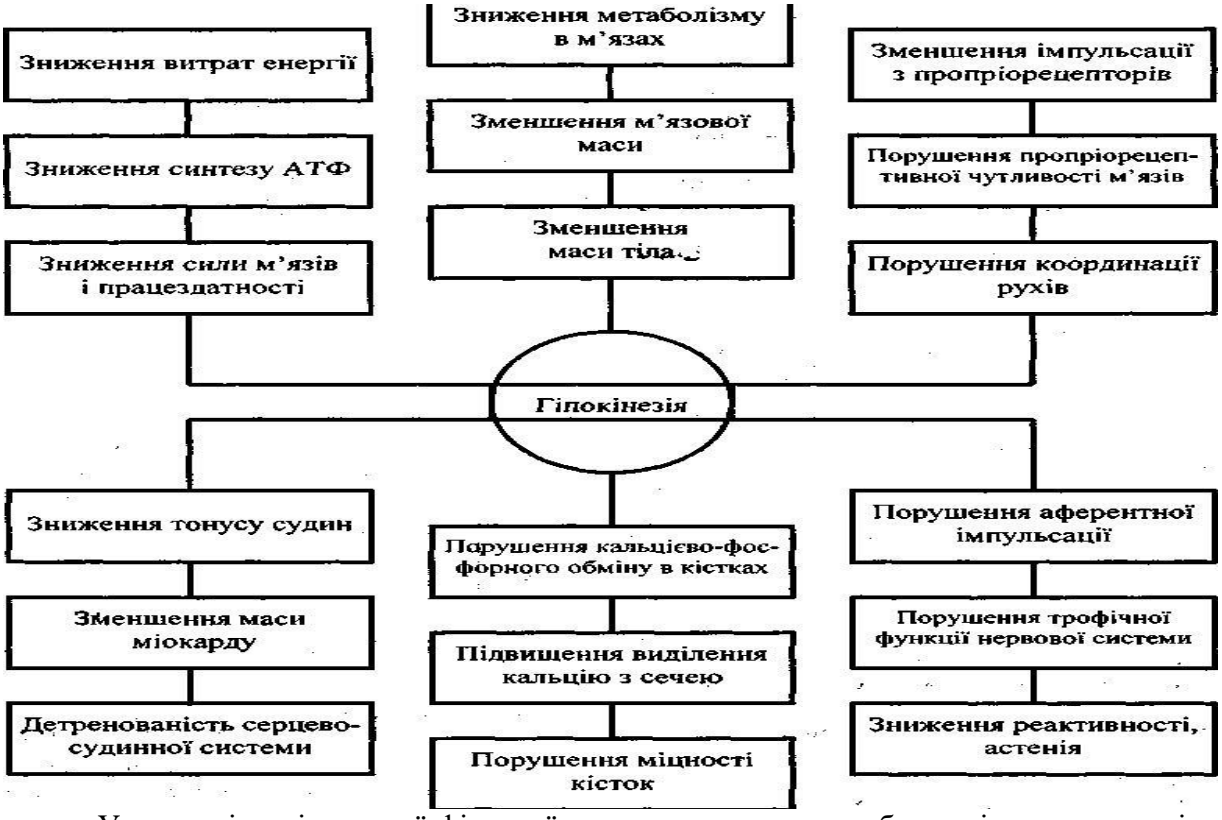
Фізична підготовка і її результат - фізична підготовленість - можуть носити як загальний характер (загальна фізична підготовка або підготовленість - ОФП), так і спрямований на певний вид діяльності (спеціальна фізична підготовка або підготовленість).

Фізична непідготовленість не тільки знижує ефективність праці, але може привести і до втрати здоров'я, без якого навіть прекрасна професійна підготовленість виявляється незатребуваною. Тому ППФП - важлива складова загальної готовності фахівця до високопродуктивної праці, і в масштабах суспільства може дати великий економічний ефект.

Функціональна підготовленість організму до фізичного навантаження.

Внещніх прояви фізичної підготовленості людини забезпечуються діяльністю (функціонуванням) кістково-м'язової, дихальної, серцево-судинної, нервової та інших систем організму. При цьому організм в цілому виконує певну роботу, витрачаючи ту чи іншу енергію, і відчуває відповідну фізичне навантаження. Стан систем організму, їх реакція на випробовувану фізичне навантаження визначають функціональну підготовленість (пристосування) організму до фізичного навантаження.

Функціональну підготовленість окремої системи організму оцінюють за допомогою так званих функціональних проб, основне завдання яких полягає в перевірці функцій (діяльності) системи з урахуванням її реакції на дії певної, дозируемой фізичного навантаження на організм.



У процесі раціональної фізичної тренування, з одного боку, підвищується рівень функціональних резервів організму, а з іншого - економізація їх використання.

Оцінка функціональних резервів може бути здійснена при граничних і дозованих навантаженнях.

Адаптаційні резерви організму

Людський організм, представляючи собою складну біосоціальну систему, володіє великими можливостями пристосування до навколишнього середовища.

Людина може адаптуватися до значних фізичних навантажень, до умов зміненої газового середовища, до високої і низької температури, підвищеної вологості, зниженої і підвищеної освітленості і т. д.



Все це говорить про те, що організм людини має прихованими можливостями (резервами) і що адаптована людина володіє великими резервами і вміє їх краще використовувати в процесі адаптації.



Адаптаційні резерви в загальному вигляді являють собою можливості клітин, тканин, органів, систем органів і цілісного організму протистояти дії різного виду навантажень, адаптуватися до цих навантажень, мінімізуючи їх вплив на організм і забезпечуючи належний рівень ефективності діяльності людини. Адаптаційні резерви організму - це, по суті, критерій фізичного здоров'я.

Слід виділяти структурні (морфологічні) і функціональні резерви.

Структурні резерви - особливості будови окремих елементів організму (клітин, тканин, органів і систем органів), які проявляються в розвитку і міцності м'язової і кісткової тканини, в особливості будови міофібрил і м'язових волокон, в міцності зв'язкового і рухливості суглобового апарату, в характері васкуляризації скелетних і серцевої м'язів, в розвитку міжнейронних зв'язків і т. д., які, в свою чергу, істотно впливають на функціональні можливості організму.



Функціональні резерви являють собою можливості зміни функціональної активності структурних елементів організму, можливості взаємодії їх, використовувані

організмом для досягнення результату діяльності людини, для адаптації до фізичних, психоемоційних навантажень і впливу на організм різних факторів зовнішнього середовища. Функціональні резерви організму включають три відносно самостійних виду резервів: біохімічні, фізіологічні і психічні, що інтегруються в систему резервів адаптації організму.

Адаптація організму повинна розглядатися як двоєдиний процес.

З одного боку, організм пристосовується до утримання життєво важливих констант внутрішнього середовища, а з іншого - до виконання спеціалізованої діяльності або до чинників, що впливають зовнішнього середовища в умовах зміненого гомеостазу шляхом залучення резервів різного рівня організації, оскільки запобігти зрушення гомеостазису все одно часто не вдається.

В процесі адаптації відбувається розширення діапазону резервних можливостей організму і підвищується здатність до їх мобілізації і використання.

Фізіологічні резерви можна класифікувати за різними ознаками (класифікаторів).

1. За відповідними рівнями організму можуть бути виділені клітинні, тканинні, органні, системні, міжсистемні резерви і резерви цілісного організму.

2. За фізичним якостям.

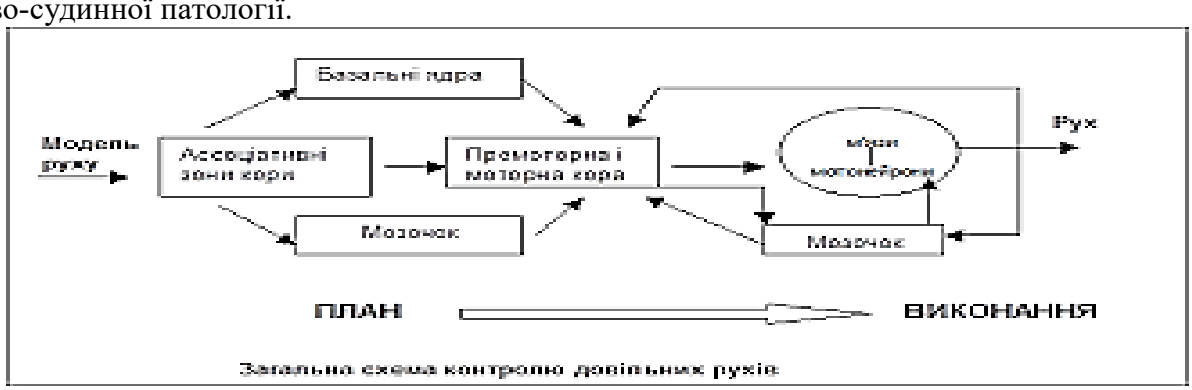
3. За характером (потужності, тривалості) виконуваної м'язової роботи.

4. За черговості мобілізації фізіологічні резерви можуть бути поділені на три ешелону.

5. За ступенем специфічності фізіологічні резерви можна розділити на загальні (неспецифічні) і спеціальні.

В процесі адаптації відбувається розширення діапазону резервних можли-ностей організму і підвищується здатність до їх мобілізації.

Гіподинамія перекладає все навантаження на серце, яке в цих умовах швидше зношується, старіє, зривається. Фізична зарядка - це твердження довголіття і профілактика серцево-судинної патології.



Загальна схема контролю довільних рухів

Робота м'язів, таким чином, - джерело інформації, яку сприймає кожен орган і кожна тканина нашого організму.

У резуль¬тате цих імпульсів поліпшується стан організму. Рефлекторні впливу від м'язів, що скорочуються і інших ланок рухового апарату - їх називають моторно-вісцеральними рефлексами - надають трофічна, т. Е. Стимулюючу, що підвищує життєздатність (від грец, trophe - харчування) вплив на тканини і органи.

Оцінка і самооцінка фізичного здоров'я.

Рівень життєздатності організму, його фізичне здоров'я повинні визначатися кількісно.

Кількісна характеристика індивідуального фізичного здоров'я - складова частина науки про індивідуальне здоров'я людини.

Енергетична концепція профілактики соматичних захворювань, запропонована Г. Л. Апанасенко, - один з підходів, що дозволяють здійснити це. Ця концепція дозволяє

перейти від планування заходів по попередженню факторів ризику до планування систем зміцнення здоров'я.

В якості першого напряму роботи ця система передбачає діагностичний етап - скринінг рівня здоров'я людей.

В основі цієї концепції лежить біологічна закономірність, яка полягає в тому, що існує якийсь обумовлений еволюцією поріг енергопотенціалу біосистеми (резерв організму), вище якого у людей практично не реєструються ні ендогенні фактори ризику, ні хронічні соматичні захворювання.

Нижче цього порога (якщо вичерпані резервні можливості) розвиваються спочатку ендогенні фактори ризику, а потім і хронічні соматичні захворювання.

Цей поріг охарактеризований кількісно за показниками максимальної аеробної здатності, що дозволяє при відповідних заходах виключити сам ризик виникнення захворювань.

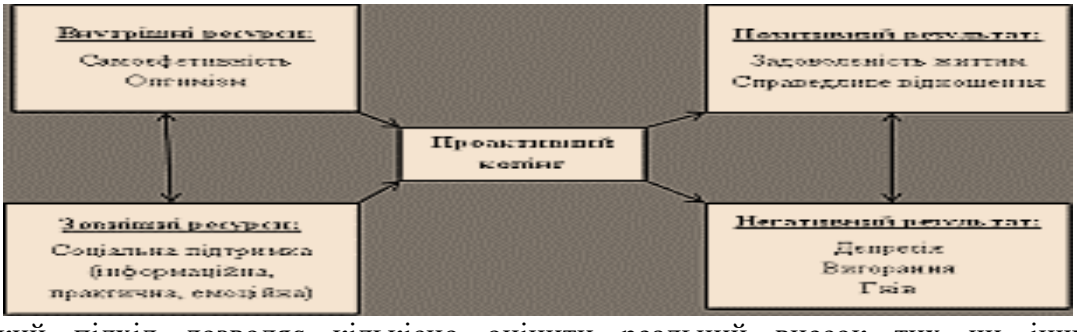
Всі методичні прийоми оцінки фізичного стану розкривають кордону пристосувальних реакцій організму, але саме діапазон цих реакцій характеризує здоров'я.

Тому для об'єктивної оцінки фізичного здоров'я найбільш відповідають методики бальної і процентної оцінки стану здоров'я, в які включені як морфологічні, так і функціональні показники і результати навантажувальних тестів.

Запропоновано два шляхи дослідження резервних можливостей організму: один пов'язаний з визначенням діапазону функцій органу, системи органів і цілісного організму при впливі на організм тестують навантажень, а другий - з дослідженнями здатності організму людини здійснювати роботу в умовах порушення гомеостазису (визначення допустимих ступенів гетеростазіса).

З огляду на, що при будь-якому функціональному тестуванні організму мобілізується лише частина фізіологічних резервів, пряме визначення потенційно наявних фізіологічних резервів неможливо.

Однак оскільки зміни функцій фізіологічних систем взаємопов'язані механізмами нейрогуморальної регуляції, для оцінки функціональних резервів адаптації організму використовуються непрямі методи у вигляді дозованих і граничних фізичних навантажень з реєстрацією різних показників функціонального стану організму (частота серцевих скорочень, споживання кисню, секреція гормонів, біопотенціали головного мозку і т . д.).



Такий підхід дозволяє кількісно оцінити реальний внесок тих чи інших фізіологічних резервів у формування фізичного со¬стоянія організму, а оскільки підсистема фізіологічних резервів є центральною в системі резервів адаптації та від її функції залежить робота інших підсистем, це дозволяє наблизитися до оцінки можливості мобілізації системи функціональних резервів адаптації організму в цілому.

До методів оцінки функціональних резервів організму, що становлять основу фізичного здоров'я, відносять різні функціональні проби.

Навантаження, що застосовуються в руховому тестуванні, повинні відповідати таким вимогам:

1. Навантаження повинна бути такою, щоб можна було не тільки виміряти виконану роботу, але і в подальшому точно її повторити.

2. Повинна існувати можливість зміни інтенсивності навантаження (темп вправи) в потрібних межах.

3. У роботу повинна залучатися по можливості більша маса м'язів. Таким чином забезпечується необхідна інтенсифікація системи транспорту кисню і знижується небажаний вплив локального м'язового стомлення.

4. Тестова навантаження повинна бути досить простій і доступній, що не вимагає особливих навичок або високої координації рухів. Складна і незнайома завдання викликає непотрібну нервозність, заважає рівномірному ритму виконання вправи і спотворює результати обстеження

5. Перевага слід віддати таким видам навантаження, при яких реєстрація показників можлива безпосередньо під час виконання фізичної роботи.

У нагрузочном тестуванні зазвичай використовується велоергометр, сходинки, тредбан (бігова доріжка) або ручний ергометр.

Найбільш поширені такі види навантажень, які використовуються при навантажувальні тестуванні:

1. Безперервна навантаження рівномірної інтенсивності. Потужність роботи може бути однаковою для всіх обстежуваних або встановлюватися в залежності від статі, віку і фізичної підготовленості.

2. ступенеобразно підвищується навантаження з інтервалами відпочинку після кожної «щаблі».

3. Безперервна робота при рівномірно (або майже рівномірно) підвищується потужності з швидкою зміною наступних ступенів без інтервалів відпочинку.

4. Безперервна ступенеобразно підвищується навантаження без інтервалів відпочинку, при яких кардіореспіраторний показники досягають стійкого стану на кожному ступені.



Інтегральна кількісна оцінка фізичного здоров'я може здійснюватися шляхом реєстрації ряду фізіологічних, антропометричних показників і показників фізичної підготовленості з подальшим приведенням до узагальненої бальної оцінки.

За цим принципом Г. Л. Апанасенко (1993) розроблений метод оцінки фізичного здоров'я, в основі якого лежить характеристика енергопотенціалу індивіда на підставі наступних первинних даних: зріст, вага, життєва ємкість легень (ЖЄЛ), пульс у спокої (ЧСС), сила кисті , рівень систолічного тиску (АТс) і час відновлення пульсу після проби (20 присідань за 30 с).

Рівень здоров'я людини оцінюється в балах незалежно від того, в якому проміжку альтернативи «здоровий - хворий» він знаходиться.

При цьому оцінка рівня здоров'я здійснюється за так званою шкалою здоров'я має такі градації: 1) низький, 2) нижче середнього, 3) середній, 4) вище середнього, 5) високий.

Широка апробація шкали здоров'я показала її високу ефективність.



Теоретико-методологічні підходи до дослідження внутрішньої картини здоров'я.

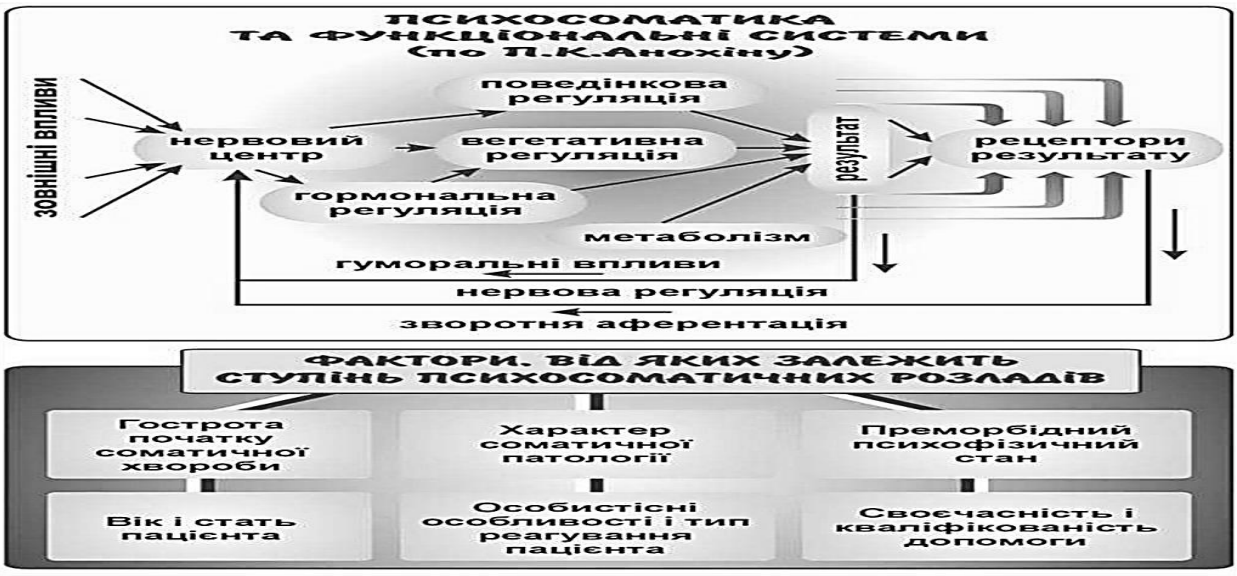
Важливе місце в загальній проблематиці психології здоров'я займає дослідження внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ), яка є своєрідним еталоном здоров'я, які мають складну структуру.

Внутрішня картина здоров'я (ВКЗ) - це особливе ставлення особистості до свого здоров'я, яке виражається в усвідомленні його цінності і активно-позитивному прагненні до його вдосконалення.

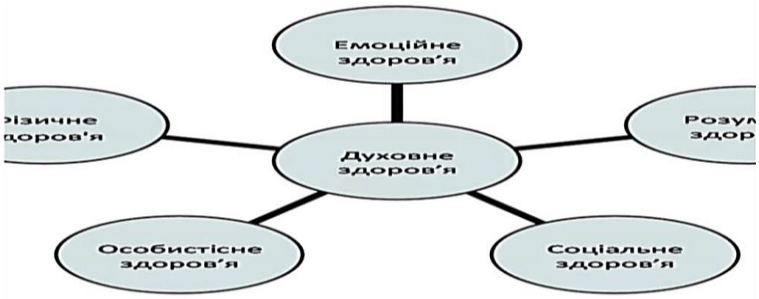
В. А. Ананьєв розглядає ВКЗ як самоусвідомлення і самопізнання людиною себе в умовах здоров'я. Особливий інтерес представляє вивчення внутрішньої картини здоров'я дитини. Досліджень у цьому напрямку вкрай мало, за винятком фрагментарних досліджень зарубіжних і вітчизняних авторів.

Складна структура внутрішньої картини здоров'я дитини вимагає ретельного теоретико-методологічного підходу до її вивчення.

При дослідженні внутрішньої картини здоров'я необхідний системний підхід, який передбачає вивчення ВКЗ як складної системи, ланки якої тісно взаємопов'язані і взаємозалежні один від одного.



Ще один не менш важливий принцип дослідження ВКЗ - особистісний підхід. Як концептуального оформлення структури ВКЗ доцільно використовувати уявлення про особистість як про систему відносин, які формуються в онтогенезі в певних соціально-історичних, економічних і побутових умовах. Найбільш важливим в структурі відносин є ставлення людини до себе, яке проявляється в самопізнанні, емоційно-ціннісному відношенні до себе.



Принципом вивчення ВКЗ є і віковий підхід.

Зовнішні та внутрішні умови розвитку визначають особливості віку дитини як тимчасової характеристики індивідуального розвитку.

Якісна своєрідність кожного вікового періоду визначається на основі соціальної ситуації розвитку дитини і провідного виду діяльності. Перехід від однієї провідної діяльності до іншої визначає зміну вікового періоду.

1. Види впливу хвороби на психіку хворого

Соматогенні шкідливі впливи:	Психогенний вплив хвороби на психіку:
• ефекти хронічного болю: порушення загоєння ран, розпад м'язової та сполучної тканини, порушення дихання, тривога, депресія, порушення сну, екзистенційні страждання; • ефекти порушення гемодинаміки чи інтоксикації: порушення мислення (маячення), порушення сприйняття (гіперестезія, галюцинації)	• психологічна реакція на сам факт захворювання – *"внутрішня картина хвороби"*

Представлені методологічні підходи до ВКЗ мають безперечне значення при психологічному аналізі внутрішньої картини здоров'я дитини.

Основний компонент ВКЗ як у дорослих, так і у дітей - ставлення до здоров'я, що включає три рівні відображення здоров'я: когнітивний, емоційний і поведінковий.

Структура внутрішньої картини хвороби (за В.В.Ніколаєвою)

- ***відчуттєвий рівень***, пов'язаний з відчуттями;
- ***емоційний рівень***, пов'язаний з різними видами реагування на окремі симптоми, захворювання в цілому і його наслідки;
- ***інтелектуальний рівень***, пов'язаний з уявленням, знаннями хворого про своє захворювання, роздумами про його причини та можливі наслідки;
- ***мотиваційний рівень,*** пов'язаний з певним ставленням хворого до своєї хвороби, зі зміною поведінки та способу життя в умовах хвороби і актуалізацією діяльності, спрямованої на повернення й збереження здоров'я.

Когнітивний рівень передбачає уявлення дитини про стан здоров'я, що в значній мірі залежить від його віку і рівня розвитку інтелекту.

Поняття внутрішньої картини хвороби (ВКХ)

ВКХ – це все, що відчуває і переживає хворий, вся маса його відчуттів, його загальне самопочуття, його уявлення про свою хворобу, про її причини – весь той величезний світ хворого, який утворюється з досить складних сполучень сприйняття і відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм (*Р.А.Лурія*).

Рівні внутрішньої картини хвороби:

1. Болюча (сенсорна) сторона хвороби (рівень відчуттів, почуттєвий рівень) - локалізація болів і інших неприємних відчуттів, їхня інтенсивність і т.д.
2. Емоційна сторона хвороби зв'язана з різними видами емоційного реагування на окремі сторони, симптоми, захворювання в цілому і його наслідку.
3. Інтелектуальна сторона хвороби (раціонально-інформаційний рівень) зв'язана з представленнями і знаннями хворого про його захворювання, міркуваннями про його причини і наслідки.
4. Вольова сторона хвороби (мотиваційний рівень) зв'язана з визначеним відношенням хворого до свого захворювання, необхідністю зміни поводження і звичного способу життя, актуалізацією діяльності по поверненню і збереженню здоров'я.

Емоційний рівень пов'язаний з різними видами емоційного реагування на здоров'я, що визначається індивідуально-типологічними та індивідуально-психологічними характеристиками дитини, а також особливостями його емоційного реагування на різні життєві ситуації.

Поведінковий рівень пов'язаний з актуалізацією діяльності дитини по збереженню здоров'я. Це більш високий рівень ставлення до здоров'я і вимагає активної діяльності суб'єкта, спрямованої на збереження і підтримання свого здоров'я.

Питання для контролю:

1. Які основні риси організму людини як складної біологічної системи?
2. У чому сутність поняття «фізичне здоров'я»?
3. У чому сутність поняття «фізичний розвиток»?
4. У чому сутність поняття «фізична підготовленість»?
5. Яка структура системи функціональних резервів адаптації організму?
6. Яке значення має рухова активність для формування стану фізичного здоров'я?
7. Які методичні підходи до об'єктивного оцінювання рівня фізичного здоров'я?
8. Які існують методи самооцінки фізичного здоров'я, яка у них валідність і надійність?
9. Що вивчає перинатальна психологія?
11. Що таке психологічний компонент гестаційної домінанти?
12. Що таке перинатальна матриця?
13. Що є найбільш важливим у формуванні внутрішньої картини здоров'я дитини?
14. Які причини і види спотворення ВКЗ?
15. Назвіть форми психологічного захисту особистості, дитини та їх роль у формуванні ВКЗ.
16. Які рівні і форми організації психологічної допомоги дітям з перекрученою ВКЗ?

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

У чому сутність поняття «фізичне здоров'я»?
У чому сутність поняття «фізична підготовленість»?
Яка структура системи функціональних резервів адаптації організму?
Яке значення має рухова активність для формування стану фізичного здоров'я?
Які методичні підходи до об'єктивного оцінювання рівня фізичного здоров'я?
Які існують методи самооцінки фізичного здоров'я, яка у них валідність і надійність?
Що вивчає перинатальна психологія?
Що таке перинатальна матриця?
Що є найбільш важливим у формуванні внутрішньої картини здоров'я дитини?
Які рівні і форми організації психологічної допомоги дітям з перекрученою ВКЗ?

ЛЕКЦІЯ 3. ДУШЕВНЕ ЗДОРОВ'Я І КУЛЬТУРА.

План

1. Душевне здоров'я і культура

Душевне здоров'я і душевні страждання. Значення релігії і психологів в збереженні душевного здоров'я.

Антична концепція здоров'я і модель здорової особистості. Основні принципи оздоровлення: помірність і турбота про себе. Шляхи оздоровлення. Уроки античності.

2. Взаємовідносини людини і культури.

Погляди З. Фрейда на душевне здоров'я і культуру. Позиції А. Адлера і Е.Фрома по культурі і способі життя.

Адаптаційна модель здорової особистості. Здоров'я як пристосованість індивіда до навколишнього середовища. Протиріччя біологічного і соціального як основна проблема здорового існування. Проблематичність античної та адаптаційної моделі здоров'я.

3. Людина в процесі становлення по Г.Оллпорту.

Антропоцентричний еталон здоров'я. Здоров'я як всебічна самореалізація особистості.

Гуманістична модель здорової особистості. Уявлення про зрілої і здорової особистості Е. Еріксона, Е. Фромма, Г. Олпорт, К.Р.Роджерса, А. Маслоу.

4. Здорова особистість в поданні сучасних авторів.

Психологи гуманістичного спрямування про душевне здоров'я і культурі. Підсистеми культури по Л. Уайт: життєзабезпечуючих, соціально-комунікативна, змістотворних.

Культурний шок як фактор, що сприяє втраті здоров'я.

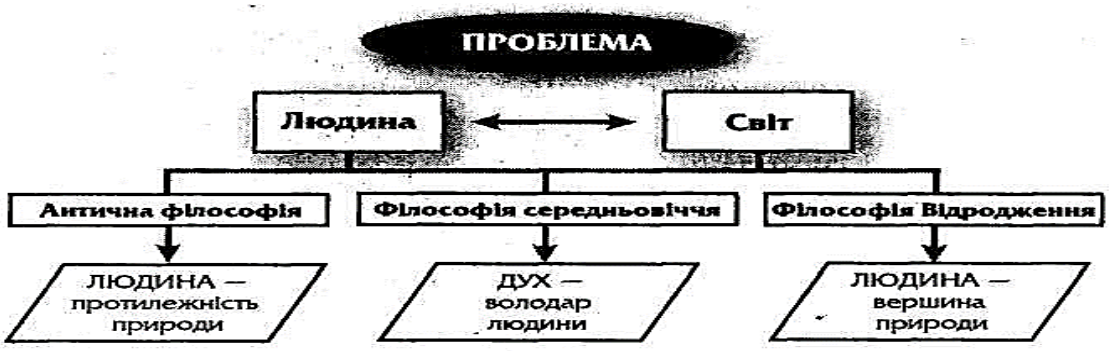
5. Психогігієнічні завдання для збереження душевного здоров'я.

Основна термінологія: *душевне здоров'я і душевні страждання, ентузіазм, евтюмія, апатія, атараксия; душевна зрілість і душевне здоров'я; екзистенціальна фрустрація; психогігієна і психопрофілактика.*

Уявлення про душевне здоров'я в історії європейської філософії.

Душевні страждання спочатку супроводжували людину.

Людська душа, її внутрішній устрій, ставлення до емпіричної реальності і трансцендентному світу традиційно є сферою філософських роздумів. Трактування цих предметів закономірно связна із загальними уявленнями про устрій світу і місце людини в ньому, прийнятими в тій чи іншій філософській системі.



Цю ж задачу вирішують міфологія і релігія.

Батьківщиною філософії прийнято вважати античну Грецію.

На розвиток давньогрецької, а потім європейської філософії, а також на створення деяких містичних навчань і християнства зробив величезний вплив культ Діоніса.

Під впливом культу Діоніса в VI ст. до н. е. в Греції виникає орфизм - релігійно-філософське вчення. В основі орфизма лежить дуалістична концепція світу і людини: світла протистоїть тьма, порядку - хаос, чоловічому началу- жіноче. Є в орфизме і ідея верховного Єдності - це обожнена стихія: вона виступає в різних текстах як світове Лоно або Хронос. Орфическая теософия строго розділяла душу і тіло, причому все матеріальне і тілесне вважалося нечистим.

В цей же період творить Піфагор. У спадщині Піфагора химерно поєднуються суворі математичні розрахунки і забобони.

Його ідеї мають безпосереднє відношення до душевного здоров'я, оскільки основним пред¬метом роздумів Піфагора була гармонія, яку він знаходив в будову всесвіту, співвідношенні чисел, музичних співзвуччях і людської душі.

До VI ст. до н. е. відносяться відомості про перші натурфілософських системах.

У висловлюваннях Демокріта, який жив в V-IV ст. до н. е., можна знайти опис стану душевного здоров'я в його суб'єктивній даності. Демокріт називає цей стан різними словами,

і серед них - euthumia, що перекладається як «благий стан духу». Ще одна важлива прояв і умова душевного здоров'я - то, що сучасні психологи називають адекватною самооцінкою і самодостатністю особистості, умінням довіряти собі і покладатися на себе.

Образ людини, яка досягла досконалої внутрішньої гармонії, відображений в діалогах Платона. Діалоги Платона - це уявлення одного з найвпливовіших мислителів в історії європейської філософії про те, які якості допомагають людині зберегти душевну рівновагу і адекватність поведінки перед особою самої смерті.

Аристотель, на відміну від багатьох античних філософів, не досліджує душевні страждання. За порадами Аристотеля про те, як досягти щастя, можна розгледіти рекомендації, як уникнути душевних страждань. Суть їх зводиться до того, що слід розвивати розумну частину душі, яка здатна прагнути до найкращих ідей.

З ім'ям Аристотеля пов'язано і вельми важливе для нашої теми поняття катарсису - очищення, хоча цей термін використовували і інші античні філософи.

У міркуваннях філософів періоду ранньої класики (Геракліт, піфагорійці, Анаксагор і ін.) Поняття «очищення» зв'язується з фізичної чистотою. Також у висловлюваннях піфагорійців згадується моральна чистота душі і тіла. Емпедокл вважав, що нечистота душі веде до порушення нормальної розумової діяльності.

У Платона зустрічається побутове і релігійно-магічне розуміння очищення.

Він каже про очищення душі від пристрастей тіла і очищення душі від тіла для досягнення істини. Таким чином, в його міркуваннях з'являється розуміння очищення як досягнення чистоти розуму і мислення.

Кініки, що отримали назву по імені місця (Киносарг), де займався з учнями засновник школи Антисфен, проповідували незалежність від суспільних установ, свободу слідувати власним бажанням.

В рамках цієї школи був сформульований принцип автаркії (грец. Autarkeia - самодостатність, самозадоволення), сенс якого в тому, що знайти справжнє щастя можна, лише відмовившись від прихильності до сім'ї, власності і звільнившись від помилкових обов'язків, в тому числі уявлень про громадський обов'язок і честі. Інший послідовник кинизма, Діоген Синопський (400-323 рр. До н, е.), Прославився тим, що послідовно втілював ці ідеї в своєму способі життя.

Інша філософська школа, в якій вирішувалася проблема душевного здоров'я, - епікурейська. Відомо, що Епікур (342/341 - 271/270 рр. До н. Е.) Неодноразово згадує, що головна, мета філософствування - набуття душевного здоров'я.

Епікур називав душевний стан, до якого має прагнути людина, Атаракс (гр. Ataraxia - незворушність, відсутність хвилювань). Досягти здоров'я душі, по Епікура, значить перш за все звільнитися від страхів перед богами і смертю. Ще одна умова атараксії - обмеження бажань.

Тема душевного здоров'я стає однією з провідних в стоїчної філософії. Цей напрямок виникло в Афінах в III в. до н. е., отримавши свою назву від грецького слова stoa - галерея, або портик.

Ідеї грецьких філософів були сприйняті і розвинені римськими авторами.

Можна виділити загальні ідеї цих мислителів щодо того, як людина може досягти душевного спокою і незворушності.

Стоїки багато міркували про пристрасті, класифікуючи і описуючи їх. Наприклад, Зенон виділяв чотири види пристрастей: печаль, страх, бажання, задоволення.

Всі пристрасті, з позицій стоїчної філософії, протиприродні, оскільки вони «суперечать природі» і протилежні здоровому глузду ».

Інше призначення мають «Роздуми» Марка Аврелія. Наодинці в самим собою людина розмірковує про те, наскільки правильно він живе; критерієм же виступають прийняті ним основи стоїчної філософії, а метою - гармонія з світобудовою і самим собою.

Цицерон міркує в дусі грецьких авторів, порівнюючи душевні і тілесні страждання і називаючи філософію наукою про зцілення душі.

При цьому він підкреслює, що душевні страждання губительнее тілесних, оскільки душі доводиться судити про свою хворобу лише тоді, коли те, що судить, саме вже хворе.

Основні положення про душевне здоров'я, які отримали розвиток в античній філософії.

Душевне здоров'я являє собою найкращий стан психіки, що заслуговує високої моральної оцінки.

Виявляється душевне здоров'я в здатності людини зберігати спокій, не піддаючись пристрастям - печалі, страху, радості, надії - і підпорядковуючи свої бажання проявам Космічних (Природних або Божественних) законів.

Шлях до набуття душевного здоров'я лежить через розвиток індивідуального розуму, який є частиною Божественного Логосу.

Індивідуальний розум має безмежною силою; вона проявляється в тому, що, зрозумівши Божественні закони природи, людина неодмінно буде дотримуватися їх.

Душевні ж страждання виникають через недостатнє розуміння цих законів.

Зрозуміти закони природи і внутрішньо прийняти їх як необхідність допомагають заняття філософією, яка, таким чином, стає засобом зцілення душі.

Філософія впливає на людину головним чином за допомогою міркувань. Однак вона може використовувати деякі додаткові кошти, такі як поетичні образи, музичні твори, заняття математикою.

Суттєва перешкода для досягнення душевного здоров'я - тілесне начало в людині.

Філософія наказує певний - аскетичний - спосіб життя, який допомагає приборкати тілесні бажання і створює відносну незалежність від матеріальних умов існування.



Душевне здоров'я - привілегія небагатьох мудреців.

Їх висновки не залежать від думок нерозумних людей, які їх оточують. Ставлячись до них поблажливо, душевно здорова людина береже свій спокій і прагне уникати конфліктів.

Філософські системи античності виходили з уявлення про небезпеку афектів, оскільки сильні почуття можуть лише ускладнити розумне осягнення істини.

Ідея, що індивідуальний розум може направляти людину по хибному шляху, не була характерною для античного світогляду, як і сумніви в силі розуму.

В середні віки турботу про душевне здоров'я людей прийняла на себе церква. Праці середньовічних філософів присвячувалися обґрунтуванню догматів християнської релігії, в тому числі що стосуються духовного життя людини.

На відміну від античних філософів, стурбованих станом душі в межах земного існування людини, християнські теологи дбають насамперед про посмертне наділі душі: чи буде вона виправдана на Страшному Суді або приречена на вічні муки, і як це рішення пов'язане з її земним буттям.

Середньовічні теологи не вважають сильні емоційні переживання ознаками нездоров'я душі, як їх трактували античні мислителі, які закликали позбуватися не тільки від горя і страху, але також і від радості і надії.

Для християнина переживання афекту могло бути ознакою доброчинних змін, якщо воно пов'язувалося з розумінням Божественної волі, каяттям в скоєних злочинах, сподіванням на Божественну благодать.

Найважливіше ж відмінність полягає в тому, що для античних філософів шлях до досягнення внутрішньої гармонії лежить через цілеспрямований розвиток людського розуму, яка осягає задум Бога або Закон Природи, для християнського ж мислителя бажане стан душі - це дар Бога, Благодать, послана людині.

Християнські теологи не відкидають повністю можливості людського розуму в позбавленні від гріховних станів. Велике значення надається в християнстві правильного способу життя, особливо аскетичного самообмеження, яке готує віруючого до сприйняття Божественної благодаті.

Християнська релігія збагатила філософську концепцію душевного здоров'я, звернувши увагу мислителів на силу людських пристрастей, піддала обґрунтованого сумніву основоположну ідею античних філософів про можливість досягнення душевної гармонії лише за допомогою розвитку людського розуму, а також санкціонувала екстатичні переживання як шлях здобуття Божественної благодаті і досконалого душевного здоров'я.

Філософи Нового часу здобули свободу від церковної схоластики, і це проявилося в розмаїтті думок про емоційного життя людини.

У їх творах відбилися як захоплення античною філософією, що поширився в епоху Відродження, так і успадкований досвід християнського світогляду і світовідчуття.

Розрізняються позиції різних авторів: одні вбачають шлях до набуття душевного здоров'я в тому, щоб слухатися свого внутрішнього голосу, інші - орієнтуються на існуючі традиції та сформовані форми соціальної організації.

Наступність по відношенню до античних ідей очевидна в концепції афектів Бенедикта Спінози (1632-1677 рр.).

З схильністю до афектів Спіноза пов'язує відчувають людиною страждання; мудра людина, що подолав залежність від афектів, знаходить безтурботність і свободу.

Для Спінози свобода тотожна блаженству душі. Щоб досягти цього стану, повинно розвивати могутність розуму (Ratio).

При цьому Спіноза підкреслює, що хоча влада розуму в обмеженні і приборканні афектів велика, вона не безумовна. Керуючись розумом, люди здатні встановлювати сприятливі відносини один з одним, створювати суспільство, яке грунтується на законах і влади самозбереження, т. Е. Держава. Спіноза неодноразово згадує про природність і користь спілкування з людьми, взаємодопомоги, симпатії. Чи не забороняє розум радіти життю.

Судження Георга Вільгельма Фрідріха Гегеля (1770-1831) про умови набуття людиною внутрішньої гармонії представляють особливий інтерес, оскільки в них йдеться, зокрема, про складному взаємовпливі людської психіки і створюваної ним культури.

Оскільки, за Гегелем, процес пробудження Духа і зростання розумності індивіда і в масштабах історії людства, і в рамках індивідуального людського життя відбувається як освоєння і творення культури, ясно, що саме культура стає у Гегеля основним інструментом гармонізації особистості (і всередині неї самої, і між нею і навколишнім світом).

Правильна освіта, за Гегелем, призводить до того, що людина позбавляється своєрідності в поведінці, а судження відповідають істині, якою вона явлена на даному етапі самовияву духу.

Для досягнення цієї мети необхідно, як стверджує Гегель, дисциплінувати поведінку дитини, не заохочувати в ньому ніякого свавілля, стримувати спроби самостійного міркування.

Міркування Гегеля можна розглядати як теоретичне обгрунтування багатьох із сучасних психотерапевтичних прийомів, суть яких полягає в каналізації негативних переживань.

Концепцію Гегеля щодо душевного здоров'я можна охарактеризувати як гранично раціоналістичну. Однак існували в європейській філософії Нового часу і інші погляди.

Піко делла Мірандола (1463-1494), видатний італійський філософ-гуманіст, розмірковуючи про людські пристрасті, демонструє парадоксальне поєднання поваги до розуму, основне для шанованих їм античних мудреців, з одного боку, і захват перед пристрастями, настільки їм чужий, з іншого:

Ф. Ніцше (1844-1900) люто спростовує ідею про руйнівний вплив пристрастей на внутрішній світ людини.

Прагнення приборкати почуття за допомогою розуму Ніцше розцінює як ознака душевного нездоров'я і слабкості і дорікає в цьому християнську мораль.

Позиція Ніцше - вираз концепції ірраціоналізму, яка заперечує можливість розуму в рішенні людиною її екзистенціальних проблем, подоланні душевних страждань і зміцненні здатності протистояти несприятливим життєвим обставинам.

Ця концепція отримала розвиток в основному в кінці XIX - початку XX ст. в працях А. Шопенгауера, С. К'єркегора і деяких інших мислителів.



Їх роботи мають значну цінність для розуміння складності і суперечливості внутрішнього світу особистості.

Однак психологи, які здійснюють практичну допомогу страждаючому людині, звертаються в пошуках теоретичних підстав до раціоналістичної традиції, що йде корінням в античну філософію.

Душевне здоров'я і культура в працях психологів

Один з найважливіших пунктів, який характеризує погляди вчених і практиків, - це взаємини людини і культури, що саме культура стає причиною душевних страждань. У той же час людина не може існувати поза культурою.

Зіставляючи різні точки зору, можна побачити, що вони «стягуються» до двох полюсів: одні психологи підкреслюють небезпеки, які несе в собі культура для душевної гармонії людини, інші виявляють зціляє потенціал культури.

До числа вчених, які викривають культуру як джерело душевних страждань, відноситься 3. Фрейд. Його висловлювання про те, що людина була б набагато щасливішим, якби культури взагалі не було, стало відомим афоризмом.

Родоначальник психоаналізу розумів культуру широко, як людський спосіб життя, громадські встановлення, продукти людської творчості в різних сферах.

Фрейд виділяв дві групи причин для втрати душевного здоров'я:

перша - загроза безпеці індивідуальним «Я», друга - суперечність між прагненням організму до самозбереження та інстинктивними потягами.

Що стосується безпеки «Я», вона, по Фрейду, і забезпечується культурою, яка постачає людини матеріальними благами і дає захист від домагань інших людей на ті ж блага. Відносно ж потягів все йде складніше.

Захищаючи оточуючих від замаху на їх інтереси, культура перешкоджає реалізації багатьох бажань індивіда, в тому числі дуже сильних інстинктів - сексуальних і агресивних.

В цьому відношенні психоаналіз можна розглядати як явище культури, мета якого - допомогти людині в подоланні конфліктів, породжених зіткненням природи і культури всередині людини.

А. Адлер - показник душевного здоров'я - «вписанність» індивіда в рамки своєї культури, його здатність добровільно здійснювати той спосіб життя, який прийнятий в суспільстві.



Невротик, по Адлеру, проявляє нетерпимість до вимог з боку суспільства і відкидає «деякі форми примусу, які нормальна людина навряд чи помічає».

Будь-невроз може розумітися як хибна з позицій культури спроба позбутися від почуття неповноцінності, щоб знайти почуття переваги.

Адлер негативно оцінює вимоги культури як провокують виникнення неврозів.

Послідовники Фрейда, творці так званого реформованого психоаналізу, К. Хорні та Е. Фром розширили уявлення про витоки негативного впливу культури на душевне здоров'я, показавши, що вона здатна провокувати внутрішній конфлікт не тільки між біологічними потягами та моральними законами, але ширше - між різними потребами і психологічними установками, сформованими в людині завдяки засвоєнню явних і прихованих культурних приписів.

У своїх роботах Хорні чітко формулює, що вона визнає визначальний вплив культури на душевне здоров'я людини.

Для Хорні культура - це середовище, в якому формується особистість і де вона живе. Хорні особливо підкреслювала значення раннього виховання і того, в якій атмосфері зростає дитина в сім'ї.

Хорні розглядала також вплив вимог культури на дорослу людину; вона показувала, що відбувається поступове формування особистості в процесі взаємодії з громадським оточенням протягом багатьох років. У центрі її уваги був сучасник, який потребує психологічної допомоги. Вона досліджувала, як на його внутрішній світ впливають оточуючі його соціально-культурні умови.

Хорні справедливо стверджує, що страх і тривога притаманні всім людям і всім культурам. Відповідаючи на ці страхи, люди винаходять різні форми захисту.

Як показує Хорні, людина, який вибудував певну конфігурацію міжособистісних і внутріпсіхологіческіх захистів, часто шукає і знаходить підтвердження цим установкам в культурних приписах, освячених авторитетом релігій або визнаних філософських систем.

Розроблена нею модель розвитку особистості, внутрен¬ніх конфліктів і захистів (рух до людей, проти людей і від людей) є універсальною, тому вона може бути застосована до вивчення поведінки людини в різних культурах.

Ще один великий вчений, який розглядав душевне здоров'я в зв'язку з культурою, - Еріх Фром. Його теоретичну платформу часто позначають як «фрейдомарксизм».

Він спирався, з одного боку, на ідею про детермінованість людської поведінки вродженими передумовами «людської природи», а з іншого - враховував вплив суспільного життя і культурних моделей поведінки на формування особистості.

За Фромом, сама природа людини передбачає наявність ряду потреб, які повинні бути задоволені.

Фром говорить про необхідність почуття ідентичності, усвідомлення себе суб'єктом своїх дій. Вірною відповіддю на цю потребу він вважає повний, творчий розвиток особистості, незалежність, здатність виступити один на один зі світом.

Фром описує три психологічних механізму «втечі від свободи» - авторитаризм, руйнівність і автоматизує конформізм.

Для Фрома найважливіший показник душевного здоров'я - це здатність людини реалізувати закладені в ньому творчі задатки. Тенденцію до самореалізації Фром вважав закладеною в самій природі людини, тому критерій продуктивності він розглядає як універсальний.

Однак і інші реально існуючі культури згадуються їм, як правило, для демонстрації того, як вони зменшують здатність людини до самореалізації.

Таким чином, культура постає в роботах Фрома головним чином як джерело небезпек для душевного здоров'я людини.

Душевне здоров'я було предметом роздумів Г. Олпорта.

Олпорт вважав розуміння здорової людини, яку він характеризував як зрілу особистість.

За Олпортом протягом усього життя людина переживає процес становлення.

На відміну від незрілої, або невротичної, зріла особистість функціонує автономно, т. б. її мотиви обумовлені не минулим, а сьогоденням, вони усвідомлені і унікальні.

Олпорт виділив шість рис, що характеризують зрілу особистість:

1) широкі межі «Я», активне і захоплене участь в трудових, сімейних і соціальних відносинах;

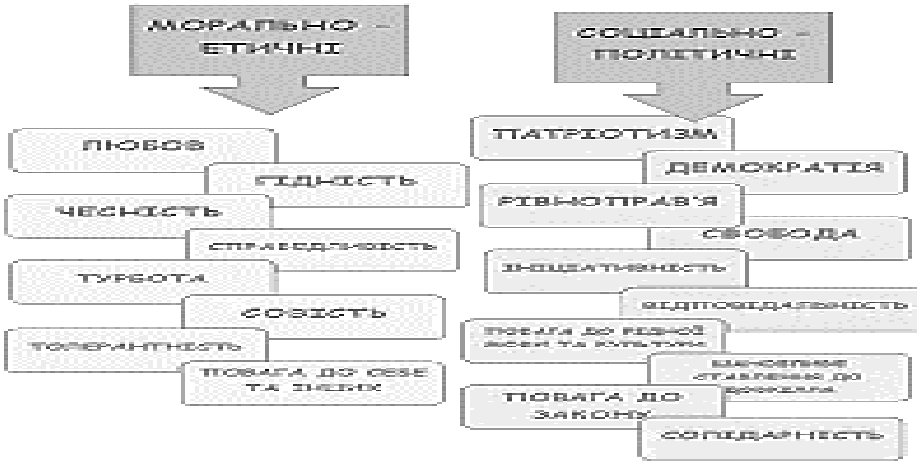
2) здатність до теплих, серцевим соціальним контактам, в тому числі дружній інтимності і співчуття;

3) самоприйняття і вміння справлятися з власними емоційними труднощами без шкоди для оточуючих;

4) реалістичне сприйняття людей, об'єктів і ситуацій, постановка реалістичних цілей;

5) «самооб‘єктивність» - чітке уявлення про свої власні сильні і слабкі сторони, почуття гумору;

6) наявність системи цінностей, що містить головну мету та надає сенс усьому, що робить людина.



Оллпорт відзначає зв'язок душевного здоров'я людини з її ставленням до релігії. Він виділяє два типи релігійності - внутрішню і зовнішню.

Таким чином, Оллпорт висловлює важливу думку про те, що культурні традиції можуть наповнюватися різним психологічним змістом, і саме це наповнення, загальна орієнтація визначають ступінь зрілості, т. б. душевного здоров'я особистості.



В. Франкл, стверджує, що людина, крім інших потреб, володіє глибоким внутрішнім прагненням надати своєму житті якомога більше сенсу.

Ця «воля-до-глузду» - специфічно людське явище, у тварин її замінюють інстинкти. Сенс життя кожної людини унікальний і змінюється на різних етапах його існування. Сама реальність ставить перед людиною завдання, які можуть скласти сенс його життя.

Важливо, щоб людина побачила ці завдання і знайшов серед них ті, які дозволяють йому «актуалізувати своє власне життя в її унікальних і єдиних можливості».

Почуття втрати сенсу свого життя Франкл визначає як екзистенціальний вакуум, або екзистенціальну фрустрацію. Подібно до того як фрустрація інших потреб може вести до клінічних неврозів, екзистенційна фрустрація породжує специфічний тип ноогенного неврозу (від грец. Noos - дух, розум, сенс).

Насторожене ставлення до культури характеризує психологів гуманістичного спрямування.

Витоки його в тому, що на Заході, як писав А. Маслоу, склалася історично детермінована тенденція негативно оцінювати потреби людської істоти, які мають так звану тваринну природу.

В самореалізації особистості, розкриття закладених від природи задатків і прагнень бачать гуманістичні психологи найважливіша умова душевного здоров'я людини.

А. Маслоу назвав цю потребу і відповідну їй діяльність самоактуалізацією.

Він ототожнював самоактуализацію зі зрілістю і душевним здоров'ям людини і постулював вроджену спрямованість на досягнення цього стану.

Спостерігаючи за реальними людьми, А. Маслоу виявив характеристики, властиві, на його думку, душевно здоровим людям.

Найважливішим властивістю самоактуалізуючихся особистостей Маслоу вважає те, що всі вони залучені в конкретну справу, що становить їх покликання і служить найважливішим «цінностям буття» і деяких інших.

Служіння цим цінностям становить «самотрансценденції», яка виступає, таким чином, необхідною умовою самоактуалізації.

Однак він підкреслює, що душевно здорова людина внутрішньо незалежний від оточення, він сам вільно вирішує, чи варто їй протистояти середовищі, нехтувати нею або адаптуватися до неї.

Культура виступає для Маслоу як середовище, яке дозволяє в тій чи іншій мірі реалізувати потенції, закладені в особистість від народження.

Саме тому ознакою здорової людини стає опір «акультурації», здатність відстояти власні тенденції розвитку від впливу культури.

Таким чином, його модель душевно здорової людини обмежена рамками власної культури.

Ідеї А. Маслоу внесли величезний внесок у розуміння психологічних процесів становлення душевно здорової людини в сучасному суспільстві й стали основою для розробки практичних методів соціально-психологічного тренінгу, як і роботи його однодумців, перш за все К. Роджерса.

Та ж установка по відношенню до культури закладено в таких вельми авторитетних і продуктивно працюють підходах, як раціонально-емоційна психотерапія А. Елліса, транзактний аналіз Е. Берна, нейролінгвістичне програмування та ін.

Велику увагу проблемі співвідношення культури і душевного здоров'я приділяє К. Г. Юнг.

Найважливішою характеристикою душевного здоров'я людини є для Юнга внутрішня гармонія (в його термінах - цілісність) психіки, яка проявляється як узгодженість свідомості і несвідомого.

Порушення цієї цілісності відбувається на різних рівнях, в тому числі на рівні психічних функцій, особистого несвідомого, колективного несвідомого.

Регулюючи суспільне життя, культура провокує порушення цілісності психіки, створюючи дисоціацію між свідомістю і несвідомим.

Культура виробляє способи здійснення узгодження (інтеграції) свідомості і несвідомого (трансцендентної функції, за Юнгом).

Основним інструментом здійснення її є символ.

Символ також є найважливішим інструментом психотерапевтичного процесу, спрямованого на узгодження свідомості і несвідомого.

Юнг вважав, що перед культурою стоїть найважливіше завдання - допомогти людині в здобутті душевного здоров'я через розвиток його свідомості, інтеграцію свідомості і несвідомого, актуалізацію Самости і здійснення процесу індивідуації.

Душевне здоров'я і його культурна детермінація.

Динамічна концепція душевного здоров'я спирається на розроблену Б. Г. Ананьєва теорію індивідуальності як системної цілісності в нерозривності фізичних, психічних і духовних її проявів.

Індивідуальність, по Ананьеву, це відносно замкнута система, «вбудована» в відкриту систему взаємодії зі світом.

Тут «утворюється взаємодія тенденцій і можливостей людини, самосвідомість і" Я "- ядро людської особистості.

Б. Г. Ананьєв підкреслював, що внутрішній світ людини активно взаємодіє з оточенням, переробляючи досвід, отриманий ззовні, формуючи власні позиції і переконання, шляхи самовизначення, а потім в процесі екстеріорізації «людина вносить свій власний внесок у матеріальну та духовну культуру свого суспільства і людства».

Таким чином, стан внутрішнього світу людини, то, що ми називаємо душевним здоров'ям, залежить від культури, в якій він формується і живе.

Існує безліч визначень і підходів до вивчення культури.

Найбільш продуктивна в даному контексті інтерпретація культури як специфічно людського способу діяльності.

Це трактування отримала назву технологічної, або діяльнісної.

Вона переважає в працях таких провідних вітчизняних і зарубіжних культурологів, як Л. Уайт, К. Клакхон і В. Келлі, Е. С. Маркарян, М. С. Каган, Е. В. Соколов та ін.

За змістом дуже близьким поняттю «спосіб діяльності» - є концепти «патерн поведінки» і «культурний стереотип», використовувані Е. Сепіром, Р. Бенедикт (1935), К. МІРЦ та багатьма іншими авторами.

Вплив культури на душевне здоров'я можна зрозуміти, лише розглядаючи її як складну систему, різні підсистеми якої співвідносяться з функціями, виконуваними культурою в житті людини і суспільства.

Грунтуючись на класичних працях Л. Уайта, виділимо три підсистеми культури: життєзабезпечувальну, соціально-комунікативну і змістотворнотворчу.



Всі ці підсистеми впливають на душевне здоров'я людини, створюючи, з одного боку, зовнішні умови його життєдіяльності, т. б. культурне середовище, а з іншого - формуючи його внутрішній світ.

Виділення в системі культури трьох її підсистем і двох способів її втілення (суспільно-історичного і індивідуального) дозволяє виявити причини втрати душевного здоров'я в протиріччі між вмістом різних форм існування культури.

Динамічна концепція душевного здоров'я.

Вона ґрунтується на розумінні людини як складної системи, що саморозвивається, що передбачає прагнення до тих чи інших цілей і адаптацію до навколишніх умов (включаючи взаємодію з зовнішнім світом і здійснення внутрішньої саморегуляції).

Душевне здоров'я - це динамічна характеристика індивідуальності; вона відображає і обумовлює здатність людини ставити принципово досяжні змістотворні цілі і реалізовувати їх, здійснюючи саморегуляцію і узгоджуючись з вимогами соціокультурного і природного середовища.

Міра душевного здоров'я людини - здатність до продуктивного подолання складних життєвих ситуацій.

Серед широкого кола психогігієнічних завдань найважливішими є наступні:

♦ корекція цілепокладання;

♦ оптимізація взаємодії з соціокультурним і природним середовищем;

♦ підвищення рівня саморегуляції.

Оптимізація взаємодії і підвищення рівня саморегуляції фактично представляють одну психологічну задачу, а саме завдання адаптації людини до вимог, що надходять із зовнішнього середовища з урахуванням власних психологічних особливостей.

Звернемося до міркувань про адаптацію Ж. Піаже.

Досліджуючи когнітивні процеси, він розглядав їх розвиток як результат постійних спроб індивіда адаптуватися до змін навколишнього середовища.

Процес адаптації, по Піаже, включає в себе два процеси:

асиміляції і акомодації.

Асиміляція відбувається, коли новий предмет або нова ситуація освоюються за допомогою вже сформованих психічних механізмів.

Акомодація відбувається, коли організм змінює старі схеми діяльності для пристосування до нової ситуації. «Когнітивна адаптація, подібно до свого біологічного аналогу, полягає в врівноважені, асиміляції і акомодації»

Для динамічної концепції душевного здоров'я особливо важливо, що в процесі адаптації людина не тільки опановує вимоги оточення і «підлаштовується» під них, але і розвиває в собі нові здібності і способи діяльності, що дозволяє йому по-новому діяти в проблемних ситуаціях.

Ця діяльність може бути спрямована всередину, на зміну власної психічної реальності, або зовні, на зміну взаємин із середовищем.

У такому випадку говорять про, відповідно, адаптований і адаптують активності.

У психологічній і особливо психотерапевтичної літературі адаптацію розглядають перш за все як процес зміни внутрішнього світу людини.

Динамічна рівновага з природою може бути розглянуто по крайней мере в двох планах.

Людина завжди залишається біологічної одиницею, і навколишні природні умови впливають на його самопочуття.

Другий вимір, або аспект реальності, по відношенню до якого повинен адаптуватися людина, становить його соціальне оточення, реальні люди, з якими він взаємодіє, а також соціальні групи і інститути, що впливають на його життя.

Перед особистістю стоїть завдання - узгодити свою поведінку з вимогами соціального середовища.

Соціальне середовище - це перш за все реальні люди, які володіють своїми індивідуальними особливостями і з цієї точки зору є якоюсь психологічною реальністю, до якої повинен адаптуватися той, хто прагне знайти душевну здоров'я.

Третій вимір, по відношенню до якого потрібно адаптація особистості, - те, що можна позначити як «символічну всесвіт» (скористаємося тут класичної метафорою Е. Кассірера).



Кожен індивід, що проходить процес соціалізації і інкультурації, отримує вже створену до нього систему уявлень про те, що є що в цьому світі, як до цього ставитися і як з цим звертатися.

Наявність цих уявлень відповідає глибокої потреби людини як родового істоти в пізнанні, а також власної орієнтації в оточенні і собі самому.

Перед ним постає важливе завдання: узгодити їх з світобачення і світовідчуття, прийнятим в його соціокультурній групі.

Наявність внутрішнього розбіжності переживається як когнітивний дисонанс, який негативно впливає на душевну рівновагу і який людина прагне подолати той чи інший спосіб.

У тому випадку, коли людина не тільки переживає когнітивний дисонанс як внутрішній стан, але дозволяє собі проявити сумніви в правильності загальноприйнятих уявлень, це створює йому додаткові труднощі в плані адаптації його до соціального оточення.

Здійснення адаптації включає два процеси.

Перший - зміна зовнішньої реальності (природної, соціальної, духовної), яке може відбуватися і як активне перетворення процесів зовнішнього світу, і як переміщення в інше середовище (зміна клімату, соціального оточення та ін.).

Другий - зміна власної психологічної реальності. Як правило, ці процеси відбуваються одночасно, проте можна виділити, який з них переважає в той чи інший період часу.

Поділ цих процесів важливо тому, що їх здійснення вимагає роботи двох різних типів психологічних механізмів.

Культура зберігає приписи, які допомагають її наступникам гармонізувати свій внутрішній світ на всіх рівнях - від системи ціннісних орієнтацій до психофізіологічних показників.

Саморегуляція, що охоплює всі рівні людської психіки, може відбуватися лише за умови поєднання всіх цих типів культурних приписів - умовно кажучи, світогляду, ритуалів і психотренінгу.

Протягом багатьох тисячоліть все це давала людині релігія в різних її формах - від первісної магії до ретельно розроблених філософсько-релігійних систем.

Це дозволяє сучасним фахівцям знаходити в досвіді минулого цінні методи попередження і лікування душевних страждань.

Три групи психогігієнічних завдань:

корекції цілепокладання;

оптимізації взаємодії з соціокультурної і природним середовищем;

підвищення рівня саморегуляції.

Принципи збереження і зміцнення душевного здоров'я.

Перший - принцип об'єктивності.

Його суть в тому, що прийняті рішення будуть вдалими, якщо вони відповідають реальному стану речей, в тому числі дійсним властивостям індивіда, характеристикам соціального оточення і, нарешті, глибинним тенденціям існування людського суспільства і кожної людини.

Другий принцип, дотримання якого є передумовою успішного вирішення психогігієнічних завдань, - воля до здоров'я.

Цей принцип означає визнання здоров'я як цінності, заради досягнення якої слід докладати зусиль. Реалізувати ж цю установку можна лише за умови певних знань, умінь і навичок, а також при наявності адекватних умов самосовер¬шенствованія (перше з яких - наявність вільного часу) і організації сприятливого середовища проживання.

Третє найважливіша умова зміцнення душевного здоров'я - принцип опори на культурні традиції.

У процесі культурно-історичного розвитку людства накопичено величезний досвід гармонізації внутрішнього світу людини, подолання психологічних криз. Можливість скористатися цим цілющим потенціалом культури є передумова збереження і зміцнення душевного здоров'я.

Питання для контролю:

1. Чи можна стверджувати, що діонісійські свята і орфические містерії, відбувалися в Древній Греції, виконували психогігієнічні функції, і якщо так, то чому?

2. Розкрийте зміст слів ентузіазм, евтюмія, апатія, атараксия.

3. Що означає слово катарсис? Які психологічні механізми лежать в основі катарсису?

4. Як ви розумієте вислів Сенеки про мудреця: «Для життя йому багато потрібно було, а для блаженства тільки високий і здоровий дух, який зневажає фортуну»?

5. Яке ставлення до афектів в філософії Б. Спінози?

6. Яку якість індивіда Гегель вважає проявом душевної зрілості? Як співвідносяться в його концепції душевна зрілість і душевне здоров'я?

7. Які причини «невдоволення культурою» по 3. Фрейду?

8. Як культура може провокувати втрату людиною душевного здоров'я з точки зору К. Хорні?

9. Чому, на думку Е. Фромма, сучасна західна культура несприятлива для душевного здоров'я людини?

10. Які риси характеризують зрілу особистість по Г. Оллпорту і А. Маслоу?

11. А. Маслоу стверджує, що душевно здоровій людині властиво «опір акультурації». Чи згодні ви з ним? Обгрунтуйте свою позицію.

12. У чому сутність процесу індивідуації, описаного К. Г. Юнгом? Як цей процес співвідноситься з душевним здоров'ям людини

13. Як пов'язані душевне здоров'я людини і усвідомлення ним сенсу свого життя?

14. Як впливають на душевне здоров'я людини сучасні тенденції в розвитку життєзабезпечуючою підсистеми культури?

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Як ви розумієте вислів Сенеки про мудреця: «Для життя йому багато потрібно було, а для блаженства тільки високий і здоровий дух, який зневажає фортуну»?

2. Яке ставлення до афектів в філософії Б. Спінози?

3. Яку якість індивіда Гегель вважає проявом душевної зрілості? Як співвідносяться в його концепції душевна зрілість і душевне здоров'я?

4. Які причини «невдоволення культурою» по З. Фрейду?

5. Як культура може провокувати втрату людиною душевного здоров'я з точки зору К. Хорні?

6. Чому, на думку Е. Фромма, сучасна західна культура несприятлива для душевного здоров'я людини?

7. Які риси характеризують зрілу особистість по Г. Оллпорту і А. Маслоу?

8. У чому сутність процесу індивідуації, описаного К. Г. Юнгом? Як цей процес співвідноситься з душевним здоров'ям людини.

9. Як впливають на душевне здоров'я людини сучасні тенденції в розвитку життєзабезпечуючою підсистеми культури?

ЛЕКЦИЯ 4. ЗДОРОВ'Я І СПОСІБ ЖИТТЯ.

План

1. З чого складається образ життя. Вплив способу життя на здоров'я.
Внесок екології, медицини і спадковості на стан здоров'я.
2. Відмінності в способі життя у різних соціальних груп.
Спосіб життя і його три категорії: рівень, якість, стиль. Коротка характеристика цих категорій.
3. Здоровий спосіб життя і його характеристика.
Фактори ризику для зниження рівня здоров'я.
4. Здоровий спосіб життя і конституція людини.
Складові частини конституції: рефлексивна, генотипична, фенотипична, імунна, нейронна, психологічна, лімфогематологічна, гормональна, енергоакупунктурна.
5. Основні принципи здорового способу життя: соціальні і біологічні.
«Зворотний ефект» від поширення установок на здоровий спосіб життя.
Пропаганда і культивування здорового способу життя.

Основна термінологія*: здоровий спосіб життя; рівні ОЖ; конституція:* рефлексивна, генотипична, фенотипична, імунна, нейронна, психологічна, лімфогематологічна, гормональна, енергоакупунктурна.

Поняття «спосіб життя»

Спосіб життя - це одна з найважливіших біосоціальних категорій, що інтегрують уявлення про певний вид (тип) життєдіяльності людини. Вона характеризується особливостями повсякденного життя людини, що охоплюють її трудову діяльність, побут,

форми використання вільного часу, задоволення матеріальних та духовних потреб, участь у суспільному житті, норми та правила поведінки.



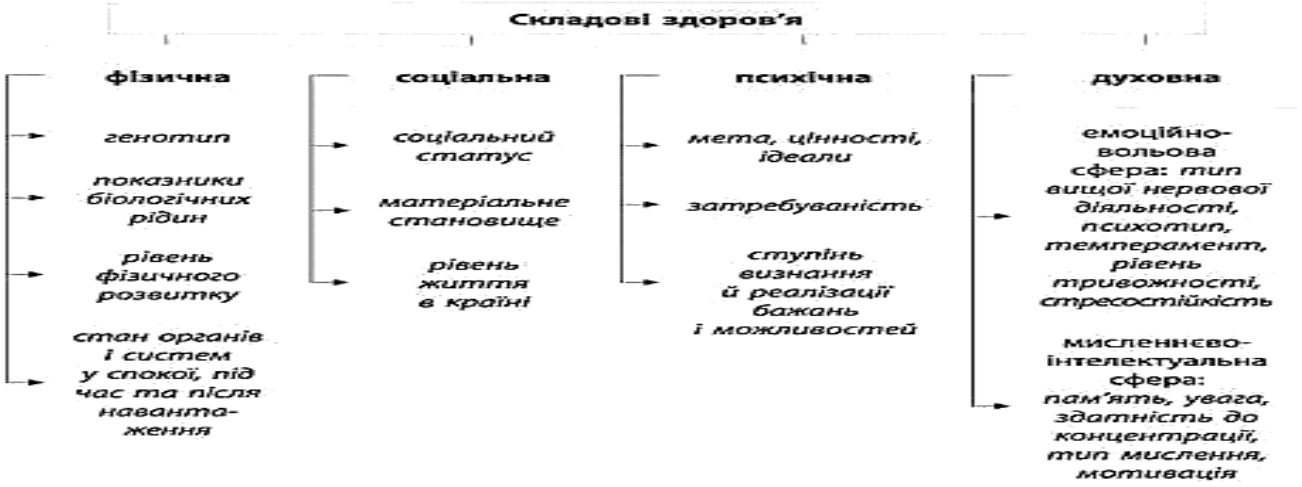
Спосіб життя — один із критеріїв суспільного прогресу, це «обличчя» людини.

В даний час доведено, що із суми всіх факторів, що детермінують здоров'я людини, 50-55% припадає на спосіб життя.



У свою чергу, до основних факторів, що визначають спосіб життя людини, слід зарахувати:

♦ рівень загальної культури людини та її освіченість;
♦ матеріальні умови життя;
♦ статеві, вікові та конституційні особливості людини;
♦ стан здоров'я;
♦ характер екологічного довкілля;
♦ особливості трудової діяльності (професії);
♦ особливості сімейних відносин та сімейного виховання;
♦ звички людини;
♦ можливості задоволення біологічних та соціальних потреб.



При аналізі способу життя зазвичай розглядаються особливості професійної, громадської, соціально-культурної та побутової діяльності людини.

Іншими словами, головне в способі життя людини — те, як живе вона (соціальна група), які основні способи та форми її життєдіяльності, її спрямованість.



У цьому слід пам'ятати, кожна з соціальних груп має свої відмінності у способі життя, свої цінності, установки, зразки поведінки тощо.

Спосіб життя, обумовлений значною мірою соціально-економічними умовами, залежить від мотивів діяльності конкретної людини, особливостей її психіки, стану здоров'я та функціональних можливостей організму.

Цим, зокрема, пояснюється реальне розмаїття варіантів життя різних людей.

Спосіб життя людини включає три категорії: рівень життя, якість життя та стиль життя.

Рівень життя — це рівень задоволення матеріальних, культурних, духовних потреб (переважно економічна категорія).

Якість життя характеризує комфорт у задоволенні людських потреб (переважно соціологічна категорія).

Стиль життя - поведінкова особливість життя людини, тобто певний стандарт, під який підлаштовується психологія та психофізіологія особистості (соціально-психологічна категорія).

Оцінюючи роль кожної з цих категорій у формуванні здоров'я, слід зазначити, що при рівних можливостях перших двох (рівень і якість), що носять суспільний характер, здоров'я людини значною мірою залежить від стилю життя, який великою мірою має персоніфікований характер і визначається історичними і національними традиціями та особистісними нахилами.

У процесі життя кожної людини повинні задовольнятися матеріальні та духовні потреби, причому її поведінка буде спрямована на реалізацію цих потреб.

У кожної особи при однаковому на даний момент у будь-якому суспільстві рівні потреб існує свій індивідуальний спосіб їх задоволення, тому поведінка у людей різна і залежить вона значною мірою від виховання.

Поняття «здоровий спосіб життя» - концентрований вираз взаємозв'язку способу життя та здоров'я людини.



Здоровий спосіб життя поєднує все, що сприяє виконанню людиною професійних, суспільних та побутових функцій в оптимальних для здоров'я та розвитку умовах.

Він висловлює певну орієнтованість діяльності особистості у напрямі зміцнення та розвитку особистого (індивідуального) та громадського здоров'я.

Здоров'я по суті має бути найпершою потребою людини, але задоволення цієї потреби, доведення її до оптимального результату носить складний, своєрідний, часто суперечливий, опосередкований характер і не завжди призводить до необхідного результату.

Ця ситуація зумовлена низкою обставин, і насамперед тим, що:

♦ у нашій державі у населення ще не сформовано достатньо позитивної мотивації на дбайливе ставлення до свого здоров'я;

♦ у людській природі закладено повільну реалізацію зворотних зв'язків (як негативних, так і позитивних впливів на організм людини);

♦ здоров'я в суспільстві, насамперед через низьку культуру, ще не стало на перше місце в ієрархії потреб людини.

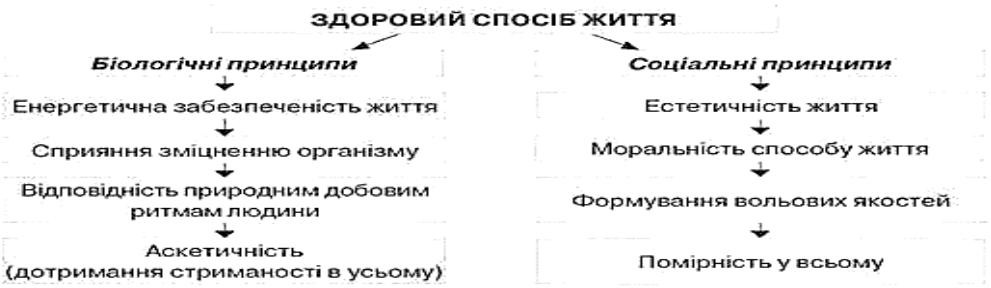
Виходячи з цього, можна зробити висновок про найважливішу роль виховання у кожного члена суспільства ставлення до здоров'я як до однієї з головних людських цінностей, а також про необхідність розробки основних положень та умов здорового способу життя, методології їх впровадження, прищеплення та освоєння людьми.

У досягненні цієї мети намічаються два основні шляхи.

Перший — освіта кожної людини, починаючи з дитячого віку, у дошкільних, шкільних закладах, коледжах, вузах тощо.

Другий - самовиховання особистості (утвори себе сам!). Природно, що для досягнення здорового способу життя необхідно поєднувати обидва шляхи.

Здоровий спосіб життя пов'язаний з особистісно-мотиваційним втіленням індивідами своїх соціальних, психологічних, фізичних можливостей та здібностей.



Основу здорового способу життя становить вибір способу життя, зроблений самою людиною щодо того, як йому жити.

Цей вибір значною мірою залежить від конституційних показників індивіда.

Спосіб життя людини має відповідати його конституції.

Конституція людини - це генетичний потенціал організму, продукт спадковості та середовища, реалізує спадковий потенціал;саме конституція людини визначає основні закон и її індивідуального життя**.**

Конституція завжди індивідуальна: способів життя стільки ж, скільки людей.

Реальна конституція людини складається з набору складових.

Основні:

Рефлексивна конституція - генетична пам'ять (спадковість), епігенетична пам'ять (ембріональний шлях розвитку), імунна пам'ять (про перенесені захворювання), нейронна пам'ять (пам'ять, що фіксується нейронами).

Генотипова конституція - це «спадковий паспорт» (геномна характеристика, хромосомна система людини), що визначає регенераційні здібності нашої морфології.

Фенотипова конституція - це традиційне (а часом і єдине) уявлення про конституцію людини на основі спадкової структури її кістково-м'язового та жирового габітусу.

Імунна конституція — система глобулінового захисту, в основі якої лежить механізм антиген-антильних зв'язків, що визначають характер та інтенсивність імунологічних реакцій.

Нейронна конституція - стан неврологічної реактивності, що визначає базисні засади навчання, набуття знань; це базисна основа емоцій та вольових процесів, що детермінують наше здоров'я та нашу неврологічну симптоматику.

Психологічна конституція визначає психологічний тип особистості, її характер та темперамент.

Лімфогематологічна конституція - це особливості лімфотоку та група крові, які мають геномний, конституційний характер і визначають інтенсивність метаболізму та енергетики організму.

Гормонально-статева конституція характеризує істотний момент у всіх поведінкових реакціях людини.

Статева поведінка детермінується взаємодією певних мозкових структур зі статевими гормонами (андрогенами при чоловічій статевій поведінці та естрогенами при жіночій статевій поведінці).

Енергоакупунктурна конституція — це специфіка системи так званих енергоканальних зв'язків в організмі.

Системне уявлення про конституцію людини дає інтегральну характеристику, що лежить в основі життєдіяльності людини.

Здоровий спосіб життя - це життя за законами своєї конституції.

Втрата здоров'я є своєрідною розплатою за життя всупереч своїй конституції.

До основних принципів здорового способу життя належать:

♦ соціальні: спосіб життя має бути естетичним, моральним та вольовим;

♦ біологічні: спосіб життя має бути віковим, забезпеченим енергетично, зміцнюючим та ритмічним.

50%			50%						
Об'єктивні чинники			Суб'єктивні чинники						
			Спосіб життя						
Навколишнє середовище (20-25%)	Спадковість (15-20%)	Медична допомога (10%)	Режим праці та відпочинку	Харчування	Рухова активність	Емоційно-психічний стан	Шкідливі звички	Загартування	Доброзичливість, милосердя, гумор

Цілком очевидно, що реалізація цих принципів переломлюється через призму соціально-економічних заходів та формування відповідних моделей поведінки людини.

Ведення здорового способу життя передбачає:

♦ прагнення фізичної досконалості;

♦ досягнення душевної, психічної гармонії у житті;

♦ забезпечення повноцінного харчування;

♦ виключення з життя саморуйнівної поведінки (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії, гіподинамії тощо);

♦ дотримання правил особистої гігієни; загартовування організму та його очищення тощо.

Здоровий спосіб життя (ЗОЖ) воістину можна вважати мудрою, фундаментальною основою людського буття в його природно-природній проекції до духовно-фізичної досконалості кожної розсудливої людини.

Здоровий спосіб життя закладено законами природи.

Це органічний природний шлях до взаємоудосконалення - Людини – у Природі та Природи – у Людині через духовне осмислення Законів Природи.

Головна ідея здорового способу життя – первинна профілактика хвороб тіла та душі.

Здоровий спосіб життя - це і здатність/потреба розкрити властивий саме індивіду даний «талант» - коло фізичного життя, душевних здібностей, духовних можливостей.

Життєвий потенціал визначається життєвою зрілістю (тобто щодо повної готовності людини до вирішення певних життєвих завдань), знання принципів здорового способу життя.

Індивідуальне формування здорового життя залежить від відбитого дзеркального «Я» і залежить від соціального середовища, але головним, інтегруючим компонентом системи ціннісних орієнтації є особистісний сенс життя (ОСЖ).



Феномен ОСЖ.

Інтеграція акмеологічних, валеологічних та екологічних знань як умова руху людини, її розвитку у гармонії.

Людина, перебуваючи під впливом тієї чи іншої національної культури та асимілюючи її, формує у собі дві ендоморфні психологічні структури:

1. Засвоює культуру як певний інформаційний зміст. У цей показник входять і знання у галузі здорового способу життя.

2. Цей зміст, відрефлексований на особистісному рівні, формує особистісну систему цінностей (ОСЦ). Вона стає системою імперативів життя та поведінки.

В цьому випадку зміст засвоєної (відрефлексованої та прийнятої як індивідуально-особистісної) культури набуває особливого, особистісно-індивідуального структурування, стаючи системою аксіологічних функцій особистості, головна з яких є особистісний сенс життя.

Саме ОСЖ визначає сутність здорового способу життя індивіда.



Таким чином, психологія здорового способу життя людини реалізується на основі вітально-аксіологічної концепції (за Сержантовим), специфічних принципів-законів: жити за Законами Всесвіту; позитивно мислити, позитивно сприймати себе та інших; посилювати вольовий рух до здійсненності "Я" як гармонійної сутності; дотримуватись індивідуальної програми ЗОЖ; досягати згоди зі світом та собою; дотримуватися законів слова, звуку, числа, кольору, світла, геометричних форм — благоговіти перед життям.

Психологія здорового життя з позицій вітально-аксіологічної концепції особистості включає такі компоненти: самоусвідомлення; свобода волі як усвідомлена потреба; совість та творчість як умова здорового способу життя.

ЗОЖ - це спосіб життя людини та її розвитку, прояв внутрішньої свободи як характерної детермінації, яка є не що інше, як самодетермінація; її сутнісним проявом є творчість, породження новацій.

Оскільки свобода — модус життя людини, вона не може не бути розвитком, «творчістю» і самої особистості.

ЗОЖ також передбачає розвиток періодів життя як певного роду новацій по відношенню до минулого та майбутнього..

Концепція "психологія відносини"

Розглядаючи особистість як біосоціальний організм, А. Ф. Лазурський підкреслював як її головну основу нервово-психічну організацію.

Іншою важливою стороною він вважав ставлення особистості до зовнішнього середовища (природи, людей, соціальних груп, духовних цінностей та ін.).

Він надавав відносинам особливе значення у досягненні душевної гармонії особистості, під якою розумів різнобічність, повноту та згоду психічних функцій людини.

Надалі «психологія стосунків» розвивалася Володимиром Миколайовичем М'ясіщовим.

Одне з ключових положень розробленої В. Н. Мясищева концепції формулюється так: сутністю особистості є ставлення до дійсності. А категорія «відносини» — одне із центральних понять концепції.

Відносини розглядаються як психічний вираз зв'язку суб'єкта та об'єкта.

Психологічні відносини можуть бути описані та проаналізовані за допомогою трьох компонентів, виділених В. Н. Мясищевим, а саме емоційного, пізнавального та вольового. Слід зазначити, що названі компоненти відносини відповідають у сучасній психології виділенню трьох сфер психічного: емоційної, когнітивної та мотиваційно-поведінкової. Усі компоненти тісно взаємопов'язані і надають взаємне впливом геть формування кожного їх окремо.

Для аналізу категорії відносин також важливо враховувати фактор часу. Розгляд відносини у проекції на вісь часу є розглядом становлення та динаміки відносини. Відношення, що виникло в процесі індивідуального розвитку людини, не залишається незмінним, воно безперервно змінюється на основі нового життєвого досвіду. Так як кожне

ставлення виникає і розвивається в єдності з іншими відносинами, то при зміні одного відношення змінюються і всі інші. У той самий час слід звернути увагу, що мінливість різних за змістом відносин дуже однакова. Відносини можуть бути стійкі та нестійкі, варіюючи від моментальної ситуативної лабільності до високої стабільності. Але стабільні стосунки можуть і інертно стійкими.

Відносини, що входять у поверхневі шари структури особистості, тією чи іншою мірою безперервно змінюються.

А чим ближче до ядра особистості, тим стосунки статичніші і непіддатливіші до змін у навколишньому середовищі та у внутрішньому світі людини. Важливо, що зміни цих глибоких відносин особистості, якщо вони відбуваються, викликають значні зміни та інших відносинах.

Відносини виступають як внутрішній механізм саморегуляції діяльності та поведінки у тій чи іншій галузі (за аналогією з психологічним механізмом самооцінки), а отже, їх вивчення виявляє потенційний план особистості, її систему внутрішніх механізмів поведінки.

Проте регуляторна функція відносини входить у дію лише певному етапі онтогенеза: у міру накопичення соціального та професійного досвіду регулююча функція відносини удосконалюється.

Так, на думку В. С. Мерліна, людина проявляє себе як особистість лише в процесі здійснення свідомо поставлених цілей та активної дії на навколишній світ. При цьому індивідуальні способи дії реалізації будь-яких цілей завжди обумовлені активними відносинами особистості.

Вони проявляються у кожній індивідуальній рисі характеру та індивідуальному стилі діяльності. Якщо відносини як властивість свідомості загалом не порушені, це вже саме собою дозволяє людині залишатися особистістю, навіть у разі поразки його основних психічних процесів.

І навпаки, деформація відносин свідомості загалом неминуче веде до дезінтеграції особистості, навіть якщо у своїй особливості психічних процесів залишилися гаразд. Особа може деградувати або змінитися, якщо змінюється її ставлення до людей, праці чи колективу.

Тільки стійкість і сталість активних відносин дозволяє особистості підтримувати власну надійність і протистояти впливам середовища, долати опір зовнішніх умов, боротися з перешкодами і досягати, зрештою, поставленої мети, здійснювати реалізацію своїх намірів.

Ставлення до здоров'я.

Сучасні тенденції захворюваності у розвинених індустріальних суспільствах актуалізували ідею індивідуальної відповідальності за стан свого здоров'я.



Поняття "хвороби цивілізації".

Багато хвороб, поширені нині, обумовлені особливостями способу життя у сучасному суспільстві.

Вони виділили 4 категорії таких захворювань:

1. «Хвороби забруднення» (наслідок техногенної діяльності індустріальних цивілізацій: отруєння грунту, води, атмосфери).

2. «Хвороби виснаження» (результат фізичного та нервово-психічного перевтоми людини).

3. «Хвороби споживання» (порушення режиму та структури харчування, вживання речовин, що викликають хімічну залежність, зловживання лікарськими препаратами).

4. «Хвороби зворотної инадаптації» (викликані неузгодженістю біологічних та соціальних ритмів життєдіяльності людини).

Ця нова політика, що отримала назву Health promotion, зводилася головним чином до стимулювання орієнтованої на збереження здоров'я поведінки у поєднанні з широкою системою відповідних організаційних, економічних, екологічних та медичних заходів підтримки.

Таким чином, ставлення до здоров'я цілком може бути розглянуте як одна з основних «мішеней», на яку має бути спрямована психокорекційна дія спеціаліста, який працює в галузі психології здоров'я.

При цьому диференційований підхід до психокорекційної роботи має спиратися на всебічне вивчення особливостей ставлення людини до свого здоров'я.

А концепція «психологія відносин», своєю чергою, може бути обрана як теоретико-методологічна основа вивчення здоров'я людини, оскільки ставлення до здоров'я, з одного боку, є відбитком індивідуального досвіду людини, з другого — істотно впливає його поведінка.

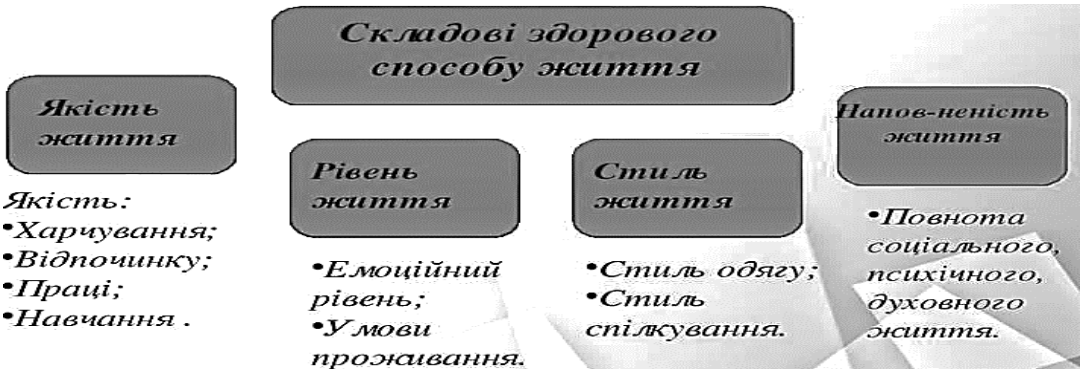


Ставлення до здоров'я

Дослідження проблеми ставлення до здоров'я передбачає визначення поняття «ставлення до здоров'я».

Ставлення до здоров'я є системою індивідуальних, виборчих зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, сприяють чи, навпаки, загрозливих для здоров'я людей, і навіть певну оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану.

Ставлення до здоров'я — один із елементів самозбережної поведінки. Маючи всі характеристики, властиві психічному відношенню, воно містить три основні компоненти: когнітивний, емоційний і мотиваційно-поведінковий.



Когнітивний компонент характеризує знання людини про своє здоров'я, розуміння ролі здоров'я у життєдіяльності, знання основних факторів, що виявляють як негативний (пошкоджуючий), так і позитивний (зміцнюючий) вплив на здоров'я людини тощо.

Емоційний компонент відображає переживання та почуття людини, пов'язані зі станом її здоров'я, а також особливості емоційного стану, зумовлені погіршенням фізичного чи психічного самопочуття людини.

Мотиваційно-поведінковий компонент визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії термінальних та інструментальних цінностей людини, особливості мотивації в галузі здорового способу життя, а також характеризує особливості поведінки у сфері здоров'я, ступінь прихильності людини до здорового способу життя, особливості поведінки у разі погіршення здоров'я.



Порівняння двох понять, що найчастіше зустрічаються в літературі: «ставлення до здоров'я» і «внутрішня картина здоров'я».

Внутрішня картина здоров'я як своєрідний еталон здоров'я людини, який може мати досить складну структуру і включає як образні, і когнітивні уявлення про своє здоров'я.

Ананьєв С. А. визначає внутрішню картину здоров'я, з одного боку, як сукупність інтелектуальних описів (уявлень) здоров'я людини, комплекс емоційних переживань та відчуттів, а також його поведінкові реакції, а з іншого — як особливе ставлення до здоров'я, що виражається в усвідомленні його цінності та активно-позитивному прагненні до його вдосконалення.

Ставлення до здоров'я, власне, інтегрує всі психологічні категорії, у межах яких аналізується поняття внутрішньої картини здоров'я.

Це і знання про здоров'я, усвідомлення та розуміння ролі здоров'я у процесі життєдіяльності людини, її впливу на соціальні функції, емоційні та поведінкові реакції.

Критерії ступеня адекватності/неадекватності ставлення до здоров'я можуть бути:

♦ на когнітивному рівні — ступінь поінформованості чи компетентності людини в галузі здоров'я, знання основних факторів ризику та антиризику, розуміння ролі здоров'я у забезпеченні ефективності життєдіяльності та довголіття;

♦ на емоційному рівні — оптимальний рівень тривожності по відношенню до здоров'я, уміння насолоджуватися станом здоров'я та радіти йому;

♦ на мотиваційно-поведінковому рівні — висока значущість здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей, ступінь сформованості мотивації на збереження та зміцнення здоров'я, ступінь відповідності дій та вчинків людини вимогам здорового способу життя, а також нормативно визначеним вимогам медицини, санітарії та гігієни;

♦ відповідність самооцінки індивіда фізичному, психічному та соціальному стану свого здоров'я.

Потреба здоров'я актуалізується, зазвичай, у разі втрати чи принаймні втрати.

У стані повного фізичного та психічного благополуччя потреба у здоров'я хіба що не помічається людиною, випадає з його зору. Він вірить у його непорушність і не вважає за потрібне, оскільки і так все добре, робити якісь спеціальні дії щодо збереження та зміцнення здоров'я.

Дія механізмів психологічного захисту, мета яких - виправдання хворого поведінки.

У сфері здоров'я найбільш поширені такі види психологічних захистів, як заперечення та раціоналізація.

Так, механізм дії психологічного захисту на кшталт заперечення полягає у блокуванні негативної інформації «на вході» (наприклад, «цього може бути») чи прагненні уникнути нової інформації (наприклад, «не треба проходити медичний огляд, оскільки цілком здоровий »). Раціоналізація переважно використовується виправдання неадекватного ставлення до здоров'я на поведінковому рівні.

Чинники, що впливають на ставлення до здоров'я





На стан здоров'я впливають такі чинники: екологічна обстановка, соціально-економічні умови (зокрема якість медичного обслуговування), генотип (чи вроджені особливості організму), і навіть спосіб життя.

Аналіз гендерних відмінностей розпочнемо з розгляду особливостей самооцінки.

Дані численних експериментальних досліджень свідчать, що в жінок спостерігається вища самооцінка здоров'я проти чоловіками.

Так, оцінюють своє здоров'я як «хороше» 48% жінок та 30% чоловіків; як «погане» - 4% жінок та 10% чоловіків.

Отже, чоловіки загалом песимістичніше оцінюють стан свого здоров'я.

Інший загальноприйнятий та експериментально доведений факт: термінальна цінність здоров'я у жінок вища, ніж у чоловіків: висока цінність здоров'я характерна для 50% чоловіків та 65% жінок.

Аналіз ієрархій термінальних цінностей, що показує: домінуюча потреба у системі термінальних цінностей жінок — здоров'я, а чоловіків — робота (кар'єра).

Здоров'я як цінність у системі термінальних цінностей чоловіків перебуває лише на третьому-четвертому місці.

При цьому інструментальна цінність здоров'я у чоловіків вища.

У ситуації погіршення самопочуття як чоловіки, так і жінки в більшості випадків вважають за краще самостійно вживати заходів для виправлення свого здоров'я.

Гендерні особливості виявляються під час аналізу емоцій, що виникають у зв'язку з погіршенням стану здоров'я.

Як для чоловіків, так і для жінок у такій ситуації найбільш характерні занепокоєння, розлад та жаль.

Статистично значимі відмінності у тому, що у разі погіршення здоров'я у жінок рівень тривожності збільшується, а й у чоловіків, навпаки, знижується.

Загалом для жінок характерний вищий рівень адекватності ставлення до здоров'я в порівнянні з чоловіками.

Вплив віку на ставлення до здоров'я.

Існують деякі закономірності розвитку ставлення до здоров'я залежно від віку людини.

Ставлення до хвороби має тенденцію змінюватися від недооцінки в молодому віці до адекватного розуміння її в зрілому, переоцінці в літньому та знову недооцінці у старечому віці. Можливо, що ставлення до здоров'я зазнає подібних змін.

Існує вікова динаміка важливості здоров'я. Представники середнього та особливо старшого покоління найчастіше відводять йому пріоритетну роль.

Молоді люди зазвичай ставляться до проблеми здоров'я як до чогось досить важливого, але абстрактного, що не має до них прямого відношення.

У їхній ієрархії цінностей домінують матеріальні блага та кар'єра.

Якщо вони приділяють увагу здоров'ю, то головним чином його фізичної складової. У їхньому розумінні не знаходить належного місця роль психічного та соціального здоров'я.

Одна з найяскравіших вікових закономірностей полягає в наступному: існує зворотна залежність між віком і рівнем відповідальності за збереження свого здоров'я.

Іншими словами, для молодих людей характерна внутрішня орієнтація свідомості в поясненні проблем зі здоров'ям, а для осіб старшої вікової групи, навпаки, — зовнішня.

Інтернальність/екстернальність у сфері здоров'я характеризує рівень розвитку почуття особистої відповідальності за стан свого здоров'я (самопочуття).

Так, у першій половині життя (до 30 років) вона обумовлена, головним чином, сформованості потреби в самозбереженні, а в другій половині - фактичним станом здоров'я. Після 30 років турбота про здоров'я стає більшою мірою вимушеною і пов'язаною з необхідністю виправляти «погане» самопочуття.

Вік та самооцінка здоров'я знаходяться у зворотній залежності. Так, наприклад, з віком збільшується кількість негативних самооцінок та зменшується кількість позитивних.

Причому рубіж, на якому відбувається «стрибок» у погіршенні стану здоров'я, — це приблизно 35 років, доказом чого можуть бути істотні відмінності в самооцінці здоров'я між віковою групою 30-34 роки та групою 35-39 років. спрямованих на зміцнення здоров'я, даної вікової групи необхідно приділяти особливу увагу.



Таким чином, можна зробити висновок, що з віком ставлення до здоров'я набуває більш суперечливого характеру, а зниження рівня інтернальності в галузі здоров'я є результатом дії психологічних механізмів захисту, спрямованих на маскування справжніх переживань, пов'язаних зі здоров'ям.

Вплив професійної діяльності на ставлення до здоров'я.

Управлінська діяльність нині характеризується великою кількістю стресорів: оперування великим обсягом інформації; необхідність приймати рішення за умов дефіциту часу; вантаж відповідальності; постійна нервово-психічна напруга; конфлікти з підлеглими та вищим керівництвом; ненормований робочий день, гіподинамія і т. д. Встановлено також, що серед менеджерів широко поширені такі психосоматичні захворювання, як хронічний головний біль, безсоння, розлади травлення; Крім того, підвищений ризик серцево-судинних захворювань.

Здоров'я керівників, за даними зарубіжних досліджень (переважно), підпорядковується так званому класовому градієнту, т. е. завжди краще, ніж в інших співробітників організації. Вміння дбати про своє здоров'я — як фізичне, так і психічне — може розглядатися сьогодні як професійно важлива якість менеджера, що забезпечує високу ефективність управлінської діяльності.



Основи раціонального харчування

Харчування — один із важливих факторів, від яких залежить стан здоров'я та працездатність організму, оскільки він виконує енергетичну, пластичну, біорегуляторну, резистентну функції.



Воно забезпечує побудову та безперервне оновлення клітин, тканин та органів та створення біологічно активних речовин, з яких утворюються ферменти та гормони — регулятори та каталізатори біохімічних процесів, а також сприяє нормальному фізичному та психічному розвитку організму, підвищуючи опірність до різних інфекцій за рахунок формування імунітету.

Основними харчовими речовинами, необхідними для життєдіяльності організму, є білки, жири, вуглеводи, мінеральні речовини, вітаміни та вода.

Відсутність чи нестача будь-якого з них призводить до порушення функцій організму. При цьому білки, деякі жирні кислоти, вітаміни, мінеральні речовини та вода відносяться до незамінних речовин і обов'язково мають надходити в організм із їжею. Вуглеводи та жири до певної міри можуть бути взаємозамінними або утворюватися з білків. Однак тривала заміна або взаємоперетворення призводять до порушення обмінних процесів і тому введення вуглеводів та жирів з їжею також необхідне.

Розглянемо які функції виконують в організмі названі речовини.

Білки є матеріалом для побудови клітин, тканин і органів, утворення ферментів і більшості гормонів, що входять до складу сполук, що забезпечують імунітет організму до інфекцій. Білки виконують енергетичну функцію: при окисленні 1 г білка виділяється 4 ккал.

За калорійністю вони повинні становити 13% добової енергоємності харчового раціону. Жири мають велику енергоємність - 1 г жиру при окисленні дає 9 ккал.

Вони повинні забезпечувати 33% добової енергоємності харчового раціону. Як структурна частина клітин та їх мембранних систем вони виконують і пластичну функцію. Крім того, беруть участь в обміні вітамінів, сприяють їх засвоєнню і одночасно служать джерелами деяких вітамінів (А, D, Е). вони мають становити 54% енергоємності добового харчового раціону.

Функції та джерела вітамінів

Вітаміни	Функції вітамінів	Гіповітаміноз	Основні джерела
Водорозчинні вітаміни			
Аскорбінова кислота (вітамін С)	Бере участь у синтезі білків і утворенні органічної речовини кісток, підвищує імунітет	Цинга	Чорна смородина, шипшина, лимон
Тіамін (вітамін В1)	Бере участь в обміні білків, жирів і вуглеводів	Бері-бері	Чорний хліб, яєчний жовток, печінка
Рибофлавін (вітамін В2)	Бере участь в окисно-відновних реакціях, необхідний для синтезу ферментів	Виразки на слиз. оболонках	Рибні продукти, печінка, молоко

У той самий час вуглеводи входять до складу багатьох клітин і тканин організму, виконуючи будівельну функцію.

Вони беруть участь у білковому обміні, сприяючи синтезу амінокислот, і ще більше значення вуглеводи мають при жировому обміні, бо жири горять у полум'ї вуглеводів.

Вітаміни немає ні пластичного, ні енергетичного значення. Це біологічно активні речовини, що регулюють обмін речовин та різнобічно впливають на життєдіяльність організму. Вони синтезуються в організмі і виявляють свою біологічну дію в малих дозах - у міліграмах або тисячних частках міліграмів при надходженні з їжею самостійно або у складі ферментів.

Нестача вітамінів призводить до гіповітамінозу, а їхня повна відсутність - до авітамінозу, що супроводжується різким порушенням функцій організму (рахіт, порушення росту і т. д.).

Харчування повинне сприйматися не тільки як джерело енергетичного та пластичного забезпечення організму, а й як фактор адекватної корекції обмінних процесів в організмі та підтримання на необхідному рівні його адаптаційних функцій та захисних механізмів, що у сумі та забезпечує нормальне здоров'я.

Добова потреба людини у вітамінах і їх основні функції

Вітамін	Добова потреба	Функції
Аскорбінова кислота (С)	50-100 мг	Підвищує опірність організму до стресових ситуацій
Тіамін (B_1)	1,4-2,4 мг	Регулятор жирового і вуглеводного обміну, діятельності нервової системи
Рибофлавін (B_2)	1,5 – 3,0 мг	Бере участь в обміні білків, жирів і вуглеводів
Піридоксин (B_6)	2,0 - 2,2 мг	Засвоєння білка і здоров'я нервової системи
Ніацин (РР)	15 – 20 мг	Бере участь в ОВР у клітинах. Недостача викликає пелагру
Фолієва кислота (B_9)	200 мкг	Кровотворчий фактор, бере участь у синтезі амінокислот, нуклеїнових кислот, холіну

Особиста гігієна та здоров'я

Важливе значення у збереженні здоров'я має особиста гігієна. Недотримання людиною елементів особистої гігієни може позначитися на здоров'ї та інших людей - членів сім'ї, сусідів, колективу, в якому він перебуває. Така людина може стати причиною масового

поширення інфекційних захворювань, наприклад грипу, катару верхніх дихальних шляхів, дизентерії, туберкульозу та ін.

Повноцінний відпочинок забезпечується насамперед спокійним та досить тривалим сном. Необхідно встановити і суворо дотримуватися часу сну. Не менш важливо дотримуватись часу підйому, враховуючи при цьому можливість виконання всіх ранкових процедур без зайвої поспішності. Режим харчування повинен відповідати порядку дня, пов'язаному з трудовою (навчальною) діяльністю, віком, кліматичним та іншим особливостям.

Особиста гігієна включає і елементи загартовування організму та фізичної культури.

Загартування організму, сутнісно, можна як обов'язковий елемент фізкультурного виховання.

Сутність загартовування полягає у тренуванні системи терморегуляції, у розвитку захисних реакцій організму на несприятливі впливи зовнішнього середовища.

В результаті підвищується стійкість організму до впливу різних погодних факторів, таких як холод, спека, вологість та ін, які можуть призвести до захворювань та зниження загальної та спеціальної працездатності. При загартуванні зазвичай використовують природні чинники: повітря, воду, сонце.

Складові здорового способу життя

1.Раціональне харчування.
2. Рухова активність.
3.Особиста гігієна.
4. Режим праці й відпочинку.
5. Загартовування.
6.Відмова від шкідливих звичок.
7.Культура здоров'я.

Рухова активність та здоров'я

Здоровий спосіб життя передбачає оптимальну рухову активність людини. Скорочення робочого дня, зменшення часу на побутові потреби та збільшення, відповідно, вільного часу пов'язані з питанням соціальних заходів, що забезпечують здоровий спосіб життя. Одночасно з цим спостерігається ситуація, коли на людей обрушуються численні несприятливі фактори зовнішнього середовища, складні життєві проблеми, величезний потік інформації, — це часто протікає на тлі біосоціальних умов життя, що далеко не блищать, рівня емоційного напруження при зниженій руховій активності людини.

Недолік м'язових напруг у праці, у побуті та при пересуваннях слід коригувати спеціальними оздоровчими заходами, і фізичні вправи – чудовий засіб для цієї корекції.

Вплив фізичної активності на фізіологічні системи організму

Загальний вплив на організм	Підвищуються функціональні резерви, працездатність, сила, витривалість. Поліпшується самопочуття , з'являється відчуття бадьорості, нормалізується сон, апетит.
ЧСС	У нетренованих більше 80 уд • хв - 1, у тренованих — менше 60 уд • хв-1.
Частота дихання	Частота дихання у нетренованих більше 16, у тренованих - менше 12 цикл/хв-1.
ССС	Покращується скоротлива здатність міокарда, зменшується потреба в кисні, підвищується вміст глікогену, білка і активність ферментів, необхідних для інтенсивної і тривалої роботи серця.
Дихальна система	Розвиваються дихальні м'язи , збільшується загальна ємність легких , покращується ефективність функції дихання

Фізичне виховання осіб усіх вікових періодів має заповнити той дефіцит у м'язових напруженнях, що створюється в нових умовах життя, та сприяти розвитку та нормальному функціонуванню всіх органів та систем органів людини. Внаслідок гіпокінезії/гіподинамії спостерігаються суттєві зміни у вигляді порушення координації рухів. Розлад рухових функцій проявляється і у вигляді збільшення амплітуди коливань центру тяжкості, злагодженості рухів при ходьбі, що пояснюється не так зміною стану самих м'язів, як порушенням координації їх діяльності нервовою системою.

Тривала гіпокінезія відбивається і функції ряду сенсорних систем. Зокрема, відмічено погіршення стану зорового, вестибулярного та рухового аналізаторів.

Крім того, спостерігаються також зміни в системі кровообігу, зменшення розмірів серця, зниження ударного та хвилинного об'ємів крові, почастішання пульсу, зменшення маси циркулюючої крові, подовження часу її кругообігу. Зовні дихання у спокої характеризується при гіпокінезії зменшенням обсягу легеневої вентиляції та зниженням на 5-20 % основного обміну. Для організму рухова активність – це фізіологічна потреба. Кожен прояв рухової активності індукує утворення метаболітів, які необхідні нормального функціонування організму. Без достатнього обсягу рухів організм не може накопичувати енергію, необхідну для нормальної життєдіяльності та протистояння стресу. Для компенсації недостатньої рухливості використовуються оздоровчі фізичні вправи.

Дослідження впливу м'язових напруг показали, що якщо не застосовувати надмірні навантаження і поступово збільшувати тривалість та інтенсивність вправ, то в організмі не спостерігається проявів патологічних зрушень, тобто ні першої стадії стресу (реакція тривоги), ні третьої (виснаження), - спостерігається розвиток лише фізіологічної сторони стресу, пов'язаної з підвищенням резистентності.

Фізіологічні механізми, що зумовлюють підвищення неспецифічної резистентності організму, складні та різноманітні.

По-перше, як це показано Гансом Сельє, при дії різних стрессорів розвиток неспецифічної резистентності пов'язаний з гіпофізадреналової системою, з секрецією адренокортикотропного гормону і глюкокортикоїдів. По-друге, важливе значення у цих механізмах належить нервовому регулюванню функцій. Підвищуючи стійкість організму до дії низки несприятливих чинників довкілля, м'язова діяльність сприяє зниженню захворюваності.

Важливе значення мають фізичні вправи.

На даний час з метою ефективності боротьби з гіподинамією розроблено та практично апробовано цілу низку авторських методик фізичного виховання. Ці методики призначені для широкого використання.

Основні їх переваги — доступність, простота реалізації, зрозуміла та зрозуміла ефективність.

Це насамперед: система Купера - контрольовані бігові навантаження; система Амосова - режим рухів; система Лідьярда - біг заради життя; система Моргауза - всього 30 хвилин спорту на тиждень на тлі повсякденного природного фізичного навантаження (при цьому враховуються правила: якщо можеш сидіти, а не лежати, - сиди, якщо можеш стояти, а не сидіти, - стій, якщо можеш рухатися - рухайся); прихована ізометрична гімнастика за Томпсоном (довільне почергове скорочення м'язів тіла без зміни їх довжини протягом усієї «неспаної» частини доби) і т. д.

Серед численних форм занять оздоровчої фізичної культури особливе значення мають ритмічна гімнастика, шейпінг, плавання, велосипедні прогулянки , спортивні ігри, ходьба на лижах, біг та деякі інші. У процесі систематичних занять фізичними вправами наростає тренованість організму людини. Тренований організм відрізняється не тільки і не стільки розмірами функціональних резервів адаптації, що само собою зрозуміло, скільки вмінням досить швидко та економно включити відповідні резерви в дію, забезпечуючи належну їхню координацію.

Таким чином, тренування, з фізіологічного погляду.— процес розвитку фізичних якостей шляхом використання функціональних резервів, і навіть формування та вдосконалення рухових навичок з урахуванням складних комплексів умовних і безумовних рефлексів.

Фізіологічними передумовами безперервності тренувального процесу є умовно-рефлекторні закономірності розвитку тренованості. Тривалі перерви у тренуванні ведуть до

згасання тимчасових зв'язків, що лежать в основі рухових навичок та фізичних якостей. При цьому раніше за інших згасають зв'язки, найтонше спеціалізовані і пізніше набуті — особливо тонкі моторні координації, найдосконаліші зміни вегетативних функцій.

Питання для контролю:

1. Що собою являє поняття «спосіб життя»?
2. Які основні фактори, що детермінують спосіб життя?
3. 4. Які основні складові та принципи здорового способу життя?
4. У чому сутність раціонального харчування?
5. Який вплив справляють гіподинамія та гіпокінезія на стан організму людини?
6. Яке значення рухової активності для підтримки здоров'я?
7. У чому сутність особистої гігієни і яке її значення в збереженні стану здоров'я?
8. Які основні правила загартовування організму?
9. Складові частини конституції.
10. Відмінності в способі життя у різних соціальних груп.
11. «Зворотний ефект» від поширення установок на здоровий спосіб життя.
12. Пропаганда і культивування здорового способу життя.
13. Обмен речовин і раціональне харчування.
14. Вітаміни та раціональне харчування.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Спосіб життя і його три категорії: рівень, якість, стиль.
2. Внесок екології на стан здоров'я.
3. Внесок медицини на стан здоров'я.
4. Внесок спадковості на стан здоров'я.
5. Основні складові та принципи здорового способу життя.
6. Сутність раціонального харчування.
7. Вплив гіподинамії і гіпокінезії на стан організму людини.
8. Сутність особистої гігієни.
9. Які основні правила загартовування організму.
10. Складові частини конституції.
11. Відмінності в способі життя у різних соціальних груп.
12. Фактори ризику для зниження рівня здоров'я.
13. Основні принципи здорового способу життя: соціальні і біологічні.
14. Пропаганда і культивування здорового способу життя.
15. Обмен речовин і раціональне харчування.
16. Вітаміни та раціональне харчування.

ЛЕКЦИЯ 5. СОЦІАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я. ЗДОРОВ'Я І ГЕНДЕР. ЗДОРОВ'Я І ВІК. ЗДОРОВ'Я І ПРОЦЕСИ СТАРІННЯ І ДОВГОЖИТЕЛЬСТВА.

План

1. Благополуччя популяції - ідеальна мета суспільства.
2. Захворювання і їх соціальна значимість.

Значення для здоров'я суспільного устрою і біологічного стану популяції.

3. Соціальні девіації і їх роль в соціальному здоров'я.

Релігійність і ставлення до норм моралі.

4. Рівень здоров'я в соціальних групах.
5. Соціальні класи і їх стратифікація. Здоров'я в соціальних класах. Здоров'я в гендерних групах.

6. Сім'я її трансформація і вплив на здоров'я.

Події, що впливають на здоров'я соціуму: історичні, нормативні та ненормативні.

7. Стать і здоров'я. Вік і здоров'я.

8. Основні поняття геронтології.

Класифікація вікових меж в період старіння. Ознаки психічного старіння.

Профілактика старіння.

Основна термінологія*: соціальне здоров'я; соціальні класи; стратифікація; Гендер, вік. стать і здоров'я.*

Здоров'я як соціальний феномен

«Здорове суспільство» — це суспільство, де мінімальний рівень «соціальних хвороб».

Хвороба за своєю суттю — біологічний феномен, і поняття «соціального здоров'я» має, таким чином, багато в чому фігуральне (образне) значення.

Говорячи **про «соціальне здоров'я», зазвичай мають на увазі:**

соціальну значущість тих чи інших захворювань через їх поширеність, викликані ними економічні втрати, тяжкості (тобто загрози для існування популяції чи страху перед такою загрозою);

вплив суспільного устрою на причини виникнення хвороб, характер їх перебігу та наслідки (тобто можливості одужання чи смерті);

оцінку біологічного стану певної частини чи всієї людської популяції на основі інтегрованих (агрегованих) статистичних показників, що становлять так звану соціальну статистику.

Населення та суспільство



Населення - це біологічне поняття, що означає сукупність представників одного біологічного виду, що займають певну територію і мають безперешкодну можливість схрещування.

Хвороба як біологічний феномен співвідноситься насамперед із людською популяцією.

Проте реальною формою спільного існування людей, породженою таким видовим властивістю людини, як свідомість, є суспільство.

Тому прояви біологічних властивостей людини модифікуються суспільством, набуваючи соціальної якості.

У свою чергу, скількись тривалі об'єднання людей ніколи не бувають механічними, а формують новий соціальний субстрат.



Структурними елементами такого соціального субстрату виступають великі (спільності) та малі соціальні групи, а також створювані суспільством для реалізації своїх основних функцій соціальні інститути (держава, армія, церква, системи освіти, охорони здоров'я та ін.).

Характеристики функціонування соціальних інститутів відображають уявлення про «правильне» (нормативне) здійснення суспільством цих основних функцій, що склалися на рівні суспільства в цілому.

Сама система норм, покладена в основу суспільних уявлень про «правильне» функціонування соціальних інститутів, може бути кодифікованою (право) чи ні (мораль).

Вся сукупність подібних суспільних уявлень становить суспільну свідомість.

Воно має власну динаміку, обумовлену об'єктивними тенденціями у функціонуванні структурних елементів нашого суспільства та що у політичних процесах.

Поняття суспільства пов'язане з державою як виглядом, що історично склався, максимально широкої територіально-географічної спільності.

Наприкінці XX ст. завдяки розвитку транспорту і масових комунікацій, ці процеси універсалізації набули історично унікального масштабу і отримали назву глобалізації.

Під благополуччям тут розуміються максимально сприятливі за наявного технологічному та економічному рівні розвитку суспільства передумови життєдіяльності, сприяють досягненню та підтримці оптимальної для цієї території чисельності популяції.

Наявність подібних передумов виявляється у максимально можливому задоволенні біологічних потреб людей цьому історичному етапі розвитку суспільства.

Звідси випливає, що добробут популяції обумовлено ефективним функціонуванням всіх сторін суспільства.

У цьому вся суть соціальної обумовленості здоров'я.

Тому оцінювати ефективність функціонування суспільства можна за показниками біологічного стану популяції.

Таким чином, «здорове суспільство» - це ефективне, згідно з кінцевими критеріями оцінки його життєдіяльності, суспільство.



Місце психологічної науки у вивченні здоров'я суспільства.

Хвороба як біологічний феномен, безумовно, співвідноситься з окремою особистістю людини, тобто індивідом.

У популяційному плані "соціальність" хвороби полягає:

♦ у рівні поширеності конкретної хвороби («нозосу») у популяції чи будь-яких її частинах;

♦ у впливі частоти контактів між складовими популяції особинами на поширення у популяції контагіозних (інфекційних) захворювань;

♦ у впливі характеристик природного ареалу (території, займаної популяцією) на схильність до популяції тим чи іншим захворюванням.

Однак людина має високоорганізовану психіку, що дозволяє усвідомити хворобу як загрозу своєму існуванню.

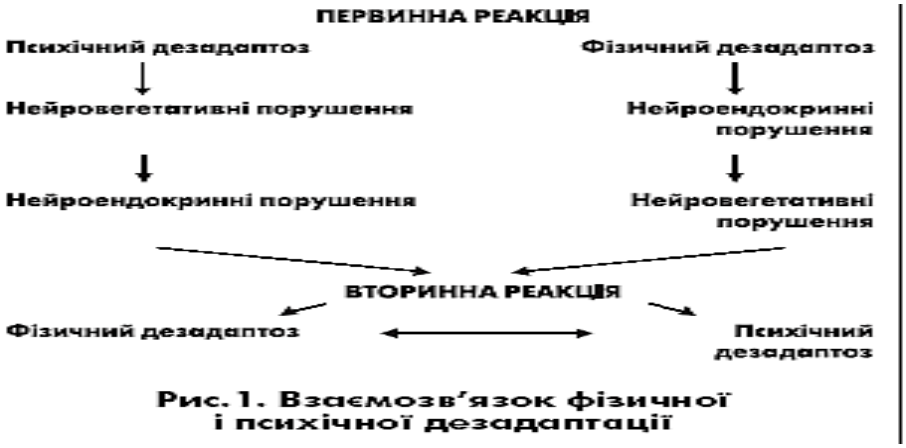


Рис. 1. Взаємозв'язок фізичної і психічної дезадаптації

Тому будь-яка хвороба на всіх або на окремих етапах її виникнення, перебігу та результату має у людини психологічну та поведінкову складову.

Оскільки зміст психіки соціальний, а поведінка реалізується в соціальному оточенні, соціальні та пов'язані з психікою складові хвороби є соціальними.

Когнітивні конструкти і моделі поведінки, що «обрамляють» хворобу, формуються в процесі соціалізації і коригуються в міру накопичення і засвоєння індивідуального досвіду.

Соціальне середовище діє на психічне та поведінкове «обрамлення» хвороби, оскільки воно:

♦ формує уявлення про те, які види поведінки корисні, а які шкідливі для здоров'я, на основі чого конструюється як саморуйнівна, так і самозберігальна поведінка індивіда;

♦ надає знання про технологічні досягнення, які можуть бути використані як для збереження та зміцнення здоров'я, так і для лікування вже виниклого захворювання;

♦ транслює когнітивні схеми, на основі яких суб'єктивні прояви соматичного та психічного дискомфорту, біль усвідомлюються як симптоми хвороби;

♦ містить соціальні «мережі», тобто канали неформальної комунікації, за якими людина може отримати поради щодо свого хворобливого стану;

♦ пред'являє експектації (очікування), що виконують функцію регулятивних норм при прийнятті соціальної ролі хворого;

♦ має доступні для індивіда спеціалізовані інститути, місія яких полягає у збереженні та зміцненні здоров'я, легітимізації статусу хворого, наданні професійної допомоги.

Усі ті структурні та динамічні характеристики суспільства, які впливають на здоров'я його членів, самі формуються як результуюча змінни соціально-детермінованої поведінки людей.

Вплив соціальних факторів на здоров'я людини

Соціально-економічні - умови праці;рівень кваліфікації; наявність доходу, його розмір;рівень освіти;організація відпочинку та ін.;

Правові - стан нормативно-правової бази в галузіохорони здоров'я;

Соціально-медичні - якість медичних послуг, їх доступність;

Соціально-біологічні - стать, вік, спадковость;

Соціокультурні - рівень освіти;гігієнічне навчання і виховання;

Екологічні -стан повітря, води, грунту;особливості клімату;

Особистісні - рівень загальної культури; відповідальність за своє здоров'я.

На 52-й сесії ВООЗ було підкреслено, що основні детермінанти здоров'я пов'язані з соціально-економічними факторами; зв'язок між станом здоров'я і зайнятістю, рівнем доходів, соціальним захистом, житловими умовами і утворенням чітко простежується у всіх європейських державах.

Разом про те лише на рівні суспільства загалом (соцієтальному) можуть формуватися мети, що задають мотивацію індивідуальної активності частини членів цього товариства.

На основі таких соцієтальних цілей формуються професійні групи, що структуруються

відповідними соціальними інститутами, та зайняті проблемами здоров'я.

Такими є медичні працівники, психологи-консультанти, дослідники, а також парапрофесіонали, наприклад активісти груп анонімних алкоголіків або цілителі.

Отже, якщо опис (дескриптивний рівень аналізу) соціального здоров'я виступає предметом соціології, то пояснення його варіації і між суспільствами, і між структурними елементами одного і того ж суспільства, і в процесі розвитку як всього суспільства, так і окремих його елементів, вимагає соціально-психологічного рівня аналізу.

Розвиток теоретичних поглядів на здоров'я суспільства.

Науковий розвиток проблематики соціального здоров'я у сучасному розумінні нерозривно пов'язаний із досягненнями медицини, з одного боку, та соціології – з іншого.



Протягом усієї історії людства основним видом патології, що зумовлює рівень смертності та тривалості життя, були інфекційні хвороби.

Тому вперше завдання у сфері громадського здоров'я стали вирішуватись у великих містах шляхом санітарного благоустрою та реалізації протиепідемічних заходів.

У міру успіхів у боротьбі з інфекційними захворюваннями увагу фахівців у цій галузі стали привертати інші фактори, що впливають на здоров'я населення, – генетичний фон, харчування, алкоголізація та ін.

Наука, що сформувалася на цих підставах, отримала назву соціальної (суспільної) гігієни, і саме в такому обсязі розвивалася на рубежі XIX і XX ст.

Сам зміст поняття соціальної патології змінювалося у соціальній гігієні у міру трансформації патерну захворювань у суспільстві.

У різні періоди це були гострі інфекційні захворювання, туберкульоз, професійні захворювання, проституція та ін., аж до серцево-судинних захворювань.

Німецька соціально-гігієнічна традиція вже у 30-х роках. XX ст. виявилася повністю дискредитованою євгенікою — вченням про «упорядкування» людської популяції шляхом елімінування (усунення) носіїв «генів хвороб».

ВИДИ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ

Хімічні	Фізичні	Біологічні	Психофізичні
Токсичні речовини, пил, пара, газ	Параметри повітря у приміщенні (температура, вологість, швидкість руху повітря)	Мікроорганізми, бактерії, інфекції	Фізичні та нервово-психічні перевантаження, монотонність праці, емоційне перевантаження
	Вібрація		
	Шум		
	Нетоксичний пил, газ, пара		
	Різні види випромінювань		
	Освітленість		

Перші соціально-статистичні дослідження США, присвячені впливу безробіття на психіатричну захворюваність і виконані у перше десятиліття XX в., були спрямовані на виявлення соціальних процесів, що їх зумовлюють.

Тому дослідження громадського здоров'я від початку виявилися орієнтованими на теоретичні моделі соціальних наук.

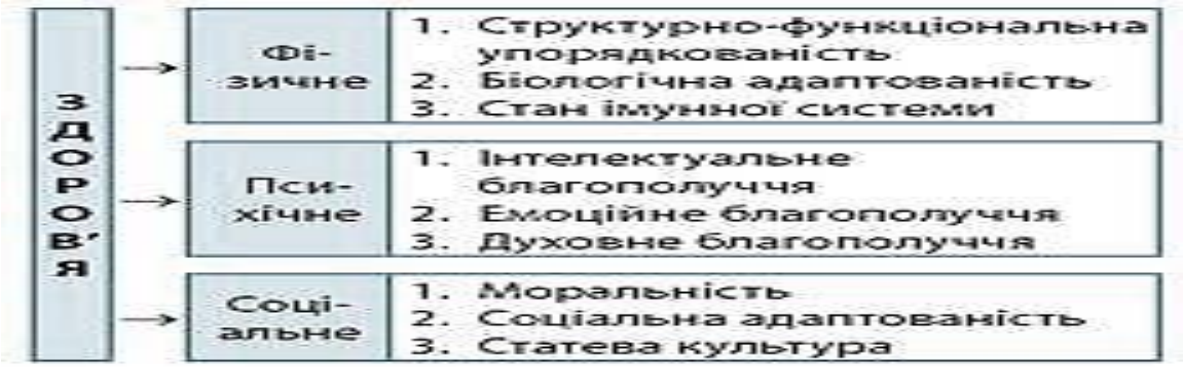
Основоположником цього напряму вважається британський дослідник Т. Сігеріст, який опублікував у 1923 р. перше керівництво з медичної соціології.

У своєму розвитку медична соціологія зазнала сильного впливу психоаналізу, в рамках якого виникло поняття про «хвороби цивілізації».

Спочатку під ними малися на увазі неврози, а потім і всі психосоматичні захворювання, як вони представлялися з позицій вчення про «неврози органів».

Другим суттєвим компонентом медичної соціології стало уявлення про соціальний стрес, що виник на основі концепції загального адаптаційного синдрому Г. Сельє.

Тому сьогодні парадигма соціального стресу у вивченні проблематики громадського здоров'я прийшла на зміну парадигмі соціальної патології.



Конкретно-методологічні підходи до вивчення здоров'я.

Конкретно-методологічні підходи до вивчення соціального здоров'я можуть бути згруповані з кількох підстав:

♦ За акцентом на структурних або динамічних характеристиках спільноти, що вивчається.

Акцент на структурні характеристики передбачає досить великий обсяг показників (індикаторів), що описують стан спільності на певний момент часу.

Акцент на динамічних характеристиках передбачає фіксацію значень обмеженої кількості показників (індикаторів) через певні інтервали часу.

♦ За характером первинної (базисної) інформації.

Це може бути соціально-статистичні дослідження, засновані на агрегації даних первинного статистичного обліку, здійснюваного даної території чи спеціально (державний статистичний облік),

або у процесі здійснення своїх функцій соціальними інститутами (відомчий статистичний облік).

Інший тип базисної інформації формується з урахуванням безпосереднього вивчення членів спільності, суцільного чи вибірного.

При цьому вибірка може представляти (репрезентувати) або всю спільність або певну девіантну групу.

♦ За провідним методом збору первинної інформації.

Це може бути дослідження типу переписів, де фіксується певний обмежений ряд параметрів всіх членів спільності;

дослідження, виконані методами візуального спостереження (наприклад, вивчення масовидних явищ);

дослідження із застосуванням клініко-анамнестичного методу;

обстеження із застосуванням інструментального оснащення (наприклад, для встановлення показників фізичного розвитку); опитування; дослідження, виконані за експериментальним або (частіше) квазіекспериментальним планам.

♦ За метою подальшого аналізу одержаної інформації.

З цієї підстави всі дослідження соціального здоров'я можна поділити на дескриптивні (описові), крос-секційні (аналітичні) та виконані із застосуванням багатовимірних статистичних методів.

Дескриптивні дослідження мають основною метою опис рівня (поширеності) тієї чи іншої явища у спільності.

Аналітичні дослідження спрямовані на оцінку варіації того чи іншого явища в окремих великих групах спільності (територіальних, демографічних, економічних та ін.).

Багатомірні статистичні методи застосовуються для розкриття глибинних закономірностей формування тієї чи іншої явища чи процесу спільності.

В організаційному аспекті ці види дослідження нерідко виступають як стадії аналізу первинних даних одного і того ж дослідження.

Центральна методологічна проблема дослідження соціального здоров'я – проблема причинності.

Будь-який соціальний факт у сфері здоров'я може бути зрозумілий і як причина, і як наслідок стану соціального середовища.

Порушення у суб'єктивному психологічному добробуті індивіда з психосоматичного механізму можуть призвести до соматичної (фізичної) хвороби, а й симптоматика соматичної хвороби призведе до порушення суб'єктивного психологічного добробуту індивіда.

У літературі ця проблема набула образного позначення — «проблема курки та яйця».

Існує два види соціальних досліджень здоров'я, що дозволяють робити обґрунтованіші висновки про причинність.

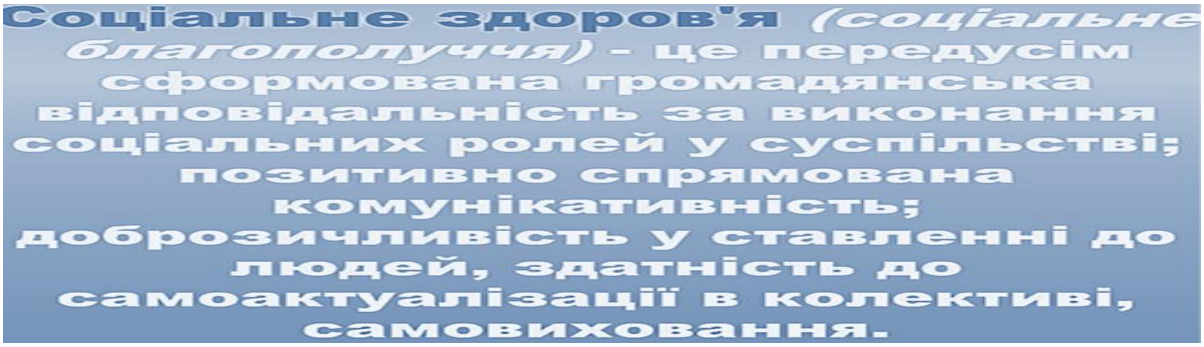
1. Ретроспективні дослідження (план "ex-post-facto").

У цьому виді досліджень вибирається подія в минулому, вплив якого на здоров'я потрібно вивчити, і формується статистична група, яка зазнавала впливу цієї події. Наприклад, це можуть бути діти, які госпіталізувалися у віці 11—13 років два десятиліття тому до психіатричної лікарні. Потім їх однолітків формується контрольна група, максимально близька до вивчається за основним соціально-демографічним параметрам. Проводиться оцінка показників здоров'я представників цих груп, і за їхньою порівняльною відмінністю робиться висновок про вплив психіатричної госпіталізації в дитинстві на здоров'я у дорослому віці.

2. Проспективні дослідження (когортні, лонгітюдинальні). У цьому виді досліджень спочатку проводиться оцінка здоров'я за максимально широким колом показників у групі дітей, підлітків або молодих дорослих з подальшим повторенням вимірів через фіксовані проміжки часу, з одночасною фіксацією впливу потенційно ушкоджують здоров'я соціальних факторів протягом усього їх життєвого шляху. Наявність статистичних зв'язків між впливом раніше зафіксованих факторів з актуальним станом здоров'я є доказом їх причинного впливу на здоров'я.

Соціальна структура та здоров'я

Фундаментальний факт соціології здоров'я як науки — суттєві відмінності у рівнях здоров'я між стійкими соціальними групами, що склалися в суспільстві.



До основних видів таких груп належать соціальні класи, демографічні групи (статеві та вікові),

територіальні спільності (поселення), соціальні організації та сім'я. Головним механізмом, що зумовлює схожість показників здоров'я представників стійких соціальних груп (і відповідно відмінність від представників інших груп), є спільність умов життя, субкультуральних особливостей та детермінант пов'язаної зі здоров'ям індивідуальної поведінки (цінність здоров'я; соціальні установки по відношенню до медичної допомоги; групові норми, регулюючі поведінку у сфері здоров'я).

Тому приналежність до стійких соціальних груп часто дозволяє значно точніше передбачити рівень індивідуального здоров'я, ніж конституційно-біологічні чи особистісно-характерологічні особливості людини.

У соціально стабільних суспільствах структурні характеристики слід як найважливіші детермінанти соціального здоров'я.

Соціальні класи

Соціальні класи — великі соціальні групи, що закріплюють своїм існуванням вертикальне розшарування (стратифікацію) будь-якої людської спільноти за ознакою нерівномірності розподілу влади та пов'язаного з нею доступу до сукупних ресурсів цієї спільноти.

Нерівномірність розподілу здоров'я у суспільстві за соціальними класами (так званий класовий градієнт здоров'я) відома людству з найдавніших часів, хоча наукове осмислення вперше отримала на рубежі XVII - XVIII ст.

Сутність класового градієнта здоров'я полягає в наступному:

Чим вище місце тієї чи іншої соціальної групи у вертикальній структурі суспільства, тим краще здоров'я представників цієї групи.

Сама собою вертикальна стратифікація — необхідна умова стійкості (стабільності) і поступального розвитку суспільства.

Основними ознаками, що дозволяють віднести індивіда до певного соціального класу, прийнято вважати освіту, рівень матеріального доходу та соціально-професійну позицію (посада).

Кожен із цих ознак (індикаторів) приналежності до соціального класу передбачає свої, певною мірою специфічні механізми на здоров'я.

Освітній статус приводить у дію два основні механізми формування рівня здоров'я.

Перший полягає в тому, що в процесі здобуття освіти особистість розвиває навички подолання труднощів, з якими неминуче пов'язане здобуття освіти. Ці навички згодом успішно можуть бути застосовані й інших важких життєвих ситуаціях.

Отже, освіта підвищує загальну опірність (резистентність) особистості впливу соціального стресу.

Крім того, з підвищенням освіти підвищується загальний рівень поінформованості, що включає знання про сучасні теорії хвороб та методи лікування, збереження та зміцнення здоров'я.

Розвивається і здатність до пошуку та практичного застосування нової інформації цього

роду.

Матеріальний добробут відбиває економічні можливості індивіда щодо використання ресурсів суспільства на лікування, збереження та зміцнення здоров'я.

Соціально-професійна позиція як така відбиває високий рівень здоров'я, оскільки формується під впливом чинників селекції (професійного відбору).



Дослідження показують, що при ухваленні рішень про посадове просування психічне та фізичне здоров'я претендентів на керівні посади враховується насамперед.

Високий посадовий статус передбачає, зазвичай, і високий рівень матеріальної винагороди, т. е. обумовлює матеріальний добробут.

Емпірично показано, що всі три індикатори соціально-класової власності у сучасних західних суспільствах виявляють тенденцію до спільного варіювання.

Так, індивід, який має високий рівень освіти, найчастіше матиме і високий рівень доходу, і високу посадову позицію.

З психологічної погляду ці показники соціально-класової власності мають різний зміст.

Рівень освіти відбиває соціальні претензії (аспірації) індивіда, тоді як матеріальний і посадовий статус реальні життєві досягнення.

Слід зазначити, що розглянуті індикатори соціального статусу, тобто належності до соціального класу, не є вичерпними.

Для визначення соціального класу можна використовувати місце проживання (там, де існує відповідна диференціація території — «бідні» та «багаті» райони), характер власності на житло (своє або орендоване), тип житла (наприклад, наявність власного будинку), місце проведення відпочинку тощо. Однак у конкретному дослідженні подібні індикатори виконують радше допоміжну роль.

До середини XX ст. Найбільш поширеним у соціальних науках було членування суспільства на два («еліта» та «маса») або три (вищий, середній та нижчий) класи.

Соціальній структурі сучасного суспільства західного типу найбільше відповідає розподіл на шість класів.

Такий поділ вперше було використано в Нью-Хевенському дослідженні психічного здоров'я у 50-х роках. XX ст. США, і з деякими модифікаціями застосовується до нашого часу.

1 клас. Вищий.

Включає керівників великих промислових підприємств, лікарів деяких спеціальностей,

великих торговців, університетських професорів, юристів тощо.

II клас. Найвища страта середнього класу.

Це керівники підрозділів у

промисловості, інженери, лікарі, викладачі вузів, власники середніх торгових підприємств, державні чиновники та ін.

III клас. Найнижча страта середнього класу.

До нього входять шкільні вчителі, майстри на виробництві, власники дрібних торгових підприємств або завідувачі секцій великих підприємств, офіцери поліції, медичні сестри та ін.

IV клас. Найвища страта нижчого класу.

Включає бригадирів на виробництві, висококваліфікованих робітників, фахівців сфери послуг (перукарі, масажисти), банківських службовців та ін. Ці особи мають високий рівень підготовки у межах своєї професії.

V клас. Середня страта нижчого класу.

До цієї страти належать робітники, які мають певну спеціальність, клерки, секретарі, рядові поліцейські та ін.

VI клас. Нижча страта нижчого класу.

До цього класу входять люди, які мають

професійну зайнятість, але робота яких не потребує жодної професійної підготовки. Це, наприклад, підсобні робітники, вантажники, санітарки медичних закладів, двірники.

Дві групи населення не входять до наведеної стратифікаційної структури.

Це «надбагаті», чий стан, як правило, отримано у спадок, а також «зірки» естради та кіно, діючі та колишні глави держав, власники цілих галузей індустрії тощо.

Друга група, яка не входить до стратифікаційної структури, — особи, які не мають постійної зайнятості або іншого постійного джерела доходу, а також житла — вуличні мешканці.

Соціально-класова структура суспільства не статична.

Співвідношення чисельності різних класів у досить динамічних суспільствах може змінюватися протягом коротких історичних періодів.

В основі такої динаміки лежить один із видів соціальної мобільності людей — класова (стратифікаційна) мобільність.

Розрізняють всхідну та низхідну стратифікаційну мобільність.

Всхідна мобільність має результатом підвищення рангу в стратифікаційної структурі суспільства, а низхідна — зниження (дрейф).

Подібне підвищення чи зниження соціального рангу може відбуватися протягом життя представників одного покоління (індивідуальна мобільність) чи кількох поколінь представників однієї сім'ї (міжпоколінна мобільність).

Існують деякі стійкі закономірності розподілу окремих груп захворювань за соціальними класами.

Так, фізичним (соматичним) захворюванням, та якщо з психічних захворювань — шизофренії- більше схильні представники нижчих класів.

Циклофренія (маніакально-депресивний психоз) найчастіше властива представникам вищих класів.

Прояви девіантної поведінки, що надають шкідливий вплив на здоров'я, найчастіше зустрічаються в «полярних» класах — серед «надбагатих» та «декласованих».

У поясненні причин класового градієнта здоров'я сьогодні переважають дві теоретичні моделі — модель соціального стресу та модель соціальної селекції.

Модель соціального стресу, витоки якої перебувають у соціально-економічному вченні марксизму, полягає в припущенні, що у нижчих щаблях класової ієрархії суспільства

складаються більш стресогенні умови існування. Це небезпечні та шкідливі умови праці, несприятлива екологічна обстановка у місцях проживання, найгірше житло та харчування, брак коштів на дотримання гігієнічних вимог та, нарешті, низька доступність медичної допомоги.

Модель соціальної селекції постулює, що місце індивіда в класово-ієрархічній структурі суспільства детерміновано його психобіологічними особливостями, що дають йому переваги в конкурентній боротьбі за владу та ресурси перед іншими індивідами.

При переході високого соціального статусу «у спадок» індивід, який не має конкурентних переваг, втрачає статус, «дрейфуючи» в нижчий соціальний клас.

Обсяг емпіричних даних, що є на сьогодні, підтверджує швидше модель соціальної селекції.

Систематично фіксуються найкращі показники здоров'я та фізичного розвитку жінок вищих класів у порівнянні з жінками нижчих класів. По ряду захворювань встановлюється чітка низхідна індивідуальна (алкоголізм) і міжпоколінна (шизофренія) соціальна мобільність. Звичайно, зв'язок класової належності та здоров'я схильний до впливу соціально-історичної ситуації.

На рубежі XIX та XX ст. неврози вважалися "хворобою вищих класів", проте в "передперебудовний" період вони частіше спостерігалися в середній страті нижчого класу, а "хворобою вищих класів" стали судинні захворювання головного мозку.

У першій половині 90-х років. XX ст. спостерігалася унікальна соціальна висхідна мобільність хворих на алкоголізм. У соціологічній літературі поширилося уявлення про якесь «розмивання», або «розпад», класової структури сучасного суспільства.

Однак, визнаючи факт трансформації «радянських» класів, особливо вищих, правомірно говорити не стільки про гомогенізацію класової структури, що склалася, скільки про посилення статусної неконгруентності для великої кількості членів суспільства**. За даними виконаних у США медико-статистичних досліджень, статусна неконгруентність суттєво підвищує ймовірність виникнення серцево-судинної патології (ішемічної хвороби серця, інсультів), ендокринних (діабет) та онкологічних захворювань.**

Під статусною неконгруентністю (неконсистентністю) мається на увазі невідповідність зазвичай високоскорельованих основних індикаторів належності до соціального класу.

Прикладом може бути лікар (високий освітній статус), який торгує на речовому ринку (середній матеріальний та низький посадовий статус).

Проблема класового градієнта здоров'я залишається центральною для медичної соціології як з погляду соціологічної теорії, і у плані практичних заходів для оздоровлення суспільства.

Прийняття моделі соціальної селекції як адекватнішої реальності призвело сьогодні до зміщення акцентів соціальної політики від «покращення умов праці та побуту» до «розвитку людського потенціалу».

Здоров'я у територіальних спільнотах

Розселення — базисна, первинна характеристика організації суспільства. Сукупність людей, які відносно щільно заселяли певну територію, називається територіальною спільнотою.

Для виділення територіальних спільнот може бути використано три основні критерії:

1. Географічний. Цей критерій показує географічне розташування спільності та характеризує її місцезнаходження у певній кліматичній та ландшафтній зоні, у територіально-політичних межах.

2. Інфраструктурний. Економічний за змістом, цей критерій визначає основні способи

отримання членами спільності засобів для існування. Сюди відносяться промислові та сільськогосподарські підприємства, транспортна мережа, торгові шляхи та центри, заклади відпочинку та туризму тощо.

3. Соціально-психологічний. Цей критерій визначає суб'єктивне ототожнення із спільністю окремих її членів (ідентифікація).

Така ідентифікація ґрунтується на почутті «ми» та протиставленні своєї спільності іншим спільностям – «вони».

У соціологічній науці сьогодні існують два альтернативні розуміння екологічних факторів:

1. Фізичні, хімічні та біологічні фактори навколишнього середовища, потенційно здатні надавати шкідливий вплив на здоров'я людини.

Вивчення цих чинників становить зміст наукового напряму «екології людини».

2. Чинники нерівномірного розподілу територією різних видів девіантного поведінки — від психічних розладів до проституції.

У цьому сенсі говорять, наприклад, про «екологію злочинності». Таке розуміння екології є власне соціологічним.

Здоров'я міського та сільського населення.

Конкретні дослідження відмінностей у стані здоров'я між міським та сільським населенням, що проводяться в європейських країнах з кінця XIX ст., переконливо свідчать про найгірші показники як фізичного, так і психічного здоров'я сільського населення.

1. Більш важкі та несприятливі умови праці та побуту на селі порівняно з містом.

2. Низька доступність кваліфікованої медичної допомоги через географічну віддаленість та відносно високу вартість медичних послуг.

3. Традиціоналізм та консерватизм, властивий сільському населенню більшою мірою, ніж міському.

Чинники здоров'я міського населення.

Соціально-статистичні дослідження, що охоплюють досить тривалі періоди часу (більше ніж сторіччя), переконливо демонструють паралелізм зростання психічних та психосоматичних захворювань, інших форм девіантної поведінки та процесів урбанізації.

Очевидно, і зміна патерну патології, і зростання частки міського населення в його загальній чисельності — прояв дії якогось третього чинника, а саме загальноцивілізаційного «зсуву» — негативні емоційні стани, зумовлені сприйняттям деяких факторів міського середовища, таких як складність транспортних комунікацій, побутова забрудненість території, недостатнє озеленення, подразнюючі запахи тощо.

З позицій урабаносоциологии ще більший інтерес представляє аналіз відмінностей показників соціальної дезорганізації всередині самих територіальних спільнот, як-от великі міста. З факторів соціального управління містом, що пошкоджує вплив яких на здоров'я членів територіальної спільності емпірично доведено, слід назвати дискримінацію окремих груп населення та бюрократизацію.

Територіальні рухи.

Територіальні переміщення (міграція) є, поряд зі стратифікаційною мобільністю, другим основним видом соціальної мобільності. Типологія міграції будується на її ознаках, як масштаб і причини.

Внутрішньодержавна міграція поділяється на такі види:

♦ Маятникова міграція, тобто міграція в межах однієї територіальної спільності.

♦ Внутрішньообласна міграція. Насамперед це обумовлене урбанізацією переміщення сільського населення до довколишніх великих міст.

♦ Міжобласна міграція. Вона пов'язана з економічним районуванням території і відображає найчастіше переміщення робочої сили в економічні регіони, що розвиваються швидше.

Основним фактором маятникової міграції, що ушкоджує здоров'я, виступає так званий транспортний стрес.

Міждержавна міграція підрозділяється насамперед із причин, до яких належать:

♦ вимушена міграція;

♦ економічна міграція;

♦ політична міграція.

Ситуація еміграції містить у собі низку чинників, надають пошкоджуючий вплив на нервово-психічне функціонування індивідів.

Це втрата соціального статусу, бідність, інокультурне оточення, міжпоколінний розрив культурної наступності у ній.

Вони породжують специфічні для міграції види нервово-психічних розладів («невроз емігрантів», «синдром Персефони», параноїдні стани на кшталт «бредання туговухих»).

Встановлено, що шкідливий вплив еміграції на нервово-психічне здоров'я мігрантів тим вираженіше, що більше культурна дистанція між країною результату та країною перебування.

Для міждержавної міграції нерідко характерні украй важкі фізичні умови життя, що передують еміграції.

Іноді вони супроводжують процес міграції. Тому такі мігранти мають виражені розлади соматичного здоров'я.

Здоров'я та соціальні організації

Соціальні організації— це спільності, створювані цілеспрямовано виробництва тієї чи іншої матеріального чи нематеріального продукту.

В основі будь-яких організацій як цільових спільностей лежить біологічно властива людині здатність бути організованою, необхідна цілеспрямованої спільної діяльності.

Соціальні організації є організаційні одиниці, складові структурну основу соціальних інститутів.

Функціонування соціальних інститутів суспільства реалізується у діяльності соціальних організацій.

Основні види діяльності організацій інституціоналізовані, тобто здійснюються на користь досягнення кінцевих цілей суспільства, які воно ставить перед соціальними інститутами; на основі загальносоціальних норм, що регулюють функціонування даного соціального інституту та за допомогою способів діяльності, визнаних у рамках цього соціального інституту.

Крім власне цільової практично всі соціальні організації виконують ще й функції, що соціалізують. Для деяких організацій, таких як школи, клуби, армійські підрозділи (у мирний час), ця функція є основною.

Відмінність індустріальних організацій з інших соціальних організацій у тому, що вони виробляють матеріальний продукт. Інші соціальні організації "виробляють" нематеріальний продукт. Так, редакції газет створюють інформаційний продукт, поліцейські підрозділи – внутрішню, а армійські – зовнішню безпеку, медичні організації – здоров'я тощо.

У міру науково-технічного розвитку суспільства все більше соціальних організацій набуває характерних рис власне індустріальних організацій. Тому в індустріальному суспільстві будь-яку соціальну організацію цілком обґрунтовано можна розглядати як індустріальну.

Здоров'я суспільства — цільова функція (місія), що декларується, цілої низки соціальних організацій.



Це заклади охорони здоров'я, благодійні фонди, спеціалізовані поліцейські підрозділи (наприклад, поліція звичаїв), екологічні організації.

Нарешті, внутрішньоорганізаційні умови діяльності (організаційне середовище) можуть надавати сприятливий чи несприятливий вплив на здоров'я членів організації.

Гендер та здоров'я

На здоров'я як унікальний кожної особи стан впливає безліч чинників. Тим не менш, існують певні тенденції для різних груп населення. Порівняно недавно відмінності у здоров'ї між жінками та чоловіками пояснювали здебільшого біологічними факторами.

До найбільш значних з них відносять дискримінацію за ознакою статі, яка безпосередньо чи опосередковано впливає оцінку, діагностику, розвиток, лікування та профілактику захворювань.

Гендерний підхід до здоров'я дозволяє розробляти та впроваджувати конструктивні програми щодо зміни соціальних факторів, наслідок яких – виникнення захворювання.

Стать та гендер.

Стать розглядається як описові, біологічно обумовлені змінні, які використовуються на відміну жінок від чоловіків. Це переважно хромосомні, репродуктивні ознаки.

Ми називаємо багато уявлень про чоловіків і жінок статевими стереотипами, або узагальненнями про поведінку особистості, на підставі приналежності до будь-якої групи — жіночої чи чоловічої.

Так як формування стереотипів починається з раннього дитинства, то впливу статі та тендеру складно відокремити одне від одного.

Гендер формує соціальні концепції поведінки жінок та чоловіків, стать же в даний час визнаний суто описовою, а не пояснювальною категорією.

Гендер — одна з категорій, що важко виділяються і мало усвідомлюються, за якою люди оцінюють і сприймають інших.

Зміст гендерних показників та поведінки змінюється залежно від культури, історичного часу, позиції спостерігача тощо. буд. Але завжди і скрізь роль жінок оцінюється субординаційно стосовно чоловічої.

Тенденції у здоров'ї чоловіків та жінок

Порівняно нещодавно вважалося, що жінки менш уразливими для факторів, що пошкоджують.

У більшості країн світу жінки в даний час живуть довше за чоловіків, але відмінності в тривалості життя значно варіюють залежно від країни та тих чи інших соціально-культурних умов.

Сформульовано три теоретичні моделі, що пояснюють ґендерні відмінності у стані здоров'я.

1. Соціалізаційна гіпотеза передбачає, що виявлені розбіжності у стані здоров'я між статями обумовлені відмінністю реакцій на стрес, що переживається, і викликану ним симптоматику в залежності від неформальних (резидуальних) норм, що регулюють статево-польову поведінку і засвоєних у процесі соціалізації.

Для жінок при переживанні стресу нормативно прийнятно усвідомлювати свій стан як захворювання та звертатися за медичною допомогою.

Для чоловіків виявляти симптоми і звертатися за медичною допомогою нормативно неприйнятно; «чоловічий» патерн реакції на стрес диктує алкоголізацію та антинормативну поведінку.

Тому фемінний дезадаптаційний патерн частіше фіксують лікарі, а маскулінний поліцейські.

Цим же пояснюється більш висока смертність чоловіків з кримінальних причин та причин, пов'язаних з алкоголізацією.

2. Біологічна гіпотеза пов'язує особливості стану здоров'я жінок із біологічною специфікою будови та функціонування жіночого організму, обумовленої функцією дітонародження.

Ця гіпотеза добре пояснює симптоми так званого синдрому передменструальної напруги у жінок, а також захворювання на інволюційний період.

3. Гіпотеза «рольової навантаження», як і соціалізаційна гіпотеза, виходить із загальнотеоретичного ставлення до стрес.

Передбачається, що якщо чоловік у сучасному суспільстві виконує дві основні соціальні ролі — «працівника» («годувальника сім'ї») та «батька сімейства», то жінка три: «працівниці», «матері сімейства» та «вихователькі дітей».

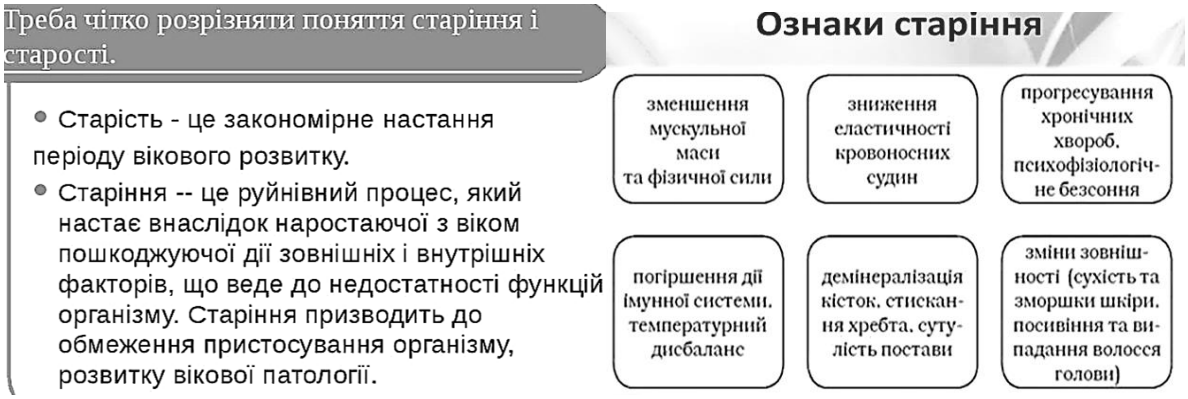
Подібне «рольове навантаження» є, згідно з «інженерною моделлю» стресу, постійним джерелом останнього у виконанні жінкою її основних соціальних ролей.

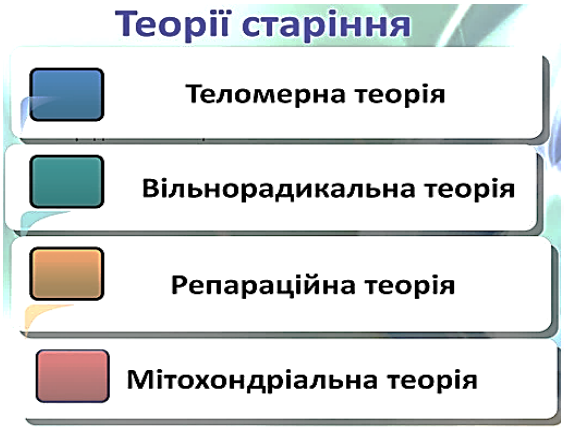
Тому **модель «рольового навантаження» одержала назву каналізаційної гіпотези.**

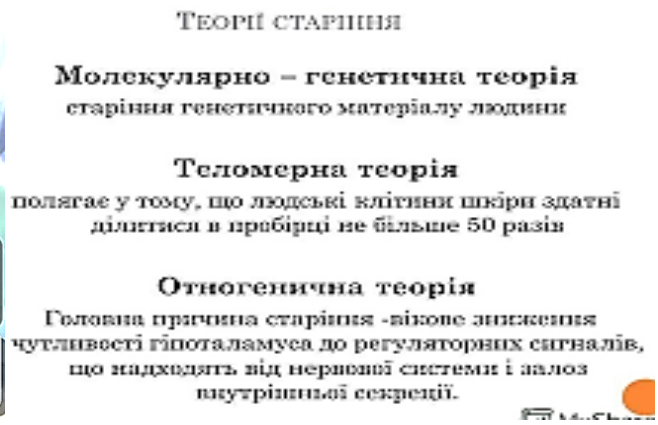
Кількість енергії ж, одержуваної сучасною людиною з їжею, взагалі не може бути витрачена у звичайних, неекстремальних умовах, хоч би скільки соціальних ролей він виконував. Безумовно, подібна критика не знімає проблеми впливу сім'ї та роботи на здоров'я статей.

Основні поняття геронтології

Вивчення питань, пов'язаних із заключним етапом життєдіяльності людини, завжди було і залишається актуальним завданням будь-якого суспільства.







Це з рішенням цілого комплексу соціально-економічних, медико-біологічних і психологічних проблем, що у процесі старіння.

ТЕОРІЇ СТАРІННЯ

- **Аутоінтоксикаційні теорії**- Мечніков ,Суріков, Стрелер.
- **Нейроендокринні теорії** — Павлов, Чайлд, Дільман, Фролькіс, Нікітін.
- **Імунні теорії** — Кемпбелл, Барнетт.
- **Клітинні і молекулярні теорії старіння** — лізосомальна
- теорія старіння, вільнорадикальна теорія.
- **Генетичні теорії** — мутаційна (Даніель), теорія старіння внаслідок накопичення помилок (катастрофа помилок), генно-регуляторна теорія, теломерна теорія (Оловніков)
- **Адаптаційно-регуляторна теорія** (Фролькіс)
- **Психогенна теорія старіння**

Ці проблеми тією чи іншою мірою розглядаються в рамках однієї наукової дисципліни, яка називається геронтологією.

Отже, геронтологія — це наука про старіння, старість і довголіття людини.

Структура психогеронтології загалом відповідає структурі загальної психології, т. е. у ній також виділяються пізнавальні процеси, дії, стани, психологічні властивості особистості.

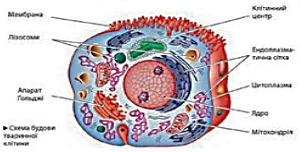
Старіння.

Предметом геронтологічних досліджень, на думку М. Д. Грмека, слід вважати:

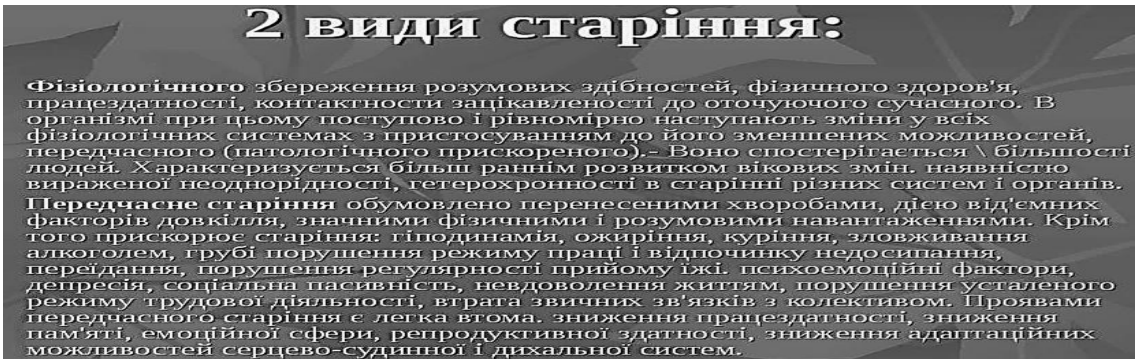
по-перше, старіння організму, тобто зміна з віком живих систем; по-друге, вік організму, що є неминучим наслідком старіння.

Гіпотези клітинного старіння:

- ***молекулярно-генетичні гіпотези*** (вікові зміни є спадково запрограмованими)
- ***теломерна гіпотеза*** (скорочення теломер після кожного подвоєння хромосом і втрата здатності до поділу)
- ***гіпотеза вільних радикалів*** (причиною клітинного старіння є шкідливі впливи вільних радикалів)
- ***гіпотеза виснаження стовбурових клітин*** (уповільнюють свій поділ і не так часто перетворюються на соматичні клітини)
- ***гіпотеза порушення білкового гомеостазу*** (накопичення пошкоджених й змінених білків)



В. В. Фролькіс наводить такі типові визначення старіння:

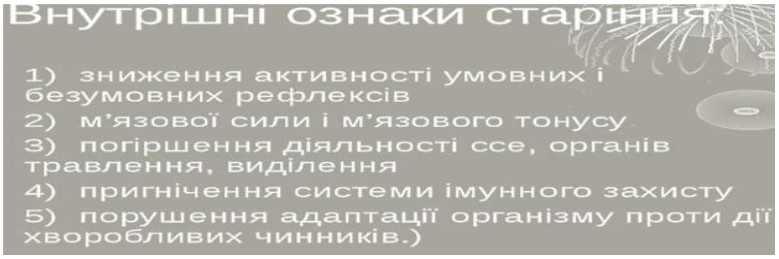


♦ старіння — неминуче і закономірно наростаючий у часі, що розвивається задовго до старості багатоланковий біологічний процес, який неминуче веде до скорочення пристосувальних можливостей організму, збільшення ймовірності смерті;

♦ старіння — результат обмеження механізмів саморегуляції, зниження їх потенційних можливостей за первинних змін у регулюванні генетичного апарату;

♦ старіння — внутрішньо суперечливий процес, у ході якого виникають не лише порушення обміну та функції, а й мобілізуються важливі пристосувальні механізми;

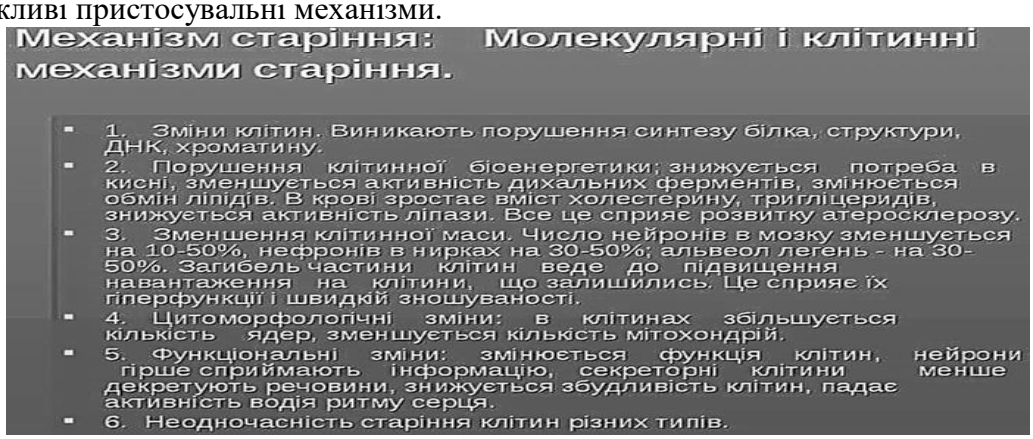
♦ старіння — це результат не лише згасання, придушення життєвих процесів, а й включення певних активних механізмів, що ведуть до порушення життєдіяльності організму.



Отже, узагальнюючи властивості старіння, можна дійти невтішного висновку, що він є період індивідуального розвитку.

Його перебіг визначається еволюційними механізмами, але пов'язаний як із згасанням, так і з включенням активних механізмів дестабілізації життєдіяльності.

У процесі старіння з урахуванням зрушень саморегуляції розвивається як деградація, а й важливі пристосувальні механізми.



Таким чином, в ході еволюції поряд зі старінням розвивався процес вітаукту (від латів. vita - життя, auctum - збільшувати), що стабілізує життєдіяльність організму, що підвищує його адаптаційні можливості.

З загальнобіологічних позицій розвиток старіння характеризується чотирма

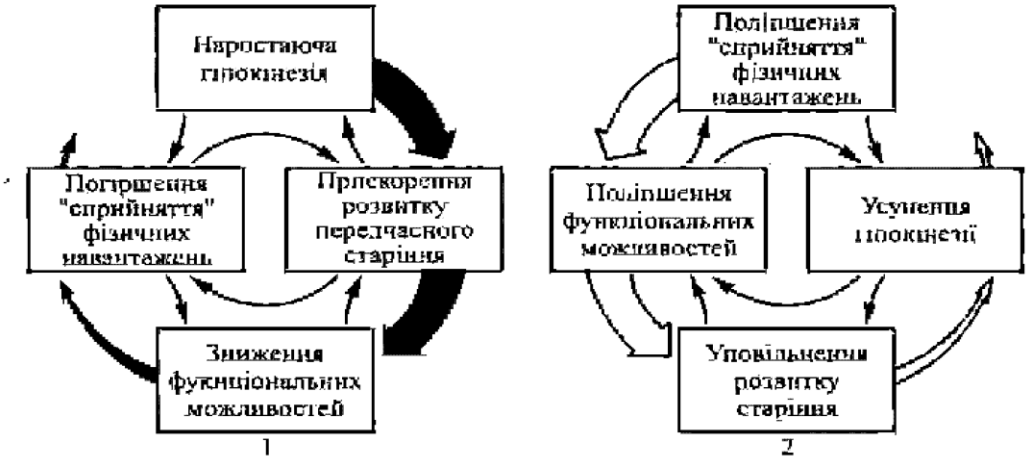
закономірностями, а саме:

♦ гетерохронністю — відмінністю за часом настання старіння окремих тканин, органів, систем;

♦ гетеротопністю — неоднаковою вираженістю процесу старіння у різних органах, у різних структурах одного й того самого органу. Подібні зміни можна спостерігати у центральній нервовій системі. Так, нейрони в одних звивинах головного мозку змінюються більш суттєво, ніж в інших;

♦ гетерокінетичність — розвиток вікових змін із різною швидкістю. Наприклад, у кістково-суглобовій системі окремі ознаки старіння виникають досить рано. Потім, повільно прогресуючи, вони зрештою призводять до деструкції кістки;

♦ гетерокатефтенност'ю — різноспрямованістю вікових змін, пов'язаних із придушенням одних та активізацією інших життєвих процесів.



У психологічній літературі звертається увага до трьох основних закону геронтогенезу.

По-перше, закон гетерохронності - різночасності, закон, універсальний для всіх вікових періодів онтогенезу людини в багатьох проявах її становлення та розвитку.

По-друге, закон специфічності, що виявляється в тому, який напрямок приймають криві вікових змін, який вони набувають вигляду.

По-третє, закон різноманітності, який можна розглядати як приватний прояв закону специфічності.

Він полягає в тому, що показники стану тих чи інших процесів, функцій, властивостей мають більший розкид у групах літніх і старих людей порівняно з контингентом молодших чи зрілих осіб.

Цей закон можна розглядати як вираження дедалі більшої індивідуалізації людей період старіння.

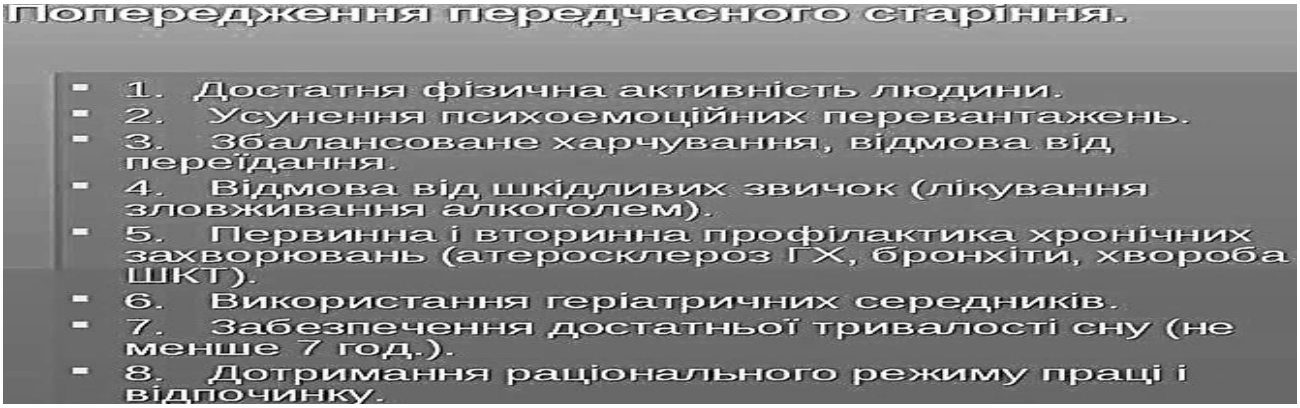
Іншими словами, індивідуальні відмінності перекривають статеві та вікові.

Загальне правило свідчить, що старіння досить індивідуальний, кожен старіє по-своєму. В одних ознаки старіння настають порівняно швидко, в інших можуть не спостерігатися протягом довгих років.

Немає і жорсткої послідовності у появі самих ознак старіння: в одних це починається зі змін у психомоториці, в інших – з погіршення пам'яті чи зору тощо. Таким чином, представлені закони геронтогенезу у певному сенсі – приватне відображення загальнобіологічних закономірностей процесу старіння.

Розглядаючи сам термін "геронтогенез", виникає необхідність його використання, бо такі поняття, як "зворотний розвиток", "інволюція", не відповідають самій природі процесу старіння, у тому числі й психічного.

Геронтогенез - це поняття, яке досить адекватно позначає складний, суперечливий, нелінійний і фазний процес, яким насправді є старіння.



Таким чином, геронтогенез - це, по суті, становлення старості, тобто той запрограмований природним відбором період онтогенезу, за яким слідує смерть.

Старіння є складним, суперечливим біологічним проієсом, що неминуче наступає і генетично обумовлений. Проте характер вікових змін, динаміка та швидкість їх наростання багато в чому визначаються суто психологічними причинами.

Наведемо класифікацію вікових кордонів у період старіння.

Згідно з Міжнародною класифікацією, виділено три градації періоду геронтогенезу:

♦ літній вік:

60-74 роки (для чоловіків); 4 * 55-74 роки (для жінок);

♦ старечий вік: 75-90 років;

♦ довгожителі: 90 років та старше.

Контрольні питання:

1. Чому здоров'я може розглядатися як соціальний феномен?

2. Розкрийте сутність девіантологіческого підходу до громадського здоров'я; охарактеризуйте зв'язку соціологічного та психологічного підходів до вивчення здоров'я суспільства.

3. Дайте визначення поняття класового градієнта здоров'я. 4. Наведіть основні теоретичні моделі, які пояснюють класовий градієнт.

5. Як впливають на здоров'я освіту, матеріальне становище, посадова позиція?

6. Дайте визначення статусної неконгруентності (неконсістентності). Опишіть її вплив на здоров'я.

7. Охарактеризуйте показники здоров'я гендерних груп.

8. Охарактеризуйте вплив сім'ї на здоров'я чоловіків і жінок.

9. Які основні механізми впливу віку на здоров'я?

10. Опишіть фактори, що впливають на здоров'я чоловіків і жінок протягом життєвого шляху.

11. Охарактеризуйте зміст соціально-екологічного підходу до здоров'я членів територіальної спільності.

12. Перерахуйте показники соціальної дезорганізації територіальних спільнот.

13. Механізми впливу соціальних організацій на здоров'я суспільства.

15. Що дозволяє виділяти в суспільстві професійні групи і говорити про професійний здоров'я?

17. Охарактеризуйте основні механізми дії стресу соціальних змін на здоров'я популяції і суспільства.

18. Як зміна гендерних стереотипів, соціалізації, статусу може сприяти поліпшенню здоров'я чоловіків і жінок?

19. Назвіть особливості психічних станів, що виникають в процесі старіння.

20. Визначте два основні підходи до проблеми профілактики старіння, існуючих в даний час.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Сутність девіантологіческого підходу до громадського здоров'я; охарактеризуйте зв'язок соціологічного та психологічного підходів до вивчення здоров'я суспільства.

2. Основні конкретно-методологічні підходи до соціологічного вивчення здоров'я.

3. Визначення поняття класового градієнта здоров'я. Наведіть основні теоретичні моделі, які пояснюють класовий градієнт.

4. Визначення статусної неконгруентності (неконсістентності). Опишіть її вплив на здоров'я.

5. Показники здоров'я гендерних груп. Теоретичні моделі, які пояснюють відмінності в стані здоров'я в залежності від статі.

6. Вплив сім'ї на здоров'я чоловіків і жінок.

7. Механізми впливу віку на здоров'я.

8. Зміст соціально-екологічного підходу до здоров'я членів територіальної спільності.

9. Зв'язок здоров'я з територіальними переміщеннями населення.

10. Механізми впливу соціальних організацій на здоров'я суспільства.

11. Основні теоретичні моделі, що описують співвідношення трудової діяльності і дозвільної активності.

12. Основні механізми дії стресу соціальних змін на здоров'я популяції і суспільства.

13. Відмінність між поняттями «стать» і «гендер». Гендерний підхід до здоров'я.

14. Основні поняття геронтології. Основні ознаки довгожителів.

ЛЕКЦИЯ 6. ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ. ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.

План

1.Психічна саморегуляція і здоров'я.

2. Поняття «стійкої особистості».

Роль психологічної стійкості для людини.

Складові психологічної стійкості.

Якості психологічної стійкості: врівноваженість, стійкість, опірність.

Міжособистісна взаємодія.

3. Домінанти психологічної стійкості: віра, пізнавальна, діяльнісна і комунікативна активність.

Фактори, що призводять до зниження стійкості.

Впевненість. Маніпулювання. Належність до групи.

Ризик від залежності хімічної, від акцентуйованої активності і від інтерактивної.

4. Індивідуально-типологічні аспекти психічного здоров'я.

5. Психологічні типи як форми психічного здоров'я.

Сенсорно-планувальний тип, інтуїтивно-чуттєвий тип, сенсорно-імпульсивний тип і інтуїтивно-логічний тип.

6. Особливості психокорекції та психологічної самодопомоги.

7. Визначення психічного самоврядування.

Види ПСР. Сутність АТ.

БОС, медитація, психом'язового, ідеомоторна і візуомоторная тренування.

Основна термінологія: *врівноваженість, стійкість, опірність; маніпуляція; психологічні типи; психічна саморегуляція (ПСР).*

Психологічна стійкість особистості.

Людина постійно долає якісь труднощі, проте далеко не всі вони надають руйнівний вплив на психіку. Не кожна особистісна проблема, внутрішньоособистісний чи міжособистісний конфлікт, відчуття кризи неминуче призводять до стресу. Зберігати рівний настрій та внутрішню гармонію дозволяє психологічна стійкість особистості.

Визначення здоров'я багато в чому спирається на поняття «благополуччя». Благополуччя, як і «позитивне здоров'я», передбачає реалізацію фізичних та духовних потенцій людини.

Без збереження психологічної стійкості реалізація фізичних та духовних потенцій неможлива.

Отже, неможливе й задоволення від процесу самореалізації, неможливе відчуття розумового та соціального благополуччя.

Питання психологічної стійкості особистості мають велике практичного значення, оскільки стійкість охороняє особистість від дезінтеграції та особистісних розладів, створює основу внутрішньої гармонії, повноцінного психічного здоров'я, високої працездатності.

Дезінтеграцію особистості розуміють як втрату організуючої ролі вищого рівня психіки у регуляції поведінки та діяльності, розпад ієрархії життєвих смислів, цінностей, мотивів, цілей.

Психологічна стійкість індивідуума безпосередньо визначає його життєздатність, психічне та соматичне здоров'я.



Поняття «психологічна стійкість»

Слово "стійкий" у багатьох мовах світу означає "стабільний, стійкий, твердий, міцний, міцний".

Термін stability перекладається як:

1) стійкість, стабільність, стан рівноваги;

2) сталість, твердість; a mental stability - психічна стабільність (стійкість).

У словнику А. Ребера «стійкий» сприймається як характеристика індивіда, поведінка якого щодо надійно і послідовно.

Його антонім - термін "нестійкий", що має в психології кілька смислів.

1. індивід, що демонструє безладні та непередбачувані моделі поведінки та настрої;

2. індивід, схильний демонструвати невротичні, психотичні чи навіть небезпечні інших моделі поведінки.

У другому значенні цей термін використовується як своєрідний неформальний психіатричний діагноз.

"Стабільний" у цьому пояснюється як риса (в теоріях особистості), що характеризується відсутністю надмірних емоційних змін.

І тут часто використовується уточнююче слово «емоційна» (стабільність).

В англійській, німецькій, французькій та іспанській мовах слово "стійкість" - синонім слова "стабільність".

На фундаменті сталості вибудовується життєвий шлях особистості, без нього неможливе досягнення цілей життя.

Воно підтримує та зміцнює самооцінку, сприяє прийняттю себе як особистості та індивідуальності.

Динамічність і пристосованість особистості тісно пов'язані з самим розвитком і існуванням особистості.

Розвиток неможливий без змін, які відбуваються в окремих сферах особистості та в особистості в цілому, вони обумовлені як внутрішньою динамікою, так і впливами середовища.

По суті, розвиток особистості і є сукупністю її змін. У психологічній стійкості важливий ще один аспект - пропорційність приємних і неприємних почуттів,

що зливаються в чуттєвому тоні, пропорційність між відчуттями благополуччя і переживаннями радості,

щастя, з одного боку, і відчуттями незадоволеності життям та своїми справами, собою, почуттями смутку та смутку, стражданнями – з іншого.

Без тих та інших навряд чи можливе почуття повноти життя, його змістовної наповненості.

Для психологічної стійкості особистості необхідна здатність до саморозвитку, формування власної индивидуальности. Стійкість слід розуміти як фіксованість психічних якостей, застиглість психічних механізмів. Це сукупність адаптаційних процесів, інтегрованість особистості сенсі збереження узгодженості основних функцій особистості, стабільності їх виконання. Стабільність виконання не обов'язково передбачає стабільність структури функцій, але скоріше передбачає її достатню гнучкість.



Психологічну стійкість особистості можна як складне якість особистості, синтез окремих якостей і здібностей.

До складових психологічної стійкості слід зарахувати:

♦ здатність до особистісного зростання зі своєчасним та адекватним вирішенням внутрішньоособистісних конфліктів (ціннісних, мотиваційних, рольових);

♦ відносну (не абсолютну) стабільність емоційного тону та сприятливого настрою;

♦ розвинене вольове регулювання.

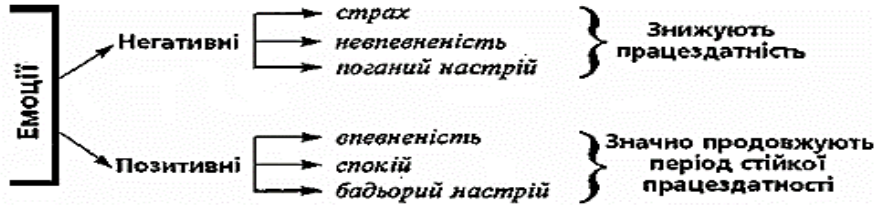
Сутність волі полягає у свідомому подоланні людиною труднощів (перешкод) на шляху до поставленої мети.

Особливості вольової сфери людини виявляються у процесах психічного самоврядування, саморегулювання, самоконтролю.

За такого погляду психологічна стійкість поєднує цілий комплекс здібностей, широке коло різнорівневих явищ.

Рівень психологічної стійкості особистості так чи інакше проявляється і в її трудовій діяльності, надійності працівника, професіонала.

З іншого боку, успішна професійна діяльність для багатьох є базисом повноцінного переживання самореалізації, що впливає на задоволеність життям загалом, на настрій та психологічну стійкість.



Загальне уявлення про психологічну стійкість

Отже, психологічна стійкість постає як складне якість особистості, у якому об'єднані:

♦ врівноваженість (рівновагу), пропорційність;

♦ стійкість, стабільність (постійність);

♦ опірність (резистентність).



Врівноваженість - це здатність утримувати рівень напруги, не виходячи за межі прийнятного (не доводячи до руйнівного стресу).

Під стійкістю мається на увазі здатність протистояти труднощам, зберігати віру в ситуаціях фрустрації, а під стабільністю постійний рівень настрою.

Опірність - це здатність зберігати свободу поведінки та вибору способу життя, це самодостатність як свобода від залежності (хімічної, інтеракційної або поведінкової, що розуміється як повна поглиненість деяким видом активності).

У цьому наборі складових представлені всі рівні організації людини, рівні її буття: біологічне, психологічне та соціальне.

Регуляція напруги, врівноваженість (узгодженість) інтенсивності мотивації та організмічних ресурсів, утримання напруги в межах оптимуму або хоча б прийнятності - одна з найважливіших сторін біологічного буття людини. Стійкість у подоланні труднощів, збереження віри у себе, впевненості у собі, своїх можливостях, досконаліть психічної саморегуляції, постійний, досить високий, рівень настрою — невід'ємна частина психічного життя.

Здатність зберігати постійний рівень настрою без звернення до психоактивних речовин і бути чуйним, чутливим до різних аспектів життя, мати різнобічні інтереси,

уникати однієї-єдиної мотиваційної домінанти — також важлива складова психологічної стійкості (на цьому, власне, психологічному рівні).

Зрештою, не можна не відзначити постійну міжособистісну взаємодію, включеність до багатьох соціальних зв'язків, відкритість впливу, з одного боку, а з іншого — опір надмірно сильній взаємодії.

Останнє може порушити необхідну особистісну автономність, незалежність у виборі форми поведінки, цілей та стилю діяльності, способу життя, завадить чути своє Я, слідувати своїм напрямком, вибудовуючи свій життєвий шлях.

Іншими словами, в психологічну стійкість входить здатність знаходити баланс між конформністю і автономністю і утримувати цю рівновагу.

Таким чином, психологічна стійкість - це якість особистості, окремими аспектами якого є врівноваженість, стабільність і опірність.

Воно дозволяє особистості протистояти життєвим труднощам, несприятливому тиску обставин, зберігати здоров'я та працездатність у різних випробуваннях.

Опори (підстави) психологічної стійкості особистості.

До них ми відносимо домінанти віри та активності особистості.

Говорячи про домінантів, ми маємо на увазі домінанти свідомості та активності особистості. Спрямованість свідомості на той чи інший бік життя значною мірою визначає його зміст, робить домінантними одні думки, образи та переживання та усуває чи веде в тінь інші.

Основними домінантами в аспекті психологічної стійкості особистості є віра та один або кілька видів активності (пізнавальної, діяльнісної, комунікативної).

Складові психологічної стійкості

Психологічну стійкість підтримують внутрішні (особистісні) ресурси та зовнішні (міжособистісна, соціальна підтримка).

Ресурси особистості, що підтримують її психологічну стійкість та адаптованість і тим самим сприяють виникненню та збереженню гармонійного настрою. Це досить великий перелік факторів, що належать до особистісних особливостей та соціального середовища.

Фактори соціального середовища:

♦ підтримують самооцінку;

♦ сприяють самореалізації;

♦ підтримуючі адаптивні потенціали та енергетичні ресурси організму;

♦ психологічна підтримка соціального оточення (емоційна підтримка близьких, друзів, співробітників, їх конкретна допомога у справах тощо).

Психічна структура особистості складається з таких підструктур:

- **біопсихічної;**
- **ментально-психічної;**
- **інтраіндивідуальної;**
- **соціопсихічної;**
- **свідомість-самосвідомість (рис. 7.2).**



Особистість

Свідомість особистості:

♦ віра у різних її формах та проявах (віра у досяжність поставлених цілей, релігійна віра, віра у спільні цілі);

♦ розуміння, відчуття сенсу життя, свідомість діяльності та поведінки;

♦ встановлення на те, що можеш розпоряджатися своїм життям;

♦ досить певне усвідомлення соціальної приналежності до певної групи.

Відносини особистості (у тому числі до себе):

♦ оптимістичне, активне ставлення до життєвої ситуації загалом;

♦ філософське (іноді іронічне) ставлення до важких ситуацій;

♦ узгодженість Я-сприйманого та Я-бажаного;

♦ досить висока самооцінка;

♦ впевненість, незалежність у відносинах з іншими людьми, відсутність ворожості, довіра до інших.

Когнітивна сфера:

♦ розуміння життєвої ситуації та можливість її прогнозування;

♦ раціональні судження в інтерпретації життєвої ситуації (відсутність ірраціональних суджень);

♦ адекватна оцінка величини навантаження та своїх ресурсів;

♦ структурований досвід подолання важких ситуацій.

Емоційна сфера:

♦ домінування стіничних позитивних емоцій;

♦ переживання успішності самореалізації;

♦ бажане емоційне насичення від міжособистісної взаємодії, переживання почуття згуртованості, єдності.

Поведінкова (і діяльна) сфера:

♦ поведінкова активність;

♦ ефективне вольове регулювання;

♦ використання ефективних способів подолання труднощів.

Комунікативна сфера:

♦ відкрите спілкування, прийняття інших такими, якими вони є (терпимість);

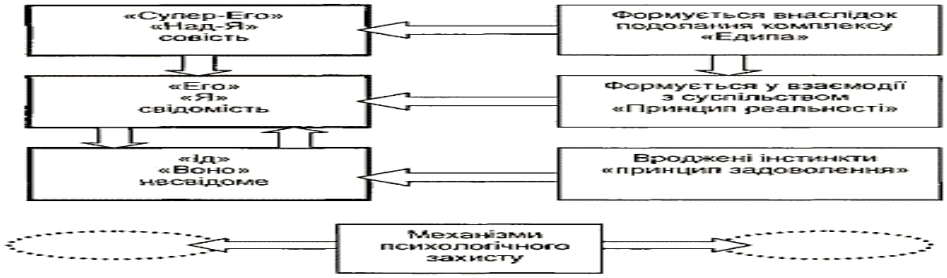
♦ стійкі, що задовольняють індивіда міжособистісні ролі;

♦ задовольняє статус у групі та соціумі;

♦ виражене почуття спільності (в адлерівському значенні).

За сприятливого впливу факторів (позитивних полюсів якостей) домінуючий психічний стан — резистентний, а домінуючий настрій — гармонійний (стійкий, підвищений, оптимістичний).

При несприятливому впливі домінуючий стан - стан дезадаптації, стресовий або депресивний (апатія, зневіра або висока напруга, тривога і т. д.) і дисгармонійний настрій (нестійкий, знижений, тривожний).



Сім'я відіграє особливу роль у житті кожної людини.

Сімейні відносини мають значення для розвитку особистості, досягнення соціальної зрілості.

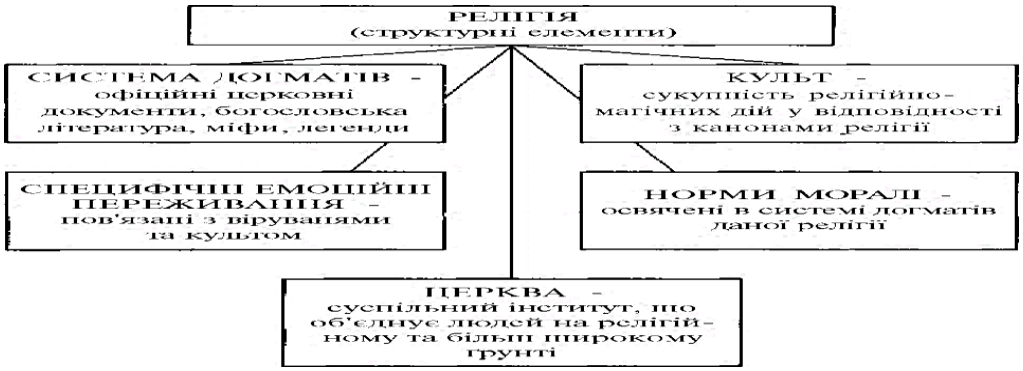
Сімейне виховання значною мірою визначає спосіб життя дітей протягом усього їх майбутнє життя, стиль відносин у своїх сім'ях.

Воно закладає уважне чи зневажливе ставлення до питань психічної саморегуляції, навичок здорового способу життя, умінь налагоджувати конструктивні, сприятливі міжособистісні стосунки.

Сім'я може мати цілющий вплив кожного свого члена, давати емоційну підтримку, не замінну нічим. Але атмосфера сім'ї може й негативно впливати на душевну рівновагу особистості, знижувати емоційний комфорт, посилювати внутрішньоособистісні конфлікти, породжувати дисгармонію особистості, послаблювати її психологічну стійкість.

Віра як опора психологічної стійкості

Віра — предмет вивчення не лише психологічної науки. Що ж до психології, необхідно помітити, що у ній феномен віри мало досліджений.



Однією з головних причин цього є те, що віру часто ототожнюють виключно з релігійною вірою.

Не можна не помітити дещо настороженого ставлення до віри як до предмета психологічного дослідження і те, що близькі вірі феномени давно й міцно посіли своє місце у багатьох концепціях, розроблених у різних галузях психології.

Наприклад, широко використовуються поняття довіри та недовіри (іншій людині, організації, партії, підходу тощо) або поняття впевненості в собі (переконаності у своїй правоті, впевненості у своїй адекватності, точності, силі).

Поняття вірування означає різного роду когнітивні конструкти, необов'язково пов'язані з релігійною вірою.

Віра може виконувати функції мотиву, встановлення та орієнтиру у людській діяльності.

Віра часто супроводжується почуттям упевненості та низкою інших почуттів.

В історії філософії та психології розрізняють три підходи до розуміння віри:

1. віра переважно як емоційний, чуттєвий феномен (Юм, Джемс та ін);
2. віра як феномен інтелекту (Дж. Ст. Мілль, Брентано, Гегель та ін);
3. віра як парадокс волі, як атрибут волі (Декарт, Фіхте та інших.).

Віра – необхідний елемент індивідуальної та суспільної свідомості, важливий момент діяльності людей.

Об'єкти віри - факти, явища, тенденції розвитку природної та соціальної дійсності - не дано суб'єкту чуттєво і виступають лише у вигляді можливості.

При цьому об'єкт віри є існуючим насправді, образно, причому уявлення супроводжується досить сильними переживаннями.

Таким чином, релігія та релігійна віра підтримує розвиток его, властиве першій стадії психосоціального розвитку, і зміцнює «базальну довіру», дозволяючи позбавлятися «базальної недовіри».

Релігію можуть замінити інші форми соціального і культурного буття суспільства, вони можуть підтримувати цю силу его (базальне довіру).

Домінанти активності як опори психологічної стійкості.

Домінантами активності у аспекті психологічної стійкості особистості може бути всі види активності: пізнавальна, діяльнісна, комунікативна.

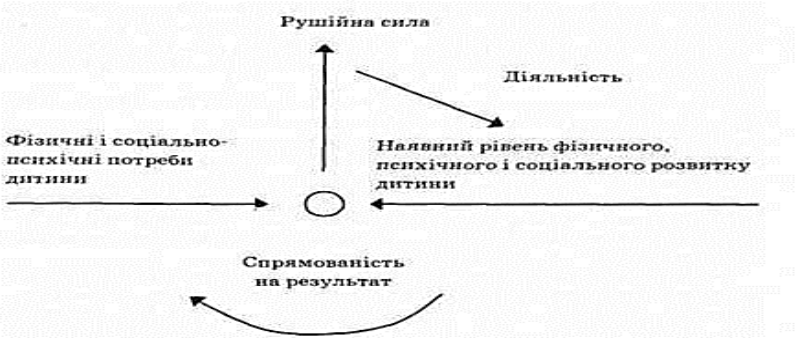
Кожна домінанта існує і як певна спрямованість свідомості. Найбільш звичним поняттям, що пояснює механізм тієї чи іншої спрямованості свідомості, є установка як готовність, схильність до певного відношення, реагування, інтерпретації, поведінки, діяльності.

Можна виділити такі види спрямованості.

1. Спрямованість на пізнання та самопізнання.

Поглиненість самопізнанням, пізнанням природи людини, саморозвитком.

Вона проявляється у готовності підвищувати свою психологічну компетентність, знаходити кошти на самовдосконалення, навчатися прийомів саморегуляції тощо.



2. Спрямованість на діяльність: трудову, громадську, спортивну, поглиненість своїм хобі.

Досягнення різних видів діяльності — переконливе свідчення успішності самореалізації, вони підвищують самооцінку і самоповагу.

Крім того, поглинання діяльністю сприяє частим та тривалим станам натхнення, тобто робить цей стан стійким.

Стан натхнення справляє саногенний вплив на багато сфер психіки.

3. Інтеракційна спрямованість - це спрямованість на міжособистісну взаємодію або посилення соціальних зв'язків, соціального впливу.

Інтеракційна домінанта має два підвиди:

а) просоціальний; б) асоціальний.

Перший підвид - любов, альтруїзм, жертовність, служіння іншим людям.

Цей варіант конструктивний у розвиток особистості та сприятливих міжособистісних відносин.

Другий підвид — егоїзм, утриманство, маніпуляція іншою людиною чи багатьма людьми, владарювання без відповідальності за долю інших та прагнення привести їх до добра.

Цей варіант інтеракційної домінанти деструктивний у розвиток самої особистості та міжособистісних відносин, які у неї формуються із соціальним оточенням.

Для першого підвиду характерно ухвалення самостійної цінності міжособистісної взаємодії, пошук радості події, співпереживання, співтворчості у зв'язку з величиною досягнутих результатів.

Другий являє собою маніпулювання людьми, використання їх для доказу самому собі та оточуючим власної значущості.

Для людини, яка обрала такий спосіб підтримки власної стійкості, маніпулювання самоцінно.

Людині завжди необхідно відчувати себе частиною «ми», і етнос — не єдина група, усвідомлюючи належність до якої людина шукає опору у житті.

Розглянуті види спрямованості (установки) різняться за рівнем відповідальності, яку особистість приймає він, — відповідальність за вчинки і життя в цілому, за долю, за власну індивідуальність, неповторність, унікальність.

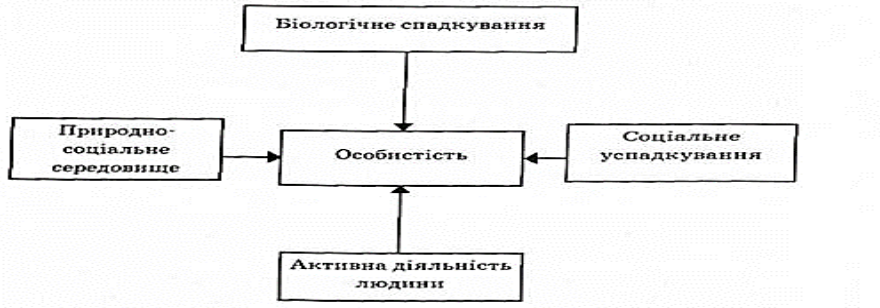
Усі названі домінанти перестають бути опорою стійкості, якщо акцент на них стає надмірно сильним.

Віра в себе стає самовпевненістю, відгороджує людину від інших і неминуче породжує внутрішньоособистісний конфлікт. Фанатична релігійна віра переводить всю активність у русло боротьби за чистоту віри, штовхає до нетерпимості, ненависті іновірцям (невірним), агресивної поведінки.

Саморозвиток стає надцінності, людина починає ігнорувати інші сторони самореалізації, забуває про те, що розвинені особисті якості повинні бути для чогось використані, повинні служити досягненню значних цілей.

Захопленість діяльністю переростає у трудоголізм.

Альтруїстична інтеракційна установка призводить до розчинення в іншій людині і втрати свого Я, маніпулятивна інтеракційна установка переходить у патологічний потяг до влади і деструктивно впливає на особистість. Загострення магічної спрямованості свідомості викликає страх перед потойбічним, паралізує волю, блокує будь-який прояв самостійності.



Психологічна стійкість як опірність

Г. Оллпорт писав: Бути людиною означає як переживати моменти насолоди і спалахи щастя, а й протистояти важким випробуванням стражданнями, невизначеністю цілей, частими поразками власних починань і хворобливими перемогами над собою.

Психічно хвора людина — це той, хто принаймні на якийсь час програв цю битву. Він шкодує про своє минуле, ненавидить своє сьогодення і бояться свого майбутнього... Загалом нам відомо, що означає бути психічно здоровим. Це означає наростити м'язи, залікувавши колишні рани.

Досягнення життєвих цілей зазвичай пов'язані з подоланням труднощів. Чим більші (соціально значущі) цілі ставить особистість, тим більше вона зустрічає труднощів.

Тут є позитивний момент: подолання супроводжується інтенсивними переживаннями самореалізації. На шляху подолання завжди зустрічаються помилки та невдачі, розчарування та образи, опір інших людей, інтереси яких торкаються чи обмежуються у зв'язку з активністю суб'єкта.

Чим менше особи ресурсів збереження і відновлення душевної рівноваги, оздоровлення, підтримки стійкості, тим паче обмежені можливості досягнення життєвих цілей.

При виникненні важкої життєвої ситуації, що викликає необхідність адаптивних перебудов, комплекс змін, що відбуваються в організмі та особистості, найбільше залежить від рівня особистісної мобілізації.

При зіткненні з труднощами зазвичай спостерігаються два основні варіанти реагування: гіперстенія, пов'язана з активною діяльністю (іноді недоцільною, саморуйнівною), і гіпостенія. Найчастіше проявляється тенденція до динаміки від гіперстенічних станів до гіпостенічним.

При недостатній мобілізації настання фази виснаження може бути прискорене, тому що попередні фази або дуже швидкоплинні і недостатньо розгорнуті, або протікають в ідеальному плані без відповідного діяльнісного виразу.

Стосовно ситуації і в домінуючому мотиві центральна роль належить узгодженості та пропорційності когнітивного та емоційного компонентів відносини. Близькість механізмів стресових змін у психіці та невротичних, передневротичних розладів досить відома.

Велике значення має наголос на зовнішній активності (екстраактивності) або адаптивності.

Екстраактивність та адаптацію не слід розглядати як протилежні полюси однієї шкали. Йдеться не про заперечення одного процесу іншим.

Вони обидва необхідні особистості для існування та розвитку.

Напрямок всієї енергії на екстраактивність робить людину вразливою для впливів середовища, неминуче послаблює адаптивні механізми.

Надмірний акцент на адаптації також несприятливий, оскільки робить людину надмірно залежною від середовища.

У тому та іншому випадку психологічна стійкість знижена. Підтримка стійкості передбачає збалансоване поєднання екстраактивності та адаптації.

При відмові від активності, спрямованої на предметне чи соціальне середовище, зменшується незалежність людини від нього. Додамо, що адаптація необхідна психологічної стійкості, але й успішна адаптація неможлива без достатньої психологічної стійкості.

Важливу роль у всій сукупності явищ подолання грає тривога. Пристосувальне значення тривоги полягає в тому, що вона сигналізує про невідому небезпеку, спонукаючи до її пошуку та конкретизації. Оскільки відволікання уваги впливає на діяльність, що активно спонукає функція тривоги може лежати в основі «безладної поведінки» або дезорганізуючого впливу тривоги на діяльність.

Схема 18. Техніки управління стресом та релаксації



Імовірний результат подолання важкої ситуації, що зачіпає життєві цілі індивіда, визначено складними взаємозв'язками між ситуативною поведінкою та всім ходом самореалізації особистості.

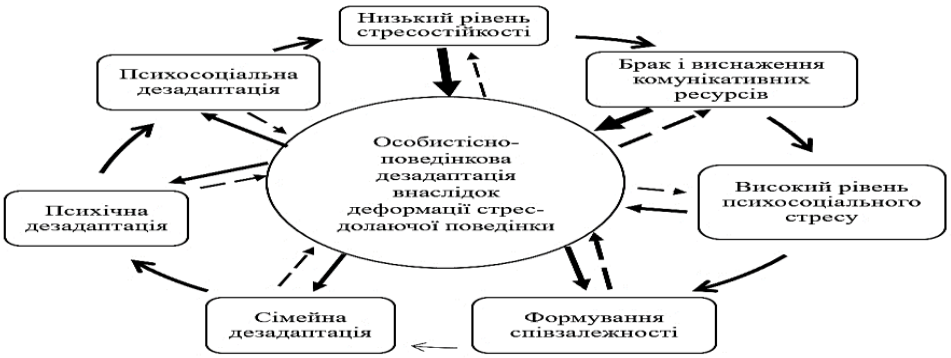
Один процес перебуває під впливом іншого.

У тому випадку, якщо суб'єкт не знаходить способів вирішення важкої ситуації, а життєві обставини не змінюються на краще для нього, бік, стан стає настільки несприятливим, що настають ті чи інші розлади психіки.

Особливою поширеністю відрізняються депресивні та астенічні стани.

Психологічна залежність як наслідок зниження стійкості.

Зниження психологічної стійкості підвищує ризик виникнення залежності.



Три основні групи психологічних залежностей:

хімічна, акцентуйована активність, інтеракційна залежність.

Хімічна залежність виникає при виході емоціогенних подій за межі оптимуму - їх дефіцит чи пересичення.

Психоактивний препарат (алкоголь, токсикант, наркотик) приголомшує і тим самим знижує значущість подій за їх пересичення. Перемикаючись на ейфоричні переживання, відволікаючись від життєвих подій, індивід суб'єктивно віддаляє їхню відмінність від себе, зменшуючи кількість значних подій.

Акцентуйована активність (поглиненість іграми, сексом, трудоголізм) однією з причин має особистісну дисгармонію, а саме редукований особистісний розвиток та функціонування у сфері духовного буття, у напрямі пізнання та самопізнання, міжособистісної взаємодії.

Ця залежність виникає як певний варіант компенсації перебільшення цінності подій, що породжуються в акцентуйованій активності (праці, грі, сексі), як спроба заступити значення інших цінностей, які не пов'язані з акцентуйованою активністю.

Поглиненість активністю означає захопленість, пристрасність. Якщо поглинає робота, то хобі іншого захоплення не треба. Хобі та робота зливаються.

Ще раз зауважимо, що велика завантаженість роботою (за часом і сил, що витрачаються) може бути пов'язана з різною мотивацією.

Зниження самодостатності, автентичності при дефіциті самоідентифікації, ослаблення почуття соціальної приналежності до певної, досить чітко окресленої групи — все це умови, що схильні до інтеракційної залежності (наприклад, від деструктивного культу; «фатальна» закоханість).

Фрустрована потреба прийняття іншими, недостатній авторитет у значному колі, знижену повагу та самоповагу підштовхують індивіда до глибшого занурення в інтеракцію.

Психологія здоров'я, що розглядає механізми цілісності та самовідновлення особистості, має чіткий індивідуально-типологічний аспект, зумовлений різницею поглядів та установок людей стосовно власного здоров'я, різною оцінкою його значущих елементів (наприклад, зовнішній вигляд, емоційні прояви, збереження окремих когнітивних функцій тощо). д.) і, нарешті, різними способами його збереження та зміцнення (тобто рівноправними формами здорового способу життя).



Індивідуальні відмінності бувають уродженими та набутими. Перші зумовлені спадковістю, другі – життєвим досвідом людини.

Згідно з сучасними уявленнями, більшість набутих якостей формуються на спадковій основі і до певної міри нею обмежені.

Наприклад, кожна людина має свою тілесну конституцію (зокрема зростання, вагу, м'язову масу, рівень обміну речовин, загальну витривалість та стійкість).

Ці та інші конституційні ознаки піддаються тренуванню, але лише до певних меж.

Тип фізичної конституції визначає схильність до одних захворювань та підвищену стійкість – до інших.

Разом з фізичною людиною володіє і психічною конституцією, пов'язаною з анатомією та фізіологією нервової та ендокринної систем.

Сукупність найбільш стійких (нетрансформованих) психічних якостей можна розглядати з двох сторін як психологічний тип особистості і як акцентуацію особистості.

Психологічний тип відображає різновид конституційної норми.

Подібно до поділу людей на малорослих пікніків («щільних») і грацильних («витончених»), високорослих атлетів і худорлявих астеніків, можна скористатися розподілом на основі провідних психічних якостей, одні з яких сильніше виражені в однієї групи людей, другі — в іншій і т.д. д.

Акцентуації є додатковою характеристикою стосовно типу. Вони відображають крайні форми нормальних психічних функцій, які в одних людей наближені до нижньої (мінімальної), в інших – до верхньої (максимальної) межі норми.

Продовжуючи колишню аналогію, можна сказати, що одні атлети відрізняються великою швидкістю, інші — сповільненістю рухів, і в цьому полягають їхні «фізичні акцентуації». Зрозуміло, такі самі особливості можуть бути властиві людям з іншим складом фізичної конституції. Таким чином, психологічний тип, з одного боку, а акцентуації - з іншого, дозволяють побудувати досить цілий і повний психологічний портрет цієї людини, що містить як функціональні (тип), так і дисфункціональні (акцентуації) сторони його особистості.

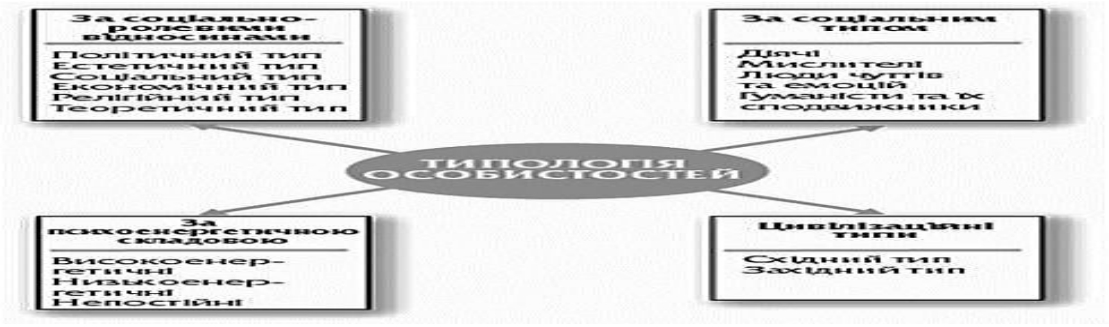
Психологічні типи, як форми психічного здоров'я.

Існують різні підходи до класифікації людей з психологічних якостей.

Згідно з загальним визначенням, типи являють собою групи людей, що розрізняються за одним або декількома психологічними якостями, властивостями.

Сучасні типології засновані на даних спостереження та експерименту.

Їх можна поділити на приватні, що описують окремі сфери психіки (наприклад, темперамент, характер, інтелект) і загальні, що дають інтегральні описи особистості в цілому.



К. Г. Юнг виділив **два інтегральні типи - екстравертів та інтровертів.**

Наступні психогенетичні дослідження, зокрема Г.Ю. Айзенка (1951) підтвердили спадкову обумовленість цих характеристик.

До домінуючим психічним функцій Юнг відносив сенсорику та інтуїцію, мислення та почуття, раціональність та ірраціональність.

Американський психолог Д. Кейсі в 1950-ті роки. розвинув і доповнив концепцію Юнга і створив уявлення про чотири інтегральні психологічні типи, що відрізняються за найбільш суттєвими психологічними характеристиками - від ціннісно-мотиваційної структури до стилю поведінки, що спостерігається.

Це і теорія І. П. Павлова про розумовий і художній тип людей. Думковий тип відрізняється «технологічним менталітетом», прагне логічно осмислити та зрозуміти явища життя, надати їм раціонального відтінку.

Художній тип, навпаки, ухиляючись від «голої» раціональності, сприймає життя естетично, чуттєво, упереджено. Якщо поділити кожен із цих типів на два різновиди, ми отримаємо психологічні описи, дуже близькі до тих, які дав Кейсі.

Д. Кейсі виділяє чотири психологічні типи:

1. "Прометей" (інтуїтивно-логічний);
2. «Епіметей» (сенсорно-плануючий);
3. «Аполлон» (інтуїтивно-чуттєвий);
4. «Діоніс» (сенсорно-імпульсивний).

Перші два є різновидами розумового типу І. П. Павлова, третій і четвертий - різновиди художнього типу.

Отже, люди першого, інтуїтивно-логічного типу — це мислителі-теоретики, які прагнуть нового знання заради знання, їхня «наукова жилка» підштовхує до побудови більш-менш правдоподібних концепцій не лише щодо світових проблем, а й прозових, буденних життєвих ситуацій.

До планованих намірів і вчинків люди цього типу ставляться як до свого роду експериментів із перевірки власних гіпотез.

Звідси виникає схильність до нестандартної, ризикованої в морально-етичному сенсі поведінки.

Люди інтуїтивно-логічного типу мало орієнтовані зовнішні критерії, найчастіше потайливі і холодні у спілкуванні, мають високу, але невтомною самооцінкою, дуже впевнені у собі, нерідко характеризуються незрілої емоційністю, їх академічні здібності, зазвичай, високі. Вони становлять лише 10 % у загальній популяції.

Представники другого, сенсорно-плануючого типу — це мислителі-практики, їхній розум уникає всього неясного, вони завжди думають про справу, прагнучи внести до неї порядок, організованість та логічну послідовність.

Схильні дотримуватися соціальних і стереотипів, особливо з їхньої зовнішньої, ритуальної боку.

Їм властиво серйозне та відповідальне ставлення до різних видів діяльності та спілкування, які усвідомлюються ними як виконання певних обов'язків, причому раціонально обґрунтованих.

Їх можна назвати розумними конформістами.

Сенсорно-плануючі особи серйозні, розважливі, надійні, позбавлені особливих примх і естетичних домагань, нерідко виявляють тенденцію до періодичних зниження настрою, практичні, частково манірні і песимістичні, їх академічні здібності, як правило, середні. Вони становлять 40% загальної популяції.

Люди третього, інтуїтивно-чуттєвого типу — це художні натури, високочутливі до естетичних та етичних сторін життя, що мають природжену емпатію та високий інтерес до іншої людини.

Вони надають великого значення духовним пошукам, які можуть призвести до глибокої та щирої релігійності.

У неформальному та професійному спілкуванні знаходять найбільше задоволення.

Їх конформізм має афективно-обумовлений характер, заснований на особистих симпатіях і антипатіях.

Інтуїтивно-чуттєві особи дуже лабільні, емоційні, естетично орієнтовані, приємні у спілкуванні, легко виходять з рамок формальної поведінки, мрійливі, оптимістичні, чутливі та чуттєві, часом примхливі, легко заражаються чужими емоціями.

Їхні академічні здібності, як правило, середні. Вони, як і другий тип, становлять 40% загальної популяції.

Зрештою, люди четвертого, сенсорно-імпульсивного типу — це теж художники, проте з більшою часткою прагматизму, ніж у інтуїтивно-чуттєвих, не схильні, на відміну від них, до сентиментальності та романтизму.

Їх художній початок проявляється у майстерності спонтанних та швидкоплинних комунікацій та психомоторної обдарованості. Вони люблять вносити в життя ігрові та непередбачувані елементи.

Це практичні нонконформісти, яких важко залучити до всього рутинного, заздалегідь відомого, нудного. Сенсорно-імпульсивні особи дуже мало передбачувані, схильні до ризику, практичні і тверезо реалістичні, стабільно оптимістичні, нехитрі, дуже активні, не схильні до абстрактних міркувань, рішучі.

Їхні академічні здібності, як правило, невисокі. Їх частка становить 10% у загальній популяції.

Д. Кейсі розробив особистісний опитувальник, який дозволяє надійно діагностувати зазначені психологічні типи у психічно нормальних людей.

Люди інтуїтивно-логічного типу на перші місця у списку цінностей-цілей (після здоров'я) ставлять «творчість» та «життєву мудрість». На останніх місцях у списку опинилися «розваги», «краса природи та мистецтва» та «родина». Вони віддали пріоритет і відповідним цінностям-коштам.

Перші місця у другому списку у них займають «освіченість», «широта поглядів», «сміливість у відстоюванні своїх поглядів», «тверда воля», останні — «життєрадісність», «вихованість» та «акуратність».

В осіб сенсорно-плануючого типу після здоров'я на перших місцях опинилися активне діяльне життя, цікава робота, потім друзі.

Найменшу цінність їм представляють такі, певне, надто «високі» поняття, як «творчість», «щастя інших людей», «любов».

Серед цінностей-засобів сенсорно-плануючі, на відміну від інших, віддали перевагу «чесності» та «вихованості» та повністю відкинули «високі запити».

Це справді «органічно порядні» люди, які вміють організувати і своє, і чуже життя. Саме вони знають і дотримуються міри у всьому. Представники інших типів можуть покластися на них.

Інтуїтивно-чуттєві особи після здоров'я на друге місце поставили "друзів". Особи цього типу мають найбільшу потребу в інших людях.

Відкидаються цінності «творчість», «розваги», «щастя інших людей».

Інтуїтивно-чуттєві романтики високо цінують "вихованість", "широту поглядів" і нехтують "виконавністю", поставивши її на останнє місце у списку цінностей-коштів.

Представники четвертого, сенсорно-імпульсивного типу у списку із вісімнадцяти цінностей поставили здоров'я на тринадцяте місце. На першому місці у них виявилося "кохання", на другому - "матеріально забезпечене життя", на третьому - "друзі". На останні місця у списку вони поставили «пізнання», «творчість» та «щастя інших людей». Таку цінність, як «родина», вони ставлять на п'яте місце — набагато вищі за інші типи. Серед цінностей-засобів для сенсорно-імпульсивних найважливіше «життєрадісність»,

«акуратність» і «незалежність», а найменше значення мають такі якості, як «чутливість», «відповідальність», «виконавчість» і, на жаль, «чесність».

Таким чином, кожен психологічний тип має свої ціннісні пріоритети, свої уявлення про щастя та життєвий успіх.

«Надтипологічною» цінністю можна визнати лише здоров'я, а також індивідуалізм (малий ступінь турботи про щастя інших людей).

Різниця ціннісних структур та світогляду приводять людей різних типів до специфічних психологічних проблем.

Для інтуїтивно-логічних осіб характерна нестійка самооцінка з різкими перепадами у бік підвищення та зниження (у 80% випадків). Дуже часто вони відзначають невміння та небажання підкорятися, а також труднощі у неформальному спілкуванні (у тому числі з протилежною статтю).

Сенсорно-плануючий тип відрізняють труднощі у неформальному спілкуванні, загалом ці люди самовпевнені і добре адаптуються у соціальному контексті.

Інтуїтивно-чуттєвий тип надмірно чутливий до емоційного клімату групи; ці особи часто відзначають недостатні навички психічної саморегуляції і скаржаться на свої обмежені організаторські здібності.

Для сенсорно-імпульсивних насамперед характерне невміння та небажання підкорятися.

Таким чином, індивідуально-типологічний підхід надає можливість економним та зручним способом виявляти психологічні проблеми клієнта та намічати шляхи їх оптимального вирішення.

Поряд із звичайними життєвими ситуаціями виявляються також суттєві типологічні відмінності в короткочасних та тривалих стресових ситуаціях.

Як приклад короткочасного стресу наведемо дані обстеження групи студентів-медиків у процесі складання важливого курсового іспиту.

Використовувалися психологічні, фізіологічні та ендокринологічні методи для оцінки форм та вираженості стресу. Зауважимо, що екзаменаційний стрес мало піддається тренуванню, людина реагує на нього відповідно до своїх природних якостей. Як і очікувалося, психологічні типи реагували на експериментальній ситуації по-різному. Найбільш чутливими до стресу виявилися особи інтуїтивно-чуттєвого типу.

Вони дали гостру, але короткочасну реакцію у формі почуття тривоги, вираженого напруження функції серця, великого викиду в кров гормонів надниркових залоз та щитовидної залози. Подібну за силою реакцію давали студенти сенсорно-плануючого типу, проте ця реакція виявилася тривалою, набувала інертного і навіть застійного характеру.

Особи сенсорно-імпульсивного типу реагували на стрес відносно слабко та короткочасно. На відміну від інших типів, їх самопочуття на іспиті помітно підвищилося.

Можна сказати, що для них іспит виявився хоч і невеликим, але святом. Підвищення рівня тривоги вони не відчували. Їхній середній бал на даному іспиті — «задовільно», тоді як у решти — «добре».

Студенти інтуїтивно-логічного типу в даній вибірці практично були відсутні, що зумовлено їхньою малою схильністю до лікарської професії. Цьому типу більш властиві професії групи «людина-знак». Можна зробити висновок, що екзаменаційна ситуація мала різну значущість для студентів трьох досліджених типів.

Найменшою цінністю іспит мав у власних очах людей сенсорно-импульсивного типу. Це спостереження повністю вкладається у картину їх ціннісних пріоритетів, описану вище. Тому вони обійшлися мінімальними фізіологічними витратами. Найбільше значення іспит мав для осіб сенсорно-плануючого типу.

Судячи з кінцевого результату, ці студенти сумлінно готувалися до випробування своїх знань, всерйоз переживали та отримали заслужені оцінки, проте великою фізіологічною ціною. Цей факт теж відповідає їхньому психологічному «портрету».

Щодо інтуїтивно-чуттєвих, то вони реагували дуже бурхливо, але швидко розвантажувалися від стресорних переживань. Очевидно, це один із проявів їхньої загальної адаптивної стратегії.

Акцентуації особистості та психічне здоров'я

Конституційно обумовлені дисгармонії особистості, що впливають формування різноманітних психологічних проблем та психічних порушень, нині особливо актуальні як прикордонної психіатрії, так клінічної психології. Водночас ця проблема є недостатньо розробленою.

Вважається, що поняття «акцентуйована особистість» було вперше введено у науковий лексикон німецьким психіатром К. Леонгардом у 1964 р.

Автор відштовхувався від уявлень П. Б. Ганнушкіна (1931) про латентні, або компенсовані, психопатії.

Тут простежується безперечна наступність між нозоцентризмом в оцінці поведінки здорової людини (латентні психопатії) та спробою трансформувати психіатричні категорії в психологічні (акцентуації особистості, характеру, темпераменту та ін.).

Основоположником цього досить продуктивного підходу був Е. Кречмер, який висунув у 1921 р. припущення про наявність 2 типів здорових людей - шизотимиків і циклотімиків, які за своєю поведінкою нагадують психопатів - шизоїдів та циклоїдів.

Враховуючи, що Е. Кречмер підрозділяв як шизоїдів, так і циклоїдів на 6-7 різновидів, його слід вважати попередником концепції акцентуйованих особистостей, що отримала розвиток у другій половині XX ст.

К. Леонгард дав розгорнуті описи

4 типи акцентуацій характеру (демонстративний, педантичний, застрягаючий, збудливий) та 6 типів акцентуацій темпераменту (гіпертимічний, дистимічний, афективно-лабільний, афективно-екзальтований, тривожний, емотивний).

На основі цих описів Шмішек у 1970 р. розробив особистісний опитувальник, призначений для діагностики 10 акцентуацій у дорослих людей.

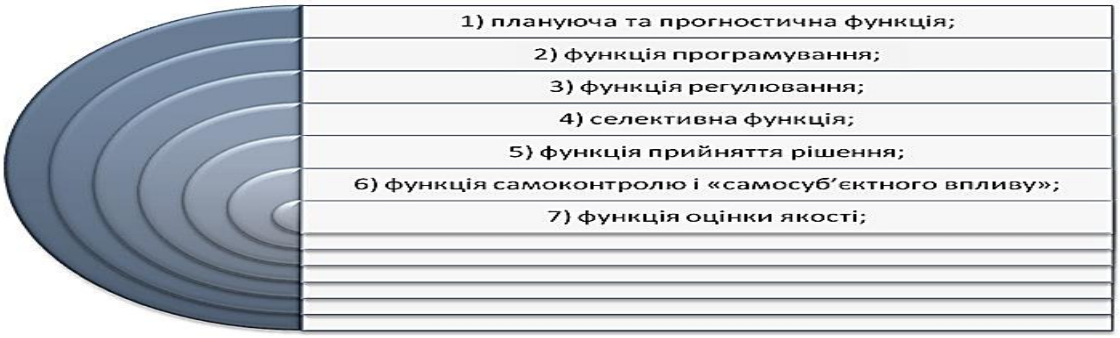
Спробу творчого розвитку концепції К. Леонгарда зробив вітчизняний психіатр А. Є. Личко, який виділив 11 типів акцентуацій характеру у підлітків і запропонував їх оригінальні психологічні описи.

Ці описи були проаналізовані автором на основі теорії відносин В. М. Мясищева, внаслідок чого з'явився новий тест для оцінки акцентуацій – патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО).

Згідно з одним з останніх розгорнутих визначень (Реан А. А.). , Лукін С. Є. 1993), акцентуація - це дисгармонічність розвитку характеру, гіпертрофована вираженість окремих його рис, що зумовлює підвищену вразливість особистості щодо певного роду впливів та ускладнює її адаптацію в деяких специфічних ситуаціях. Причому це може поєднуватися з добрими чи навіть підвищеними здібностями до соціальної адаптації в інших ситуаціях, не референтних до цієї акцентуації. При цьому особливо слід наголосити, що акцентуації жодним чином не пов'язані з однойменними психічними хворобами (шизофренією, параної тощо).

Концепції психічної саморегуляції

Стресостійкість, захист свого фізичного та психічного здоров'я від впливу факторів стресу багато в чому залежить від самої людини, її бажання та вміння користуватися тими чи іншими прийомами психічної саморегуляції (ПСР).



Існує кілька концепцій ПСР.

А. С. Ромен визначає ПСР як регуляцію різних процесів та дій організму, що здійснюється ним самим за допомогою своєї психічної активності (самовпливу).

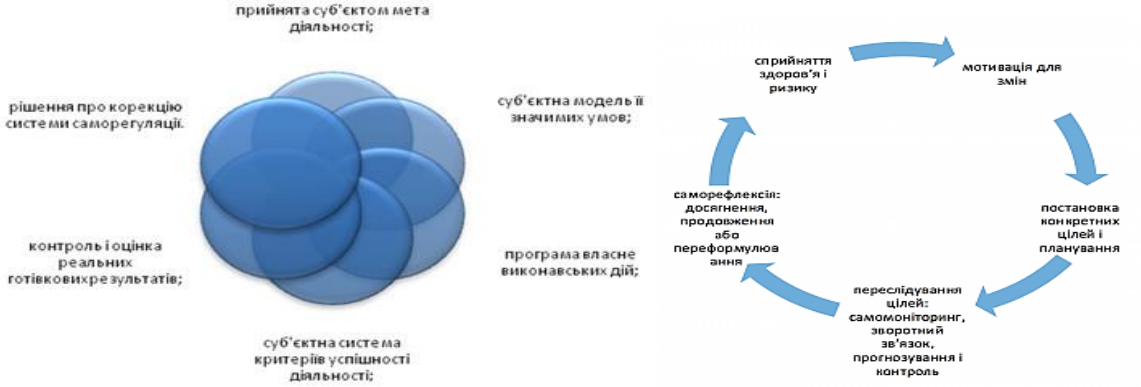
При цьому за основу ПСР сприймається самонавіювання як складний вольовий процес, що забезпечує цільове формування готовності організму до певної дії і при необхідності його реалізацію.

Функціонування складних динамічних систем забезпечується як з допомогою процесів управління, а й регулювання.

Під регулюванням розуміється приведення чогось у відповідність із встановленими нормами, правилами.



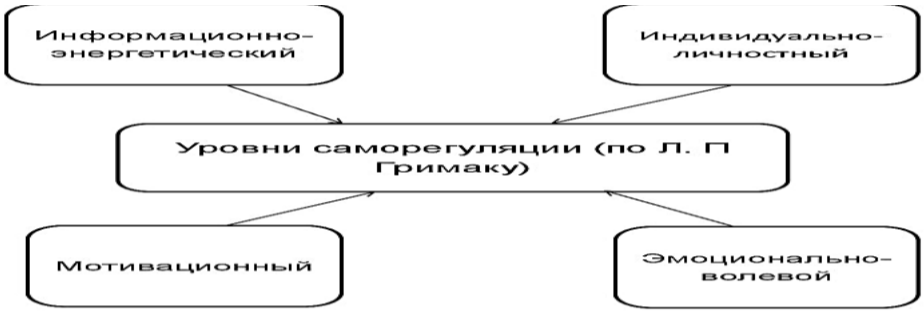
Процес регулювання розкривається як порівняння регульованої величини із заданим значенням, і у разі відхилення (розузгодження) її від заданого значення об'єкт регулювання надходить вплив, що відновлює регульовану величину.



У самому випадку будемо розуміти під психічним самоврядуванням (саморегулированием) свідомі впливу людини на властиві йому психічні явища (процеси, стану, властивості), виконувану ним діяльність, власне поведінка з підтримки (збереження) чи зміни характеру їх протікання (функціонування). Як такий об'єкт найчастіше згадується психічний стан чи конкретний психічний процес.



Отже, суб'єктом самоврядування (саморегулювання) є сама людина, а як об'єкт можуть виступати притаманні йому психічні явища, виконувана діяльність або власна поведінка.



Процеси психічного самоврядування (саморегулювання) носять обов'язково свідомий (але не завжди у всіх фазах усвідомлений) і цілеспрямований (отже, активний) характер.

Опанування методикою ПСР дозволяє розвинути підвищену сприйнятливість до самозвернень, самоспонукання, самонаказу і т. д.



Встановлено, що систематичне застосування різних модифікацій методик ПСР дозволяє нормалізувати емоційно-енергетичні характеристики психіки, зокрема, закріпити переважно позитивні психічні стани.

Виявлено вплив ПСР на жорстко пов'язані з темпераментом особистісні особливості, у тому числі на такі показники, як екстраверсія та нейротизм (наголошується тенденція до зниження інтровертованості, підвищується потреба в соціальних контактах), знижуються показники особистісної та ситуативної тривожності, покращується контроль за проявом почуттів, зусилля витримка, цілеспрямованість.

У минулих навчання ПСР знижується схильність до переживання станів невпевненості у собі, замішання і розгубленості, непродуктивної напруженості. Усе це

разом підвищує ефективність професійної діяльності, сприяє зміцненню психічного здоров'я.



В даний час існує значна кількість методичних різновидів ПСР, які успішно застосовуються на практиці.

Найбільш відомі з них:

аутогенне тренування (АТ),
біологічний зворотний зв'язок (БОС),
медитація,
психом'язова,
ідеомоторне та візуомоторне тренування.



Біологічний зворотний зв'язок (БЗЗ).

Метод БОС, основою якого покладено різні інструментальні прийоми реалізації зворотний зв'язок,

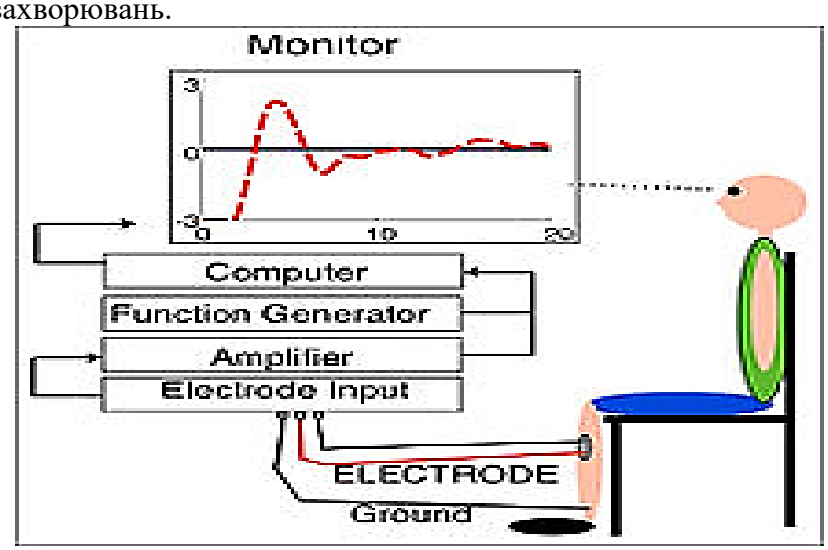
дозволяє навчитися свідомому контролю та довільному впливу на ряд невідчуваних і несвідомих процесів (функцій) в організмі (біоелектрична активність мозку, серцевий ритм, показники температури тіла, тиск крові, м'язова релаксація та ін.).

БОС забезпечується за допомогою електрофізіологічної апаратури, яка вимірює і представляє (в зоровому чи слуховому варіанті) поточні результати на протікання тієї чи

іншої мимовільного фізіологічного процесу, тим самим даючи постійну можливість суб'єкту саморегуляції контролювати характер його розвитку.

У рамках біхевіоральної медицини, яка почала оформлятися на початку 70-х років. XX ст. цей метод зарекомендував себе як ефективна терапевтична техніка.

Він застосовується при лікуванні підвищеного кров'яного тиску, серцево-судинних захворювань, головного болю, загальної та ситуативної тривожності, фобій та ряду психосоматичних захворювань.



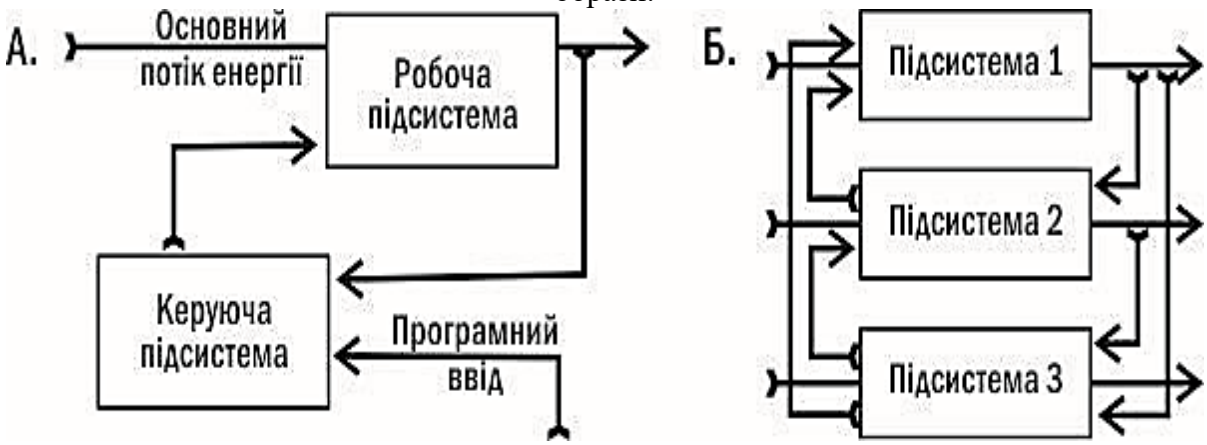
Як свідчать дослідження, **ефективність вправ за методом БЗЗ впливають на:**

♦ емоційна стійкість;

♦ врівноваженість внутрішнього світу;

♦ рівень психічної активності та інтенсивність емоційних реакцій;

♦ переважна опора людини на першосигнальні або другосигнальні регулюючі образи.



Для підвищення функціонального рівня у здорових людей застосовують різні види БОС.

Найбільш поширені з них такі:

♦ електроміографічна (ЕМГ) ОС (використовується для розслаблення лобового м'яза);

♦ електроенцефалографічна (ЕЕГ) ОС (служить для контролю конкретного психічного стану);

♦ електрошкірна ОС (використовується при релаксації у стресових станах, для вимірювання рівня збудження, а також як допоміжний засіб, наприклад, при десенсибілізації);

♦ шкірнотемпературна ОС (використовується при навчанні релаксації);

♦ кардіоритмічна ОЗ (для довільної зміни ЧСС).

Питання для контролю:

1. Що таке психологічна стійкість особистості?
2. Що підвищує і що знижує психологічну стійкість особистості?
3. Як пов'язані віра та психологічна стійкість особистості?
4. Яке значення релігійної віри в аспекті психологічної стійкості?
5. Охарактеризуйте домінанти активності, що виступають як опори психо-логічної стійкості особистості.
6. Охарактеризуйте групи психологічних залежностей, які можуть виникнути при зниженою психологічної стійкості особистості.
7. У чому полягає значення індивідуально-типологічного підходу для психології здоров'я?
8. Який внесок робить психологічний тип, з одного боку, і акцентуації - з іншого, в загальне психічне здоров'я індивіда?
9. Опишіть поведінку і фізіологічні реакції людей інтуїтивно-чуттєвого типу в гострих (короткочасних) стресових ситуаціях.
10. Перерахуйте основні психологічні проблеми людей інтуїтивно-чуттєвого типу і намітьте шляхи їх вирішення.
11. Дайте визначення акцентуації особистості.
12. Спробуйте самостійно проаналізувати вплив можливих взаємозв'язків між типом і акцентуациями особистості на гіпотетичному прикладі.
13. Дайте визначення психічного самоврядування.
14. Розкрийте сутність АТ.
15. Що таке БЗЗ, медитація, психом'язового, ідеомоторна і візуомоторная тренування?

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Що таке психологічна стійкість особистості?
2. Яке значення релігійної віри в аспекті психологічної стійкості?
3. Охарактеризуйте групи психологічних залежностей, які можуть виникнути при зниженою психологічної стійкості особистості.
4. Який внесок робить психологічний тип, з одного боку, і акцентуації - з іншого, в загальне психічне здоров'я індивіда?
5. Дайте визначення акцентуації особистості.
7. Спробуйте самостійно проаналізувати вплив можливих взаємозв'язків між типом і акцентуациями особистості на гіпотетичному прикладі.
8. Дайте визначення психічного самоврядування.
9. Розкрийте сутність АТ.
10. Що таке БЗЗ, медитація, психом'язового, ідеомоторна і візуомотор-ва тренування?
11. Рекомендації щодо здорового способу життя для представників різних психологічних типів.

ЛЕКЦИЯ 7. ПСИХОЛОГІЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я. ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ.

План

1. Психологія професійного здоров'я. Працездатність як критерій професійного здоров'я. Фактори професійної працездатності.

Професійна реабілітація.

2. Екстремальні умови діяльності та здоров'я людини. 3. Професійне вигорання та ресурси його подолання.

Визначення професійного здоров'я. Внесок В.Бехтерєва в вивчення професійного здоров'я. Професійне самовизначення. Критерії успішності професійної адаптації.

4. Вплив віку, статі та індивідуальних особливостей на адаптацію.

5. Стрес в професійній діяльності: фізіологічний і психологічний.

Професії, в яких стрес найбільш частий. Шкала соціального стресу.

Прояви стресу на поведінковому рівні. Фізіологічні реакції в умовах стресу. Забезпечення безпеки праці - фактор професійного здоров'я.

Введення терміну «вигорання». Вигорання як стрес і як деформація професіонала. Професії, при яких вигорання найбільш часте. Причини вигоряння.

6. Особистісні, статусно-рольові, корпоративні фактори, що впливають на розвиток вигоряння. Фактори ризику організаційного середовища.

Діагностика вигоряння за опитувальником ПВ. Стресостійкість та подолання вигорання.

7. Три психологічних ресурсу подолання стрес-ситуацій: надія, раціональна віра, душевна сила. Способи подолання стресу (копінг): активні і пасивні стратегії.

Фактори найбільш важливі для збереження псіхічного здоров'я студентів.

8. Зміст і сенс концепції когерентності Антоновського.

Ранні симптомів стресу і вигорання в студентському середовищі. Заходи профілактики синдрому вигоряння в навчальному середовищі.

Основна термінологія: *професійне здоров'я; успішність професійної адаптації; професійне "вигоряння".*

Психологія професійного здоров'я

Проблема професійного здоров'я: Історичний аспект.

Можна сміливо сказати, перші ознаки прояви уваги до питань забезпечення здоров'я працівників, зайнятих у промисловій сфері, ставляться початку XX в. і пов'язані насамперед із оформленням руху за наукову організацію праці (НОТ), одним із основоположників якого був американський інженер Ф. Тейлор.

Щоправда, у творчому доробку самого Тейлора ця тема не набула якогось спеціального розвитку.

Відомо, що у своїх роботах він виходив із концепції «економічної людини», розглядаючи робітника не більше як відокремлену одиницю, елемент виробничого процесу. Соціальна природа, психічне та фізичне благополуччя індивіда його не цікавили.

Ф. Джилбрет, зневіриться виражена орієнтація на «людський фактор». Він бачить сенс НОП у тому, щоб кожен займався тією справою, яка найбільше відповідає її фізичним та психічним здібностям.

При цьому основним питанням наукової організації праці він вважав людину, її ставлення до роботи, розумне поводження з нею.

Кожен має відчувати радість праці, бо останнє головний успіх НОТ. А першою умовою радості праці та її продуктивності Джилбрет називає здоров'я робітників.

Ліліан Джілбрет, яка стала першою жінкою в Америці, яка здобула кваліфікацію доктора психології.

У науковій організації праці її особливо цікавили психологічні аспекти.

На її думку, наукове управління передбачає і моральний розвиток працівників, що досягається культивуванням почуття відповідальності за себе та інших, почуття професійної гордості, здатності до самоконтролю, почуття справедливості.

Питання професійного здоров'я у тій чи іншій постановці починають активно обговорюватись і в Англії на початку XX ст.

Директор психологічної лабораторії в Кембриджі Ч. Мейєрс різко засуджує «промислове варварство», «витончену жорстокість», «безсовісну жадібність», «безглузду

експлуатацію робітників», які, на його думку, панують на багатьох підприємствах Америки та Англії.

Він вважає, що психологічний фактор є основним важливим фактором, який визначає майбутнє промисловості. Його головна теза: треба поважати у робочій гідності, людську особистість. Робітник повинен прагнути — і в цьому йому треба сприяти — до повнішого, цікавішого та інтелектуальнішого життя. А найважливіша умова підйому продуктивності праці, на думку Мейєрса, полягає у формуванні впевненості працівників у безпеці виробництва та створенні для цього необхідних передумов.

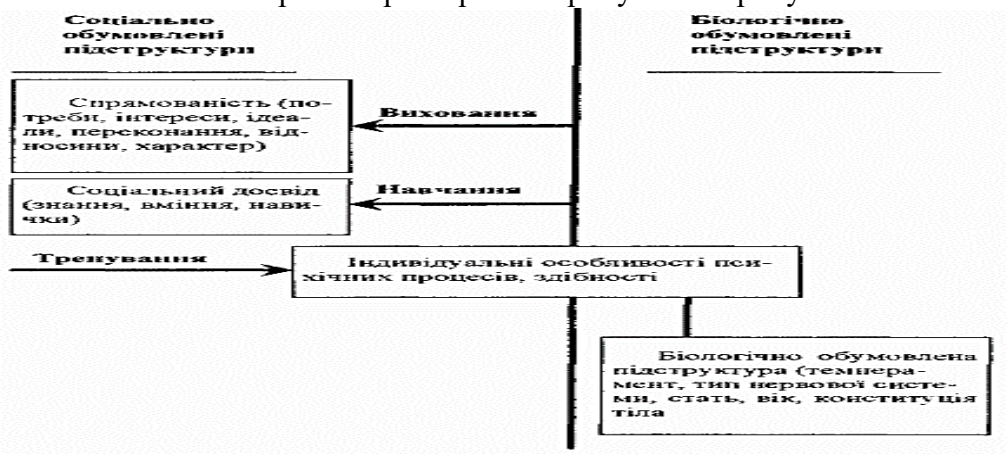
Один із засновників промислової психології Ф. Уотте робить особливий акцент на організації дозвілля працівників.

Відповідно завдання психолога на підприємстві, згідно з Уоттсом, — створити оптимальні духовні та фізичні умови для здійснення роботи найвищої якості.

Розширення робіт у галузі НЗТ не залишилося непоміченим і в Німеччині.

Критичний аналіз особливостей його становлення зробила І. Вітте.

Не заперечуючи цінності методів, покладених в основу НОП, вона застерігає від їх механічного запозичення і «спроби перетворити Європу на Америку».



Визнаючи широкий масштаб заходів (особливо на великих підприємствах) із соціального забезпечення робітників, збереження їхнього здоров'я та запобігання нещасним випадкам, Вітте водночас зауважує, що зовсім не людинолюбством пояснюється ця турботливість, а раціоналізмом: хворий, калік або стурбований сімейними проблемами робітник не може бути працездатним.

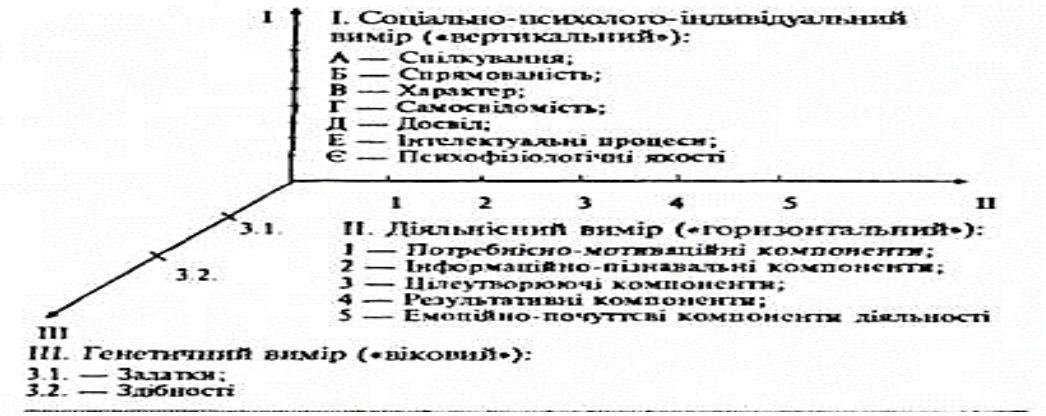
Не приймаючи таку позицію загалом, Вітте бачить перспективи перетворення праці з урахуванням етики, духовних цінностей, самостійності робочих. Нашим гаслом, каже вона, має бути не автоматизація як самоціль, а одухотворення роботи та самого робітника.

Такої точки зору дотримувався видатний німецький учений Еге. Крепелін, відомий своїми дослідженнями чинників оптимальної організації праці, і навіть феномена втоми та її впливу працездатність. В цілому він розглядав працю не як сумну долю пригноблених, а як привілей здорової людини.

Тема професійного здоров'я була гідно представлена у науковій та практичній діяльності В. М. Бехтерєва, який дуже багато уваги приділяв вивченню трудових процесів.

В основу досліджень було покладено комплексний підхід до вивчення працюючої людини.

Здоров'я працюючої людини може бути забезпечене за дотримання «загального порядку життя», що передбачає організацію правильного харчування, відповідні умови проживання, атмосферу сімейних відносин, зміст професійної діяльності, характер відпочинку та розваг та ін.



Для вирішення цього головного завдання передбачалося:

створення необхідних умов праці; запобігання втомі; тренування фізичних можливостей працівника; розвиток у нього спостережливості, рухових можливостей, волі, вміння керувати власним часом та ін.

Він стверджував, що основна мета НОП — максимальна активізація працівників у поєднанні із заощадженням сил та здоров'я, економним витрачанням їхньої енергії.

В наш час проблема професійного здоров'я привертає до себе дедалі більшу увагу фахівців.



Сучасна праця може надавати на людину як позитивний, так і негативний вплив.

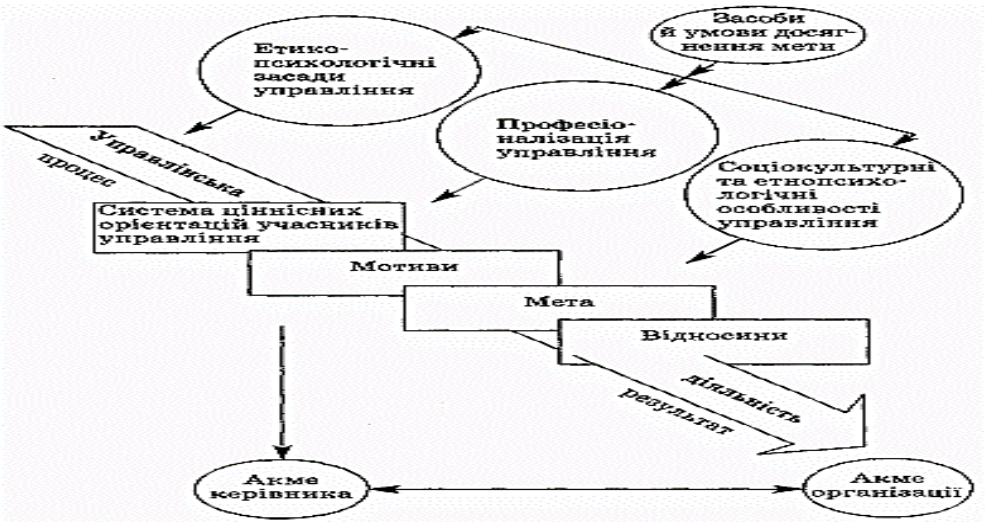
Останнє може бути викликане впливом несприятливих умов праці (перенапругою, перевантаженнями, психотравмуючими факторами і т. д.), які здатні спричинити не лише професійні деформації особистості, але професійні захворювання, аж до необхідності змінити рід занять або зовсім припинити професійну діяльність.

Продуктивною основою для аналізу комплексу питань, що належать до проблеми професійного здоров'я, може стати концепція психологічного забезпечення професійної діяльності.

Вона націлена на наскрізне психологічне забезпечення професійної діяльності — від «входу» до професії та до «виходу» з неї.

Процес безперервного психологічного супроводу розглядається як обов'язкова умова становлення фахівця та його подальшого професійного функціонування.

Таким чином, дана концепція орієнтує практичну психологію на формування цілісного (тобто не усіченого за складом досліджуваних проблем) та досить збалансованого (за ступенем їх вивченості) знання про психологічне забезпечення суб'єкта діяльності протягом усього його професійного шляху.



Так, В. А. Пономаренко розглядає професійне здоров'я як властивість організму зберігати необхідні компенсаторні та захисні механізми, що забезпечують професійну надійність та працездатність за всіх умов професійної діяльності.

Центральний пункт у цьому трактуванні — питання функціональних станах і, оцінці функціональних резервів.

Чим більше вони виражені, тим більша ймовірність продовження професійного довголіття.

На думку А. Г. Маклакова, професійне здоров'я слід розуміти як певний рівень характеристик здоров'я спеціаліста, який відповідає вимогам професійної діяльності та забезпечує її високу ефективність.

Психологічне забезпечення професійного здоров'я

Професійне самовизначення

Вибір майбутньої професії, визначення свого місця у житті — одне з найголовніших рішень, яке доводиться приймати людині.

Вибір професії у час розглядається як основа життєвого самоствердження людини у суспільстві.

На процес професійного самовизначення найбільше впливають кілька чинників.

♦ Інтереси, на формування яких, у свою чергу, впливають здібності, минулий досвід, уявлення про майбутню професію.



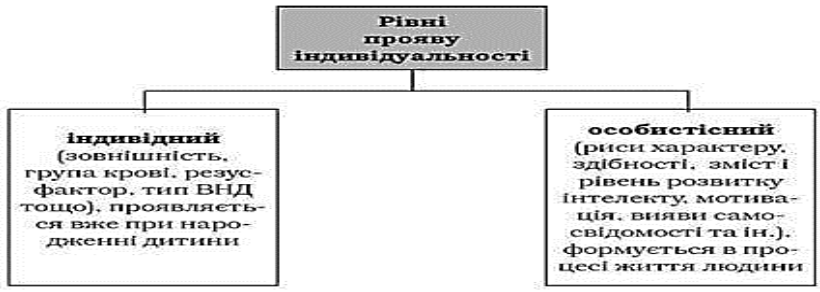
Статистичний аналіз показує, що менше 40% випускників при виборі професії керуються спеціально отриманою інформацією про професію, в якій не тільки розкриваються привабливі сторони, а й наводяться відомості про її зміст, у тому числі щодо негативних аспектів.

♦ Індивідуальні особливості, а саме: риси характеру, темперамент та властивості нервової системи.

♦ Рівень підготовки, який включає культурний кругозір, світогляд, шкільну успішність.

♦ Стан здоров'я.

♦ Ряд соціальних факторів: місце проживання, професія та поради батьків, рекомендації вчителів, товаришів, засобів масової інформації.



Професійна підготовка

За вибором професії, природно, слідує етап професійної підготовки, в процесі якої суб'єкт, потенційно придатний до того чи іншого виду професійної діяльності, повинен оволодіти необхідною сукупністю професійних знань, умінь та навичок.

Організація професійної підготовки обумовлюється характером самої діяльності та ґрунтується на аналізі її психологічного змісту.

Професійна підготовка протікає тим успішніше, чим всебічно і глибоко реалізуються загальні психолого-педагогічні принципи:

♦ забезпечення єдності навчання та виховання;

♦ побудова навчального процесу на основі свідомої та активної участі учнів;

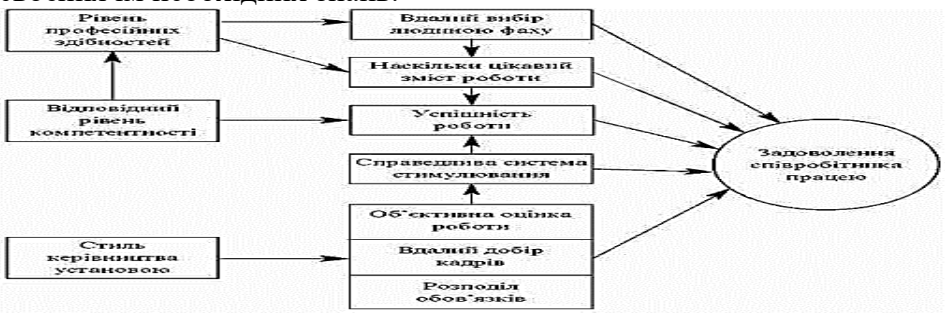
♦ наочність та доступність викладу навчального матеріалу;

♦ систематичність, послідовність побудови процесу підготовки;

♦ облік індивідуальних особливостей учнів;

♦ забезпечення контролю за міцністю засвоєння та характером протікання професійної підготовки.

Професійна підготовка обов'язково включає теоретичне навчання, основна мета якого - формування у правильного розуміння сутності майбутньої діяльності, що навчається, і засвоєння їм необхідних знань.



Пункти програми, орієнтованої підтримки фізичного і психічного здоров'я людини, включеного у професійну діяльність.

До них належать такі:

♦ готовність до постійної самозміни;

♦ внутрішня особистісна відповідальність за власне здоров'я;

♦ здатність жити у згоді із самим собою, внутрішня збалансованість;

♦ оволодіння прийомами самовідновлення після перевантажень;

♦ вироблення адекватних засобів подолання небажаних станів;

♦ оволодіння прийомами психічної саморегуляції та нормалізації рівня працездатності, усунення наслідків професійної втоми;

♦ попередження можливих особистісних деформацій у своїй професії;

♦ протидія професійному старінню та підтримка свого інтелектуального, творчого потенціалу;

♦ виключення зі свого життя саморуйнівних стратегій поведінки;

♦ розвиток навичок самоконтролю за перебігом розумового процесу, уміння в потрібний час здійснювати розумову релаксацію (досягати «тиші» розуму, розумового спокою).

Професійна адаптація

Професійна адаптація є процес становлення (відновлення) та підтримки динамічної рівноваги в системі «суб'єкт праці – професійне середовище».

Після закінчення освіти кожному суб'єкту професійної діяльності належить пройти етап первинної адаптації, під яким розуміється початкове (після спеціальної підготовки) входження у професійну діяльність.

розрізняють і вторинну адаптацію, що має місце при радикальній зміні професійних завдань та соціального оточення (зміна професії, зміна місця роботи).

Адаптація здійснюється за кількома напрямками, до яких належать:

♦ умови діяльності (робоче місце, фізичне середовище);

♦ професійні завдання;

♦ керівництво;

♦ соціальні фактори професійного середовища (формування ставлення до організації, колективу; встановлення міжособистісного контакту у робочій групі та ін.).

Серед об'єктивних чинників, які впливають особливості проходження адаптаційного процесу, можна назвати такі.

Вік.

Молоді люди краще адаптуються до умов діяльності, професійних завдань;

з віком накопичується досвід соціальної адаптації, що знаходить вираження в поведінці працівників, у їхній здатності виявляти гнучкість, йти на компроміс, уникати категоричних суджень.

Стать.

У жінок переважає орієнтація на соціальну адаптацію, у чоловіків – на адаптацію до змісту професійної діяльності.

Індивідуальні особливості:

♦ тип нервової системи (особливо за характеристикою рухливості – інертності);

♦ мотивація;

♦ самостійність;

♦ схильність до співпраці;

♦ адекватна самооцінка (своїх особистісних якостей та професійних можливостей);

♦ самоконтроль;

♦ емоційна стійкість;

♦ ступінь тривожності.

Дослідження, проведені в **останнє десятиліття дозволили виявити особистісний профіль, який притаманний особам, які захворіли під час первинної адаптації до умов військової служби.**

Ці люди мали:

♦ зниженою нервово-психічною стійкістю;

♦ підвищеним нейротизмом;

♦ підвищеною тривожністю;

♦ заниженою самооцінкою;

♦ відсутністю конкретної установки на майбутню діяльність (ні позитивної, ні негативної);

♦ конфліктністю;

♦ моральною неготовністю до виконання вимог, які він висуває.

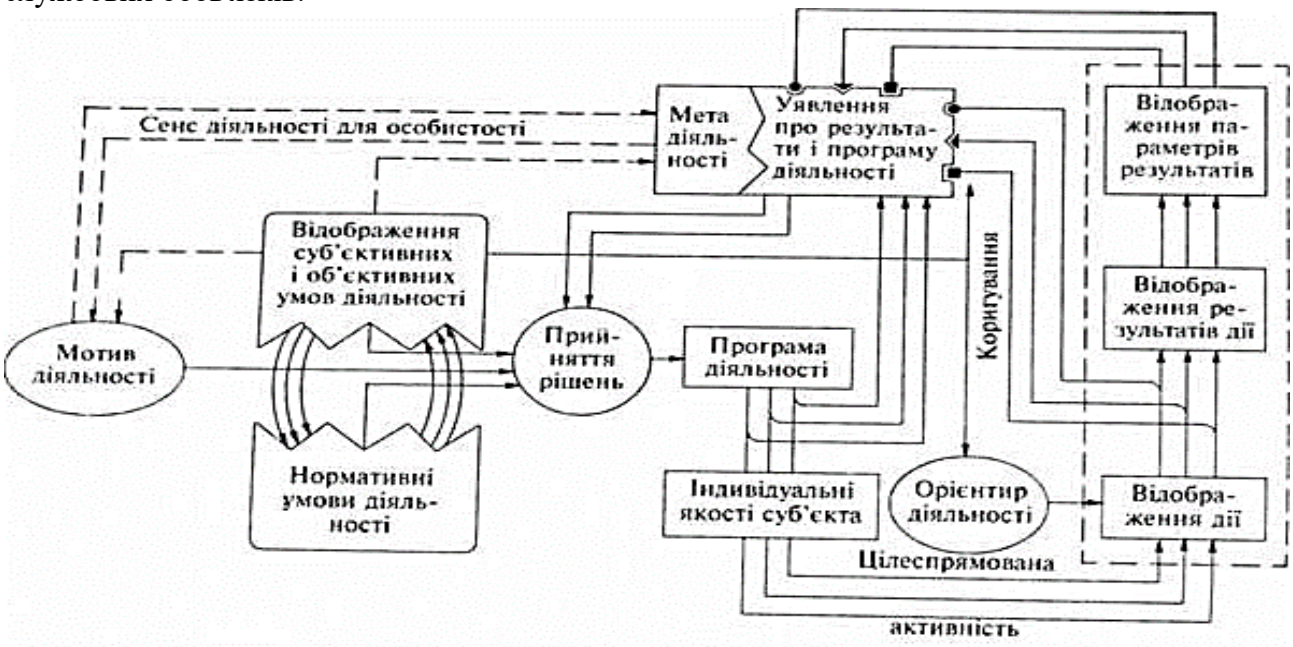
Навпаки, хороші адаптивні можливості впливу чинників реальної загрози життю і безпеки професійного здоров'я продемонстрували ті, кому були властиві такі характеристики:

♦ високий рівень функціонування механізмів психічної саморегуляції (внаслідок високої емоційної стійкості, низької тривожності та невисокої психічної напруги);

♦ високі комунікативні здібності;

♦ збереження орієнтації на дотримання моральних норм поведінки, незважаючи на значні перенесені психоемоційні навантаження.

Завершивши навчання та пройшовши первинну професійну адаптацію, людина виходить на найтриваліший у його професійній біографії етап, який обчислюється в загальному випадку не одним десятком років і пов'язаний з регулярним виконанням службових обов'язків.



Надійність професійної діяльності

За даними вітчизняних та зарубіжних соціологічних опитувань, серед усіх сфер життєдіяльності трудова має найсильніший вплив на здоров'я, головним чином погіршуючи його.

Зі всіх факторів способу життя, що негативно впливають на здоров'я, трудову діяльність респонденти називають найчастіше.

Причому постійна нервова напруга, втома відзначаються як найнегативніший чинник професійної діяльності з погляду його впливу на здоров'я. Водночас до суб'єкта професійної діяльності висуваються певні вимоги щодо надійності її виконання.

В принципі, витоки психічної ненадійності можуть бути пов'язані з помилками в перебігу тих чи інших психічних процесів, з порушеннями саморегуляції психічних станів, з недостатньою вираженістю певних рис особистості.

Надійність професійної діяльності передбачає безпомилкове виконання людиною покладених на неї професійних обов'язків (функцій) протягом необхідного часу та за заданих умов діяльності.

Досягнення безпомилкового та своєчасного виконання дій та діяльності в цілому є результатом нормального, здорового функціонування різних підсистем організму та психіки людини.

Спеціаліст, який володіє необхідними професійно важливими якостями та необхідною кваліфікацією, все одно залишиться потенційно небезпечним у сенсі професійної надійності, якщо з його фізичним чи психічним здоров'ям не все гаразд.

Так, наприклад, дослідження В. А. Пономаренка показали, що у військових льотчиків, які мають будь-які проблеми зі здоров'ям, реєструється більше передумов до льотних подій, більше помилкових дій при переучуванні та освоєнні нової техніки, частіше зустрічаються труднощі у професійній діяльності .

На надійність роботи людини, яка приступила до регулярної професійної діяльності після необхідної підготовки та первинної адаптації, впливатимуть різні фактори.

До найбільш значних серед них можна віднести підтримку мотивації до виконуваної діяльності, що переживаються в процесі праці функціональні стани (втома, монотонія, психічний стрес), психологічний клімат у трудовому колективі та ін.

Дуже багато залежить і від того, наскільки повно і правильно враховані психогігієнічні фактори.

Насамперед, це встановлення режиму праці та відпочинку, організація робочого місця, забезпечення естетичних умов праці, облік факторів фізичного середовища та ін.

Основу надійності особистості, включеної у професійну діяльність, становлять певні риси характеру та рівень її моральності.

Причому ряд із них виступає у такій якості чи не у будь-якому виді професійної діяльності.

До них входять самоконтроль, відповідальність, почуття обов'язку, дисциплінованість, самооцінка, воля і самовладання.

Ці властивості особистості вже називалися, коли йшлося про класифікацію критеріїв психічного здоров'я.

Виправданий пошук можливих причин ненадійних дій суб'єкта праці здійснюється відповідно до розкриття динаміки працездатності, **характеристикою її основних фаз (впрацьованості, сталої працездатності та її падіння), виявленням тих факторів, від яких залежить їхня тривалість.**

(інтенсивність помилок) від часу роботи вказана на рис.11.

Коефіцієнт готовності людини оцінюється ймовірністю включення оператора в роботу у будь-який довільний момент часу.

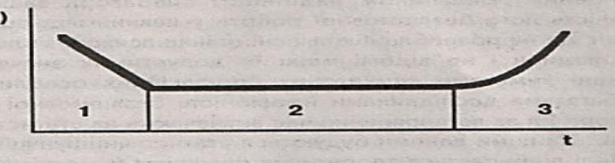


Рис.11. Надійність людини-оператора.

1 — фаза пристосування до праці; 2 — фаза стійкої працездатності; 3 — фаза втоми

Властивість відтворення характеризується ймовірністю виправлення допущеної помилки.

Для фази впрацьовування характерне поступове наростання працездатності.

Ця фаза супроводжується процесом адаптації людини до нових вимог. Відповідно вона передбачає певні витрати часу наближення працюючої людини до зони необхідних значень по безпомилковості, точності та швидкості виконуваних дій, тобто перехід їх у фазу стійкої працездатності.

Наступ третьої фази супроводжується падінням працездатності, зумовленим розвитком втоми.

Цей психічний стан — один із найпоширеніших у практиці професійної діяльності. Стійке перебування в ньому становить серйозну загрозу соматичному та психічному здоров'ю працівника.

Втома – характерні ознаки прояву полягають у наступному.

Загальне зниження працездатності усвідомлюється людиною як неможливість продовжувати свою діяльність належним чином.

Увага — один із психічних процесів, на який стомлення має найбільший вплив.

Розлад уваги виявляється у звуженні його обсягу, погіршенні перемикання та розподілу.

Труднощі в сенсорній області зводяться до збільшення абсолютних та диференціальних порогів чутливості.

У моторній сфері втома викликає порушення ритму, точності та координації рухів.

Збільшується час простої сенсомоторної реакції та реакції вибору.

Знижуються показники короткочасної пам'яті, темп мислення, точність та швидкість утворення логічних взаємозв'язків.

Загалом відзначається погіршення якості розумової роботи, знижується ефективність самоконтролю і зростає кількість помилкових дій.

У стані втоми послаблюються важливі властивості волі: рішучість, наполегливість, витримка.

Розвивається сонливість, що впливає на безпеку діяльності.

Вимірювання втоми є завданням виняткової практичної важливості.

Пріоритет у її рішенні належить І. Сікорському, який у 1879 р. уперше спробував виміряти втому.

Він запропонував розрізняти суб'єктивний та об'єктивний методи у вимірі втоми. В основу першого можуть бути покладені переживання суб'єктивних симптомів втоми, доступні тільки самій втомленій особі.

Проте, пояснює Оффнер, суб'єктивні симптоми не можна визнати абсолютно надійними, а виміру втоми вони явно недостатні.

Настрій сильно впливає переживання почуття втоми.

Наприклад, коли ми веселі, то не відчуваємо стомлення.

Навпаки, якщо сумуємо, перебуваємо в пригніченому стані, то робота може викликати в нас почуття втоми.

У стані переляку чи страху ми нерідко забуваємо про стомлення, хоч би як воно було сильно виражено.

Об'єктивний метод, запропонований Оффнером, передбачає фізіологічні і психологічні виміри втоми, здійснювані іншими лицами.

У основі лежать справжні зміни фізіологічних функцій, і навіть характер фізичних і психічних процесів суб'єкта втоми.

Ця тема отримала розвиток у 1960-1970-е гг. у вітчизняній інженерній психології у зв'язку з розробкою концепції об'єктивного контролю над станом людини-оператора, управляючого складними технічними системами.

Введення об'єктивного контролю за психофізіологічним станом оператора було насамперед спрямоване на запобігання тимчасово-стійким відмовам у його роботі (наприклад, через надмірну перевтому) та виключення можливих аварійних наслідків.

Зазвичай як джерела інформації про стан оператора використовуються біоелектричні процеси (електроенцефалограма, шкірно-гальванічна реакція), неелектричні характеристики дихання, тиску крові, температури тіла, мови.

Порівняно нещодавно показано можливість використання цих цілей біоелектричних характеристик біологічно активних точок.

Сьогодні проблема об'єктивного контролю психофізіологічного стану ставиться ширше, т. е. як стосовно професій операторського профілю.

Йдеться необхідність відповідних заходів, вкладених у постійний контролю над станом здоров'я людини, включеного у реальний виробничий процес .

Для цього пропонується вводити моніторинг фізіологічних функцій людини, на підставі якого можна було б здійснювати експрес-діагностику стану та виявляти осіб, які працюють з високим рівнем психоемоційної напруги (група ризику).

Стрес у професійній діяльності

Термін "стрес" (тиск, напруга) англійського походження.

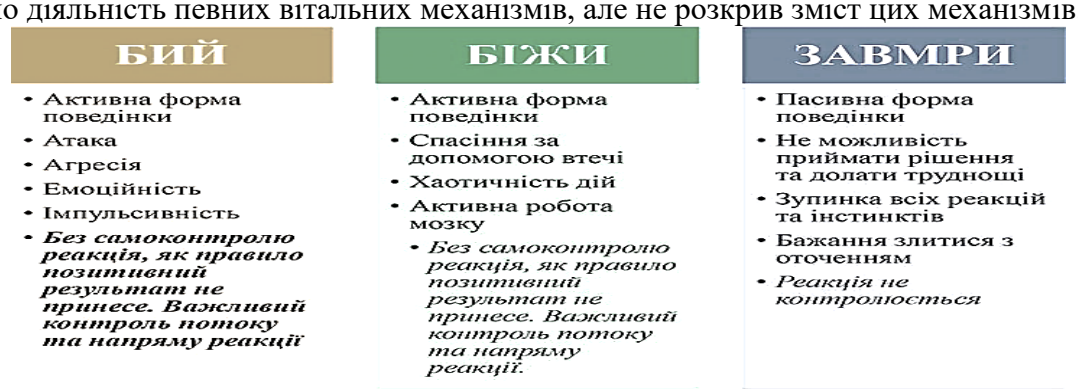
Однак науковий підхід до розуміння стресу почав складатися лише у XIX ст. Цьому сприяло вивчення питань про захисні сили організму, про його здатність протидіяти руйнівним впливам ззовні.



Вважається, що на початку дослідження проблеми стресу стояв знаменитий французький фізіолог К.Бернар.

У другій половині XIX ст. він висловив і обґрунтував ідею про внутрішнє середовище організму, про її сталість як необхідну умову життя.

Основна думка Бернара полягала в тому, що завдяки сталості внутрішнього середовища (вода, температура, повітря, тиск, хімічний склад та ін) організм набуває певної незалежності від впливу зовнішніх факторів. Бернар вважав, що у збереження внутрішнього середовища, її біологічних констант (кисень, цукор, солі тощо. буд.) спрямовано діяльність певних вітальних механізмів, але не розкрив зміст цих механізмів.



Відповідь на це запитання дав американський фізіолог Уолтер Кеннон. Він увійшов до історії науки як автор вчення про гомеостаз.

Під гомеостазом розуміється стан підтримки відносної динамічної сталості (рівноваги) внутрішнього середовища організму у фізіологічно допустимих межах (забезпечення сталості температури тіла, кров'яного тиску, концентрації цукру в крові тощо).

Механізм гомеостазу діє лише на рівні цілісного організму, окремого органу, клітинному і молекулярному рівнях.

Механізми гомеостазу не дано спочатку, вони сформовані в процесі розвитку живого та мають філо- та онтогенетичний аспекти розгляду.

У загальному механізмі гомеостазу Кеннон розрізняв два основні компоненти:

1. Сигнальні пристрої (периферичні сенсорні закінчення), чутливі до змін, що загрожують стабільності організму.

Інакше кажучи, це контрольні за своєю сутністю елементи, що виробляють сигнал неузгодженості між тим, що має бути, і тим, що є насправді.

2. Пристрої корекції, дія яких спрямована на відновлення порушеної рівноваги та нейтралізацію загрози.

Таке розуміння гомеостазу можна як формулювання загального принципу саморегуляції, що містить у собі ідею зворотний зв'язок.

Кеннон розглядав гомеостаз як із захисних механізмів організму.

Великий внесок у вивчення проблеми стресу внесли канадський лікар і біолог Ганс Сельє.

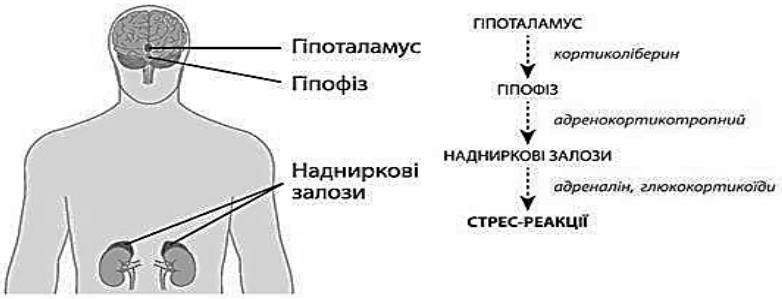
Він відкрив феномен неспецифічної реакції організму у відповідь на різноманітні специфічні шкідливі впливи. Автор назвав цей феномен загальним (генералізованим) адаптаційним синдромом, під яким розумів посилення пристосовуваності організму до умов, що змінилися.



Сельє вважав, що у впливу різного роду (температурні, інфекційні, механічні, втрата крові, втома та інших.) організм відповідає якимось загальним, однотипним фізіологічним процесом незалежно від цього, який саме подразник діє нього на даний момент.

За допомогою цього процесу організм мобілізує себе на самозахист, адаптацію нової ситуації.

В його основі лежить гормональна реакція: виділення в кров із певною закономірністю гормонів гіпофіза та кори надниркових залоз насамперед. Під впливом гормонів посилюється імунітет.



Початок інтенсивної розробки проблеми стресу відноситься до другої половини XX ст. Залежно від характеру зовнішніх впливів нині прийнято розрізняти фізіологічний та психологічний стрес.

Про фізіологічний стресі можна говорити, коли має негативний вплив на органи і тканини організму.

Психологічний (емоційний, другосигнальний) стрес - це той різновид континууму стресових станів, які в значній частині слід віднести до галузі негативних і позитивних почуттів та емоцій.



Видів та форм прояву психологічного стресу нескінченно багато, оскільки вони зумовлені особистісними якостями людини, її минулим досвідом, особливостями виховання та освіти тощо.



Зазвичай його пов'язують з таким видом психічної напруженості, що виникає у людини під впливом емоційних, мотиваційних та інтелектуальних стресорів (причин, що спричиняють стан стресу);

інакше кажучи, в умовах діяльності, пов'язаних з великими розумовими навантаженнями, з необхідністю швидкого відшукання рішень, перешкодами, невдачами, реальною небезпекою, підвищеною відповідальністю за роботу і т.д.

У більш загальної формі можна сказати, що психологічний стрес створюється чинниками, які мають характер загрози чи перешкоди.

В даний час існує чимало професій, для яких стрес якщо і не хронічне явище, то принаймні ймовірність його виникнення дуже велика.

У цьому сенсі не вимагають особливого пояснення професії космонавта, льотчика, авіадиспетчера, оператора атомних електростанцій та ін.

Цікавими є дані соціологічних досліджень, проведених у Франції. У цій країні до найбільш стресогенних потрапили професії авіадиспетчера, машиніста поїзда, викладача у школі, продавця в супермаркеті, офіціанта. Серед місць служби, найнебезпечніших для життя, на перше місце вийшла фінансова біржа.

Виявилося, що інфаркти та інсульти тут значно перевищують аналогічні захворювання в інших професіях.

А ось за оцінками психологів та соціологів США, рейтинг професій, тісно пов'язаних із ситуаціями стресу, виглядає так: президент країни, водій таксі, пожежник, менеджер, автогонщик тощо.

Вчені роблять висновок, що з усіх видів стресу найбільш складний соціальний, викликаний тими чи іншими життєвими обставинами.

Однією з характерних прикмет теперішнього часу є необхідність виконувати професійні обов'язки в екстремальних умовах, у стані підвищеної психічної напруженості.

Деяким професіям чинник стресу просто супроводжує, наприклад роботі авіадиспетчера, що з переживанням психічної напруженості з високої відповідальності за прийняті рішення.

Робота в умовах стресу є серйозним випробуванням фізичного та психічного здоров'я спеціаліста, критичною перевіркою ступеня його професійної надійності.

Професійна діяльність людини може ускладнюватись впливом стресорів різної природи.

Практичний досвід професійної діяльності переконливо свідчить, що найсуттєвіший вплив на характер розвитку стресу, глибину та наслідки його переживання надають індивідуальні особливості людини.

Деякі з них, як було встановлено, забезпечують стійкість до стресів працівника, посилюючи його можливості у протидії стресогенним факторам.

Серед головних психологічних властивостей, що сприяють пристосуванню до стресу, його подолання можна назвати оптимізм, почуття гумору, вольові якості, доброзичливість, самоповагу.

Схема 17. «Щеплення від стресу» (Дональд Мейхенбаумен)



Особливо слід зазначити самовладання.

Основний зміст цієї риси характеру становить функціонування двох психологічних механізмів: самоконтролю та корекції (впливу). За допомогою самоконтролю суб'єкт стежить за своїм емоційним станом, виявляючи можливі відхилення (порівняно з фоновим, звичайним станом) у характері його перебігу.

Якщо самоконтроль фіксує неузгодженість, цей факт служить поштовхом до запуску механізму корекції, спрямованого придушення, стримування емоційного «вибуху», повернення емоційного реагування в нормативне русло.

Впливи на власні емоції можуть мати і попереджувальний (у певному сенсі профілактичний) характер. Це означає, що ще до появи явних ознак порушення емоційної рівноваги, але передбачаючи цілком реальну можливість такої події (ситуація небезпеки, ризику, підвищеної відповідальності та ін.), людина за допомогою спеціальних прийомів самовпливу (самовтвердження, самонаказу і т. д.) прагне запобігти його наступу.

Таким чином, можна зробити висновок, що практична реалізація самоволодіння як властивості особистості здійснюється за гомеостатичному принципу (Нікіфоров, 1989).

Відмінна риса стану стресу - загальне збудження, яке охоплює різні рівні функціонування організму.



На рівні поведінкових реакцій стан стресу може проявитися як:

♦ характерних особливостей міміки та пантоміміки;

♦ скутості (мимовільна напруга м'язів, закріпаченість пози, пасивна поведінка);

♦ особливої рухливості, іноді невмотивованої, нехарактерної для суб'єкта, що вивчається;

♦ мимовільних рухів очей;

♦ зміни кольору шкіри обличчя (почервоніння, збліднення);

♦ виражених змін у артикуляції, в інтонаціях голосу;

♦ неадекватних вчинків та відповідей на запитання;

♦ порушення критичності мислення, чіткості вираження думок;

♦ різкої зміни настрою та ін.

Зміни у сфері пізнавальних процесів та психомоторики людини в умовах стресу можуть бути зафіксовані при вимірі цілого ряду показників, до яких відносяться, наприклад:

♦ час і помилки сенсомоторних реакцій, зокрема реакцій на об'єкт, що рухається;

♦ гострота зору, абсолютні та диференціальні пороги світлової та колірної чутливості;

♦ критична частота злиття миготіння;

♦ показники довготривалої та короткочасної пам'яті на звукові та зорові стимули;

♦ точність зусиль;

♦ характеристики уваги (стійкість, концентрація, розподіл, перемикання та обсяг);

♦ координація та точність рухів;

♦ дані окоміру;

♦ показники тремометрії та ін.

Фізіологічні реакції організму в умовах стресу зазвичай реєструються шляхом вимірювання наступних показників:

♦ частота та ритм серцевих скорочень;

♦ величина артеріального тиску;

♦ показники дихання (з оцінкою його частоти та співвідношень фаз вдиху та видиху);

♦ показники температури тіла;

♦ зіниці рефлекс;

♦ шкірно-гальванічна реакція;

♦ величина потовиділення;

♦ показники електроенцефалограми, електроокулограми, електроміограми.

Нарешті, як біохімічні показники стану стресу можуть використовуватися, наприклад, показники загального аналізу крові, виділення гормонів (насамперед кори надниркових залоз), вмісту цукру в крові та ін.

У дослідному та практичному плані викликає інтерес вивчення особливостей психологічного реагування суб'єктів професійної діяльності залежно від специфіки стресора, що впливає на них.

Проілюструємо сказане з прикладу сенсорної ізоляції, яка передбачає перебування людини (і здійснення ним професійної діяльності) у соціально збідненому середовищі.

У таких умовах працюють експедиції полярників, геологічні партії, далека авіація, космонавти, учасники автономного плавання та ін.

Під впливом сенсорної ізоляції в людини можуть виникнути незвичайні психічні стани.

Спочатку вони носять функціональний, оборотний характер, але при значному збільшенні термінів ізоляції переходять у патологічні та проявляються у вигляді нервово-психічних захворювань (неврози, психози).

В умовах ізоляції звичні для людини форми спілкування порушені, і вона змушена пристосовуватися до нових для неї умов існування, звертаючись до нових (нетипових) механізмів регулювання своєї поведінки (мова з внутрішньої стає зовнішньою).



Встановлено низку індивідуально-психологічних особливостей, що сприяють зниженню адаптаційних можливостей людини в умовах сенсорної ізоляції.

До них відносяться:

♦ переважання першої сигнальної системи, що передбачає домінування чуттєвого відображення (тип «художників» за І. П. Павловим);

♦ егоцентрична спрямованість особистості;

♦ схильність до поспішного, недостатньо обґрунтованого прийняття рішень;

♦ висока потреба у зворотному зв'язку (у підкріпленні своїх дій ззовні);

♦ підвищені тривожність, навіюваність, недовірливість, вразливість;

♦ недостатній життєвий досвід пристосування до нових умов.

З іншого боку, виявлено такі індивідуально-психологічні особливості, які допомагають посилити протидію негативному впливу даного стресора. Це:

♦ хороша координація (баланс) першої та другої сигнальних систем при провідній ролі останньої;

♦ дослідницькі здібності (аналіз, синтез при зустрічі з незнайомими явищами);

♦ цілеспрямованість;

♦ впевненість у своїх силах;

♦ вміння пригнічувати неприємні відчуття;

♦ вміння зайняти себе та освоїти незнайому ситуацію;

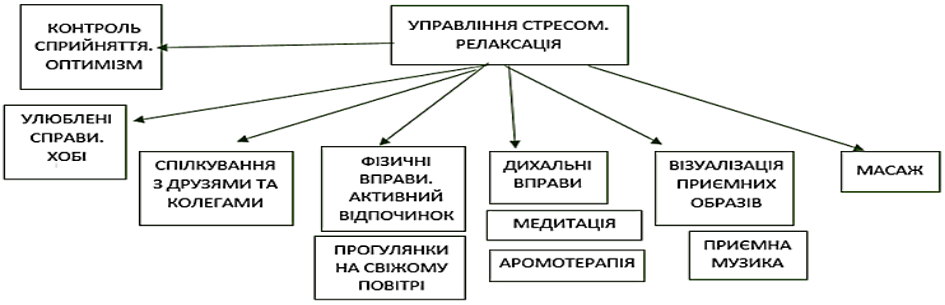
♦ самоврядування (самоконтроль, самовладання); почуття гумору.

Зрозуміло, що поряд із систематизацією можливих видів стресорів професійної діяльності, виявлення специфіки їх впливу на фізичне та психічне здоров'я людини предметом особливої турботи дослідників та тих, хто наділений функціями управління

організаціями, має бути пошук відповідних рішень щодо забезпечення захищеності працівників від появи та негативного впливу екстремальних факторів у їхній діяльності.

До загального комплексу заходів щодо зміцнення стресостійкості працівників зазвичай входять питання ефективного психологічного підбору персоналу, його належної професійної підготовки, наукової організації умов праці та відпочинку.

Проте дедалі більшого визнання знаходить точка зору, відповідно до якої боротьба зі стресом має здійснюватися не лише на груповому, а й на індивідуальному рівні. У зв'язку з цим порівняно недавно за кордоном почали приділяти увагу розробці різних видів програм, семінарів, тренінгів з управління стресом.



Загальна характеристика та класифікація екстремальних умов діяльності

Діяльність людини завжди здійснюється у певних умовах довкілля. Всі умови діяльності, залежно від виразності загрози життю людини, можна поділити на три категорії: звичайні (або нормальні), особливі та екстремальні.

До критеріїв, які лягли в основу цієї класифікації, належать:

ступінь нервово-психічної напруги, що супроводжує виконання діяльності, або адаптацію до умов діяльності, що змінилися, а також ступінь виразності реальної вітальної загрози. Навіть найпростіша діяльність супроводжується певним рівнем нервово-психічної напруги.

Це пов'язано з тим, що у людини завжди впливає безліч подразників довкілля.



Дане явище було названо П. К. Анохіним обстановковою аферентацією.

Організм враховує ці подразники та відповідає на них певною реакцією, що забезпечує його безпеку та цілісність.

На одні зовнішні впливи організм відповідає звичною, властивою йому реакцією у відповідь.

Такі реакції прийнято називати специфічними.

На інші, незвичайні чи незвичні впливи організм відповідає неспецифічною реакцією, яка, як правило, супроводжується напругою всіх механізмів регуляції та мобілізації енергетичних ресурсів.

Це тому, що організм не знає, як реагувати на незнайомий подразник.

Йому потрібен час, щоб сформувати адекватну реакцію на незнайому зовнішню дію.

Цілком ймовірно, що перші відповіді організму будуть неправильними, хибними.

І йому доведеться неодноразово починати з початку, поки не буде знайдено або сформовано адекватну реакцію у відповідь.

Кожна нова спроба буде супроводжуватися все більш високим рівнем напруги регуляторних механізмів і призводитиме до значної витрати енергії.

Тому чим складніші умови діяльності, тим більше незнайомих або неспецифічних факторів впливають на живий організм і тим вище рівень нервово-психічної напруги.

Повертаючись до вищенаведеної класифікації умов діяльності, слід зазначити: аналізовані у ній умови діяльності справді розрізняються за рівнем нервово-психічної напруженості.

Найменший рівень напруженості властивий звичайним умовам діяльності, оскільки вони звичні.

Найвищий рівень напруги уражає екстремальних умов діяльності, оскільки у умовах на людини впливає цілий комплекс незвичайних йому подразників довкілля.

Однак рівень нервово-психічної напруги не може розглядатися як єдиний та незалежний критерій, за яким можна розділити всі умови діяльності відповідно до наведеної вище класифікації.

Загальна характеристика надзвичайних ситуацій

Під надзвичайною ситуацією мається на увазі сукупність проявів факторів, що дестабілізують, порушують задане функціонування соціальної системи.

До дестабілізуючих факторів належать:

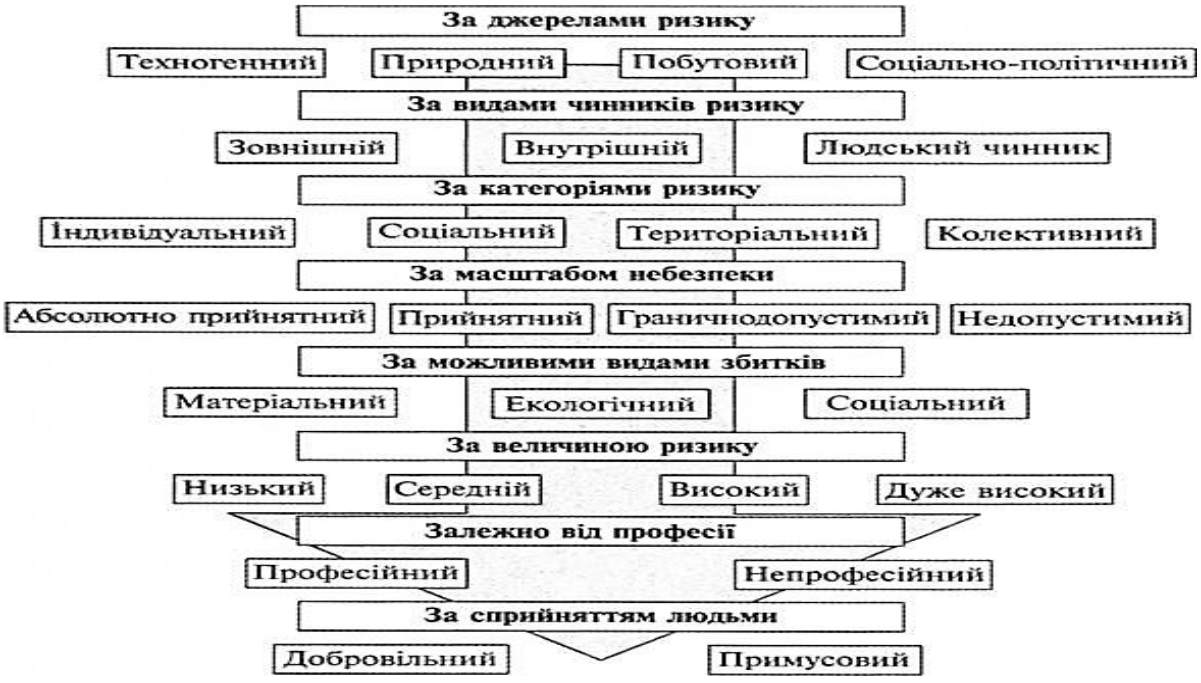
природні (стихійні)

антропогенні (надзвичайні ситуації, спричинені діяльністю людини)

біологічні (епідемії),

екологічні (довкілля),

соціальні.



За темпами поширення всі надзвичайні ситуації можуть бути швидкими та «плавними».

У категорію «вибухових» входять надзвичайні які виникають раптово і в дуже короткий час охоплюють значні за площею території, а також наражають на реальну загрозу життя великої кількості людей.

«Плавні» надзвичайні ситуації характеризуються прогнозованістю появи та щодо повільним поширенням прикордонних з епіцентром надзвичайної ситуації територій.

Усі надзвичайні ситуації можна охарактеризувати принаймні за двома параметрами: масштабністю та причинами походження.

До основних критеріїв масштабності відносяться: кількість постраждалих та площа території, на якій виникла надзвичайна ситуація, розмір економічної шкоди.

Фахівці, які вирішують проблеми ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, найчастіше поділяють усі надзвичайні ситуації на шість категорій за рівнем масштабності: локальні, місцеві, територіальні, регіональні, федеральні, транскордонні.

Локальні надзвичайні ситуації пов'язані з реальною вітальною загрозою, що виникла в межах будь-якого об'єкта (наприклад, автомобільна або залізнична катастрофа).

Місцеві надзвичайні ситуації охоплюють площу у межах невеликого населеного пункту.

Територіальні надзвичайні ситуації масштабніші порівняно з першими двома. Вони охоплюють значну за площею територію (наприклад, територію, рівну одному чи декільком районам, площі великого міста).

Надзвичайні ситуації, що охопили цілий регіон, називаються регіональними, а надзвичайні ситуації у межах однієї держави - федеральними.

У разі коли надзвичайна ситуація охоплює територію двох і більше держав, прийнято говорити про транскордонні надзвичайні ситуації.



Слід наголосити, що масштабність надзвичайної ситуації чи катастрофи обумовлена не лише територією охоплення.

Зв'язок масштабності катастрофи та території (що відображено в класифікації надзвичайних ситуацій) обумовлений і тим, що чим більше охоплення території, тим більша кількість людей піддається смертельному ризику, тим масштабніші економічні втрати та руйнування.

Через виникнення надзвичайні ситуації можна поділити на чотири основні типи:

стихійні лиха (геокліматичні або природні),
технологічні катастрофи (техногенні),
екологічні
та соціальні катастрофи (соціогенні).



Слід зазначити, що ці види катастроф можна було б об'єднати у дві групи. Так, техногенні, екологічні та соціальні катастрофи можуть бути об'єднані в групу антропогенних катастроф, оскільки основна причина їх криється в результатах діяльності самої людини, а другу групу становили б природні катастрофи.

Однак при вирішенні практичних завдань та наукових досліджень найчастіше спираються на чотиривидову класифікацію, оскільки враховуються суттєві відмінності у протіканні антропогенних катастроф.

Усі екстремальні ситуації можна розділити на підгрупи залежно від виразності реальної вітальної загрози, отже, і ступеня психоемоційного напруги.

У разі основними критеріями поділу екстремальних умов на підгрупи будуть періодичність прояви реальної загрози життю і рівень її усвідомлення.

У зв'язку з цими критеріями екстремальні ситуації можна охарактеризувати як ситуації, у яких реальна загроза: а) можлива; б) періодично присутній; в) існує завжди.

Інтенсивність впливу екстремальних факторів тісно пов'язана з причинами їх виникнення.

При цьому фактори з високою та надзвичайно високою інтенсивністю впливу, як правило, зустрічаються при різних катастрофах (стихійні лиха, екологічні та технологічні катастрофи, соціально-політичні кризи та ін), а фактори з меншою інтенсивністю впливу можуть розглядатися як умови довкілля та діяльності (кліматичні, екологічні, соціальні).

Жертви стихійних лих та катастроф страждають від факторів, викликаних екстремальною ситуацією (Everstine, 1993):

1. Раптовість.

Лише про деякі лиха люди попереджаються — наприклад, поступово досягають критичної фази повені або насувається ураган, шторм. Чим раптовіша подія, тим вона руйнівніша для жертв.

2. Відсутність подібного досвіду.

Оскільки лиха та катастрофи є рідкісними явищами, то люди часто вчаться переживати їх у момент стресу.

3. Тваліть.

Цей фактор варіює від часу до часу.

Наприклад, повінь, яка поступово розвивається, може так само повільно і спадати, а землетрус триває кілька секунд і приносить набагато більше руйнувань. Проте у жертв деяких тривалих екстремальних ситуацій (наприклад, у випадках викрадення літака) травматичні ефекти можуть розмножуватись з кожним наступним днем.

4. Недолік контролю.

Ніхто не в змозі контролювати події під час катастроф.

Може спливти чимало часу, перш ніж людина зможе контролювати звичайні події повсякденного життя. Якщо ця втрата контролю зберігається довго, навіть у компетентних і незалежних людей, то можуть виникнути ознаки "**навченої безпорадності".**

5. Горе і втрата.

Жертви катастроф можуть розлучитися із значущими людьми або втратити когось з близьких; але найгірше — це перебувати в очікуванні звісток про можливі втрати.

Крім того, жертва може втратити через катастрофи свою соціальну роль і позицію. У разі тривалих травматичних подій людина може позбутися будь-яких надій на відновлення втраченого.

6. Постійні зміни.

Руйнування, викликані катастрофою, можуть виявитися неочікуваними: жертва може опинитися у зовсім нових та ворожих умовах.

7. Експозиція смерті.

Навіть короткі загрозливі ситуації для життя можуть змінити особистісну структуру людини та її "пізнавальну карту".

Повторювані зіткнення зі смертю можуть призводити до глибоких змін на регуляторному рівні. При близькому зіткненні зі смертю ймовірне виникнення важкої екзистенційної кризи.

8. Моральна невпевненість.

Жертва катастрофи може опинитися перед необхідністю приймати пов'язані з системою цінностей рішення, здатні змінити життя, — наприклад, кого рятувати, наскільки ризикувати, кого звинувачувати.

9. Поведінка під час події.

Кожна людина прагне виглядати достойно у важкій ситуації, але вдається це небагатьом. Те, що вона здійснила або не здійснила під час катастрофи, може переслідувати її дуже довго після того, як інші рани вже затяглися.

10. Масштаб руйнувань.

Переживши катастрофу, людина, як правило, вражена її негативними наслідками у соціальному житті.

Зміни культурних норм змушують людину адаптуватися до них або залишитися чужинцем, інакше емоційний збиток поєднується з соціальною дезадаптацією.

На переконання дослідників О. Євсюкова та В. Садкового, психотравмуючими є ті події, які викликають переживання інтенсивного страху та безпорадності.

За Американською класифікацією хвороб DSM—IV, травматичною можна назвати таку подію, яка пов'язана зі смертю, загрозою смерті, тяжким пораненням або іншою будь-якою загрозою фізичної цілісності.

Але інколи психологічна травма виникає через те, що людина стає свідком загрозливої події, поранення або смерті зовсім чужої людини.

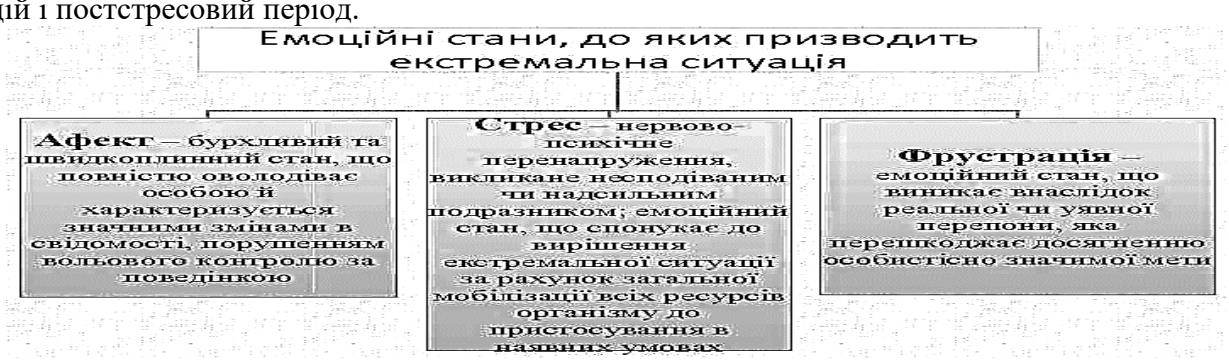
Загальна характеристика поведінкових та психічних реакцій людини в екстремальних ситуаціях

Характер і інтенсивність психічних, психосоматичних і психопатологічних проявів у пост стресовий період залежать від різних об'єктивних і суб'єктивних обставин.

До об'єктивних обставин ставляться насамперед такі характеристики екстремальної обстановки, як гострота і сила прояви психотравмуючих чинників, і навіть раптовість і тривалість їхнього впливу.

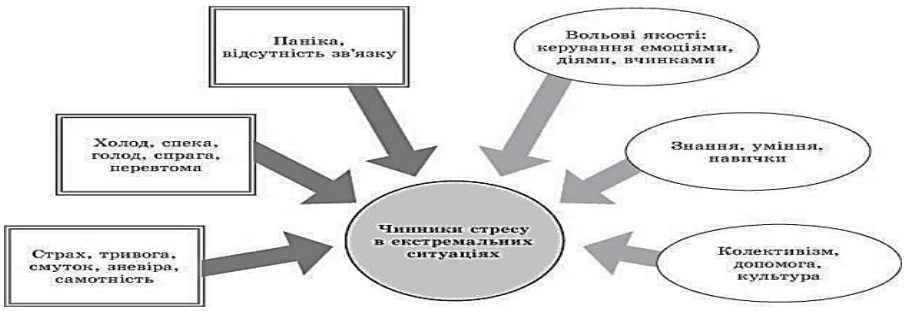
Причому більшість дослідників сходяться на думці, що чим вище інтенсивність прояву психотравмуючих факторів екстремальних ситуацій, тим вища ймовірність

виникнення різноманітних психогенних розладів безпосередньо в момент екстремальних ситуацій і постстресовий період.



До суб'єктивних обставин, що впливають характер поведінки людини і що зумовлює ймовірність виникнення психогенних розладів, ставляться індивідуально-психологічні особливості самої людини та її особистості.

Як показують численні дослідження, що проводяться в рамках вивчення найрізноманітніших екстремальних ситуацій, стихійних лих і технологічних катастроф, більшість людей (приблизно 70-75 %) при виникненні екстремальних ситуацій у перші миті виявляються «приголомшеними» та малоактивними, втрачають контроль за своїми вчинками.



Проте слід зазначити, що навіть у найважчих екстремальних умовах близько 25% людей зберігають самовладання, правильно оцінюють ситуацію, діють чітко та рішуче відповідно до обставин

Наприклад, поданим Д. Петрович, М. Попович (D. Petrovic, M. Popovic), які вивчали наслідки сильного землетрусу, гострі реактивні стани спостерігалися у всіх постраждалих. Але приблизно у 20% цей стан швидко пройшов, у 70% воно тривало від кількох годин до 2-3 діб, а у 10% спостерігалися навіть серйозні психічні розлади, які вимагали спеціальної медичної допомоги та лікування.

Виявлення цих характеристик і якостей - одне з найактуальніших завдань психології діяльності в екстремальних умовах.

На думку Ю. І. Дерюгіна, на здатність зберегти адекватну поведінку в екстремальних умовах впливає також рівень психологічної стійкості, орієнтація на дотримання моральних норм поведінки, почуття співчуття, життєвий досвід.

Цього ж думки дотримується В. А. Моляко, додаючи до найбільш значимих факторів, що опосередковують адекватність поведінки в екстремальних ситуаціях, стан психологічної готовності або неготовності.

Є. С. Мазур із співавто¬рами вважає, що важливе місце у опосередкуванні поведінки грають різні психологічні захисту та смислова саморегуляція.

Р. Болін, П. Болтон (R. Bolin, P. Bolton) вважають, що на поведінку в екстремальній ситуації істотно впливає належність до певної культури, класу та етнічної спільноти.

На думку В. Тейлор (V Taylor), поведінка в екстре¬мальній ситуації організується із взаємодії політичних, економічних та сімейних структур.

А. Бартон (A. Barton) вважає, що є дві частини соціальної системи, що впливає поведінка.

Одна з них включає індивідуальні шаблони адаптивних та неадаптивних реакцій;

ці дискретні моделі індивідуального поведінки викликають «неформальні» методи колективного поведінки, які допомагають вийти із ситуації.

Друга частина — це формальні структури суспільства, які також сприяють виходу людей з екстремальної ситуації.

На думку американських лікарів-психіатрів, для диференційованої діагностичної установки при ідентифікації розладів у динаміці доцільно виділяти три фази:

♦ перед впливу (preimpact phase), що включає відчуття занепокоєння та загрози;

♦ впливу (impact phase), що триває від початку стихійного лиха до моменту евакуації потерпілих із району лиха; вона характеризується домінуванням серед емоцій страху;

♦ післявпливу (postimpact phase), що починається через кілька днів після стихійного лиха чи катастрофи.

Остання фаза найбільш складна та значна.

Це пов'язано з виникненням перед постраждалими нових і нових проблем, соціальною дезорганізацією, евакуацією, поділом сімей тощо, що багатьма дослідниками розцінюється як «друге стихійне» лихо.

Саме з цією фазою багато авторів пов'язують формування механізмів психогенних порушень, які виявляються через значний час після катастрофи (наприклад, PTSD-синдром).

В даний час фаза післядії вивчена найбільш повно.

Так, дослідники Національного інституту психічного здоров'я (США) виділяють у цій фазі чотири субфази, які проходять психічні реакції при катастрофах.

Перша — «героїчна фаза» — безпосередньо з моментом катастрофи і триває кілька годин.

Для неї характерні альтруїзм, демонстративна героїчна поведінка, бажання допомогти людям, а також формування хибних уявлень про можливість подолати те, що сталося.

Потім настає фаза "медового місяця", яка триває від тижня до 3-6 місяців. Ті, хто вижив, відчувають гордість за те, що подолали всі небезпеки і залишилися живими, сподіваються і вірять, що всі проблеми і труднощі незабаром будуть вирішені.

Але потім настає третя фаза - "фаза розчарування", яка триває від 1 року до 2 років. Почуття розчарування, гніву, обурення виникають внаслідок краху різних надій.

І тільки тоді, коли ті, хто вижив, усвідомлюють, що їм самим необхідно вирішувати свої проблеми і налагоджувати свій побут, настає четверта фаза — «фаза відновлення».

Фаза впливу, що включає момент катастрофи і порівняно невеликий період часу після неї, досліджена меншою мірою.

Це пов'язано з певними складнощами в організації проведення досліджень.

Наприклад, відомо дуже мало фактів, коли психологи чи психіатри виявлялися очевидцями або учасниками екстремальної ситуації, що раптово виникла.

Водночас досвід ліквідації землетрусу у Вірменії (1988 р.) та катастрофи в Уфі (1989 р.) дозволив співробітникам Військово-медичної академії М. М. Решетнікову та С. В. Чермяніну виділити окремі стадії періоду впливу та перших етапів післявпливу , який був названий ними «періодом гострих емоційних реакцій».

Критерієм виділення даних фаз для авторів стала динаміка психофізіологічного стану постраждалих.

Спираючись на виявлену динамику, вони виділяють такі стадії.

1. Стадія вітальних реакцій – триває близько 15 хвилин.

Починається з перших миттєвостей виникнення реальної загрози вітальної. Поведінкові реакції повністю підпорядковані імперативу збереження власного життя і можуть супроводжуватися короткочасним заціпенінням або вираженим руховим збудженням.

2. Стадія гострого психоемоційного шоку із явищами надмобілізації.

Ця стадія триває близько 3-5 годин і характеризується загальною психічною напругою, граничною мобілізацією психофізіологічних резервів, загостренням сприйняття та збільшенням швидкості розумових процесів, проявом безрозсудної сміливості, особливо при порятунку близьких.

Близько 30% постраждалих відзначали, що в цей період вони зазнали підйому працездатності та збільшення фізичних сил у 1,5-2 рази.

Разом з тим у цей період у переважній більшості можливі панічні реакції та порушення адекватності поведінки.

3. Стадія психологічної демобілізації.

Настає через 6-12 годин після катастрофи та триває до 3 діб.

Характеризується істотним погіршенням самопочуття та психоемоційного стану з переважанням почуття розгубленості, розпачу, депресії та ін.

У цей період, як і раніше, висока ймовірність розвитку панічних реакцій. Більшість постраждалих відзначають виникнення цієї стадії при перших контактах з травмами, при перших побачених тілах загиблих, коли до них приходить усвідомлення масштабу трагедії, що в цілому супроводжується підвищенням рівня стресу.

4. Стадія дозволу.

Спостерігається на 3-12 добу після стихійного лиха (катастрофи).

Відбувається поступова стабілізація настрою та самопочуття, але зберігається знижений емоційний фон, обмежені контакти з оточуючими, відзначається гіпомімія (маскоподібність обличчя), уповільненість рухів.

5. Стадія первинного відновлення починається через 10-12 днів після землетрусу. Найбільш виразно проявляється у поведінкових реакціях: активізується міжособистісне спілкування, нормалізується емоційне забарвлення мови, відновлюються сновидіння.

6. Стадія відставлених реакцій.

Характеризується проявом деяких психопатологічних синдромів та психосоматичних порушень через 30-40 днів після стихійного лиха.

Наявні в даний час дані дозволяють говорити про те, що розглянуті шість стадій періоду впливу дійсно можуть бути прийняті класифікацією психофізіологічних станів. Про це опосередковано свідчать результати інших дослідників.

Так, югославські вчені Д. Петрович і М. Попович, які вивчали наслідки землетрусу в Скоплі 1963 р., також виділили кілька стадій.

Вони зазначають, що початкова реакція мала характер паніки.

Були випадки, коли збожеволілі батьки викидали дітей з вікон багатоповерхових будівель, вистрибували за ними і розбивалися.

Потім югославські дослідники виділяють три фази, що характеризують психічний стан населення міста після землетрусу.

Перша, що триває 2-3 дні, характеризується вираженим станом тяжкої психічної депресії, пригнічення, ступору.

Люди зовсім не реагують на навколишнє, з ними важко вступити в контакт.

Вони блукають по руїнах, ніби розшукуючи щось, або сидять нерухомо біля своїх зруйнованих жител.

Друга стадія настає на 4-5-й день і може тривати 5-6 днів. Вона характеризується продовженням менш вираженої психічної депресії в одних, проявом загального збудження, занепокоєння, розгальмованості в інших.

Югославські дослідники зазначають, що у дітей, які опинилися в цій екстремальній ситуації, нерідко випадки повного нетримання сечі, у вагітних жінок — спонтанні аборти та передчасні пологи.

Третя стадія починається на 10-12-й день і може тривати до 2-3 місяців.

Основна характеристика цієї стадії - поступове згладжування нервово-психічних порушень, поява інтересу до навколишнього світу, занепокоєння за майбутнє, прагнення пристосуватися до життя в нових умовах.

Ташкентський землетрус у 1966 р. був слабшим, ніж у Скоплі, не викликав таких тотальних руйнувань і не супроводжувався значними жертвами.

Проте дослідники, які вивчали наслідки цього землетрусу для населення Ташкента безпосередньо на місці (через день після першого поштовху), зазначають: у момент землетрусу і відразу ж після нього 36,7% постраждалих мешканців або не діяли, або молилися , а потім вдавалися до захисних заходів, 42,5% ховалися у безпечному місці, 16,8% вибігали на відкритий простір.

Таким чином, у всіх наведених прикладах чітко проглядаються ті самі тенденції.

Слід зазначити, що крім психогенних порушень, що діагностуються відразу після моменту катастрофи або стихійного лиха, існує цілий ряд розладів, які проявляються у вигляді різноманітних психічних і психосоматичних порушень через тривалий час після психотравмуючих обставин.

У цьому їх прояв носить переважно раптовий характер і натомість загального добробуту.

Ці явища об'єднані в синдром посттравматичних стресових порушень. Ця група психогенних розладів є самостійний клас психічних порушень.

Таким чином, психологу, який працює з особами, які перенесли вплив різних екстремальних факторів надзвичайних ситуацій, стихійних лих чи технологічних катастроф, треба пам'ятати, що багато соматичних порушень мають психогенну природу.

Саме тому постраждалим надання допомоги необхідний як лікар, а й психолог.

Цілі його роботи в таких ситуаціях:

♦ психологічна діагностика станів постраждалих та прогнозування наслідків перенесених психотравмуючих обставин;

♦ проведення психологічної корекції;

♦ розробка заходів щодо соціально-психологічної реабілітації постраждалих;

♦ надання соціально-психологічної допомоги рідним та близьким постраждалих та загиблих.

Професійне вигоряння

У зарубіжній літературі цей синдром відомий як burnout, який був запроваджений американським психіатром Х. Фрейденбергером у 1974 р.

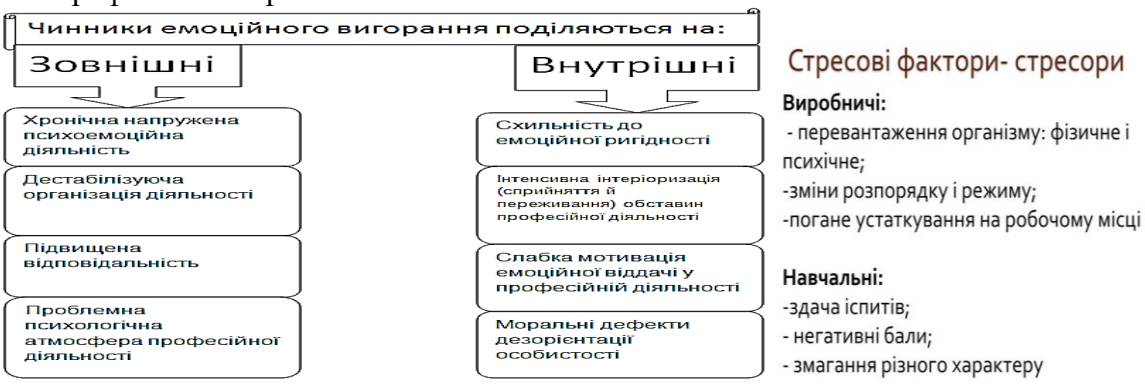
Поняття «вигоряння» зазвичай використовують для позначення переживання людиною стану фізичного, емоційного та психічного виснаження, викликаного тривалою включеністю в емоційно напружені та значущі ситуації.

Автор	*Характеристика*
1	*2*
Х. Фрейденбергер	Особливий вид психологічного захисту, що супроводжується змінами в поведінковій, емоційній, когнітивній сферах особистості, які виникають внаслідок виконання професійної діяльності (Карамушка Л. 2006., С. 211).
М. Поташник	Довготривала стресова ситуація, що розвивається на тлі хронічного перенапруження і веде до виснаження емоційно-енергетичних ресурсів людини, професійна діяльність якої пов'язана зі сферою спілкування (Карамушка Л., 2006, с. 212).
Н. Лазарева	Переживання людиною стану фізичного, емоційного та психічного виснаження, викликаного тривалою дією стресових факторів в емоційно напружених ситуаціях (Бернацька О., 2010, с. 23).
Н. Водопьянова	Несприятлива реакція на робочі стреси, що включає психологічні, психофізіологічні й поведінкові компоненти (Водопьянова Н.,2017, с. 88).

Синдром «вигоряння» бере свій початок у хронічному повсякденному напрузі чи емоційному перевтомі, пережитому людиною в особистісно значимих ситуаціях спілкування коїться з іншими людьми.

Найчастіше вигорання сприймається як довгострокова стресова реакція чи синдром, що виникає внаслідок тривалих професійних стресів середньої інтенсивності.

У зв'язку з цим синдром «психічного вигоряння» ряд авторів позначає як «професійне вигоряння», що дозволяє розглядати це явище в аспекті особистої деформації професіонала під впливом професійних стресів.



Якщо екстремальний стрес можна порівняти з тайфуном, то стресовий процес вигоряння порівняно з повільною, майже непомітною течією.

Тим не менш, вигоряння має сильні негативні наслідки; це одна з найкритичніших областей стресу для сучасного індустріального суспільства, оскільки окремим людям, сім'ям та продуктивності бізнесу наноситься значний урон.

Вигоряння проявляється, з одного боку, у душевному неблагополуччі (дис-комфорті), незадоволеності якістю особистого життя, а також у фізичному нездужання. З іншого боку, воно негативно позначається на продуктивності трудової діяльності працівників.

Тому вигоряння як феномен потрапляє у поле зору як психологів, психотерапевтів, лікарів, а й роботодавців, зацікавлених у енергійних співробітниках, які «горять», але з «згоряють» повністю роботі.

Вперше на проблему психічного вигоряння звернули увагу американські фахівці у зв'язку зі створенням та масовим поширенням соціальних служб.

Люди, які працюють у галузі психологічної та соціальної допомоги, за обов'язком служби зобов'язані виявляти співчуття та емпатію, тривалий час контактують з відвідувачами та їх життєвими проблемами.



Обов'язок працівників цих служб — надання психологічної підтримки: вони мають вислухати і підтримати людей, які звернулися по допомогу.

Незважаючи на спеціальну підготовку та підбір персоналу для соціальних служб за певними критеріями, необхідними в цьому виді діяльності, керівники служб через деякий час нерідко стикалися з фактами незадовільної роботи співробітників, насамперед зі скаргами відвідувачів на їхню неуважність, байдужість, черга. ство, а іноді і грубість.

На початку 70-х років. XX ст. специфічна симптоматика вигоряння спочатку була виявлена дослідниками в осіб, які допомагають професій: соціальних і медичних працівників, працівників благодійних організацій, адміністраторів та обслуговуючого персоналу, вчителів, викладачів.

Пізніше список професій, пов'язаних з небезпекою «вигоряння», був доповнений адвокатами, поліцейськими, тюремниками, політиками, торговим персоналом, менеджерами середньої та вищої ланки.

Таким чином, «із плати за співчуття» (Маслач К., 1986) синдром «вигоряння» перетворився на «хворобу» працівників «комунікативних» професій, тобто професій, які висувають високі вимоги до психологічної стійкості в ситуаціях ділового спілкування.

Схема 14. Ключові складові вигорання (Христина Маслач)

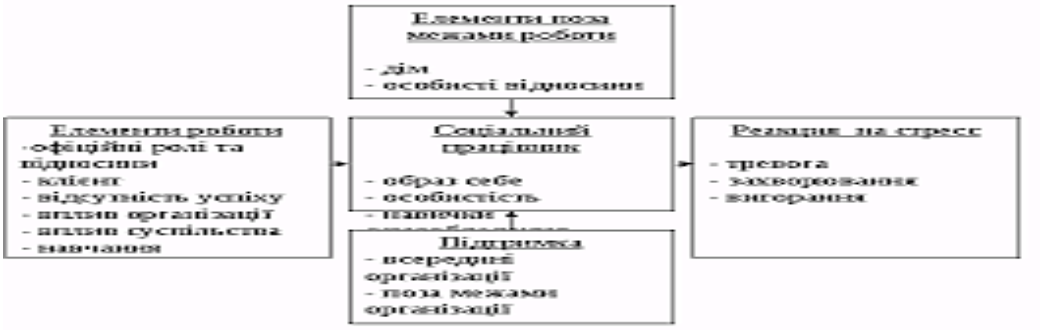


Одна з причин вигоряння, як зазначають дослідники, — відсутність зворотного зв'язку більшості реципієнтів чи його негативний характер. Ця загальна особливість допомагаючих та «комунікативних» професій дозволяє зарахувати їх до категорії «професій вищого типу» за класифікацією Шафранова Л. С. (Шафранова, 1924).

На цей час синдром «вигоряння» включає понад 100 симптомів. Незважаючи на численні публікації з цієї проблеми, більшість із них до 1980-х років. мало описовий характер.

Вигоряння - це відповідь на хронічний емоційний стрес, що включає три компоненти: емоційне та/або фізичне виснаження; зниження робочої продуктивності; деперсоналізацію, чи дегуманізацію, міжособистісних відносин.

Серед найбільш характерних наслідків «вигоряння» автори називають: де-формацію Я-концепції (підвищення негативізму по відношенню до «Я»), гнівливість, цинічність, підозрілість, депресію, наддовірливість, ригідність та різні форми дезадаптації, які безпосередньо відносяться до психо -соціального здоров'я особистості.



Після того як феномен вигоряння став загальновизнаним, закономірно постало питання про фактори його «ризику» — потенційних «винуватців» розвитку вигоряння.

За даними ряду авторів (Форманюк Т. В., 1994), можна виділити три групи змінних, які надають певний вплив на розвиток синдрому «вигоряння» в професіях типу «людина-людина»:

особистісні,

статусно-рольові та

корпоративні (професійно-організаційні).

До особистісних факторів ризику вигоряння належать:

♦ схильність до інтроверсії (низ яка соціальна активність і адаптованість, соціальна несміливість, спрямованість інтересів на внутрішній світ та ін);

♦ реактивність (динамічна характеристика темпераменту, що виявляється у силі та швидкості емоційного реагування);

♦ низька або надмірно висока емпатія (здатність осягати емоційний стан інших людей, розуміти світ їх душевних переживань, співчувати тощо);

♦ жорсткість та авторитарність по відношенню до інших; низький рівень самоповаги та самооцінки (Rodgers, Dobson, 1988)1.

У низці досліджень виявлено, що вигорянню більшою мірою схильні до «трудоголіків» — ті, хто повністю поглинений роботою, постійно працює без відпочинку, щодня працює з повною самовіддачею та відповідальністю, з установкою на кар'єру, тішить марнославство на шкоду іншим особистим. інтересам і потребам, чиє життя заповнене лише роботою до самозабуття.

Найбільш уразливі ті, хто реагує на стрес за типом А: агресивно, емоційно-нестримно, неконструктивно використовує конфліктні ситуації, прагне завжди бути першим (лідером), нетерпимий до будь-яких перешкод на шляху досягнення поставленої мети.

Можна виділити особистісні чинники ризику вигоряння менеджерів комерційних фірм; підозрілість, нонконформізм, низький рівень емпатії, висока тривожність, інтровертованість, неконструктивні моделі поведінки у проблемних (конфліктних) ситуаціях, низька комунікативна компетентність.

Статусно-рольові фактори ризику вигоряння включають:

♦ рольовий конфлікт;

♦ рольову невизначеність;

♦ незадоволеність професійним та особистісним зростанням (сауоактуалізацією);

♦ низький соціальний статус;

♦ рольові поведінкові стереотипи, що обмежують творчу активність;

♦ знехтуваність у значній (референтній) групі;

♦ негативні статеворольові (тендерні) установки, що обмежують права та свободу особистості.



Чинники, що впливають на психічне здоров'я студентів

Актуальність досліджень психічного здоров'я студентів визначається наявністю стресогенних факторів у студентському середовищі, таких як ситуації екзаменів, періоди соціальної адаптації, необхідність особистісного самовизначення в майбутньому професійному середовищі та ін.

Стрес, що переживається, і його наслідки становлять серйозну загрозу психічному здоров'ю індивіда.

Особливо це відноситься до молодіжного та студентського періоду в житті людини, коли особистісні ресурси здаються невичерпними, а оптимізм стосовно власного здоров'я переважає над турботою про нього.

Сильна орієнтація на переживання сьогодення, висока мотивація досягнень витісняють зі свідомості студента можливі побоювання, пов'язані з наслідками тривалого стресу.

Студентський вік характеризується різноманіттям емоційних переживань, що відбивається у стилі життя, що виключає турботу про власне здоров'я, оскільки така орієнтація традиційно приписується старшому поколінню і оцінюється молодою людиною як «непривабливa і нудна».

У цей час обмежені також здібності до релаксації та відпочинку через ті ж переконання у невичерпності власних фізичних та психічних ресурсів.

Період активного входження в нове соціальне середовище супроводжується діями, спрямованими на отримання визнання та високого статусу у групі студентів-ровесників.

При цьому використовуються різні засоби, які не завжди відповідають профілактиці здоров'я (нікотин, алкоголь, наркотики).

Спроби завоювання свого місця серед ровесників часто пов'язані з ризикованою поведінкою, бажанням за будь-яку ціну досягти цього визнання.

Психологія здоров'я приділяє особливу увагу визначенню «ціни», яку сплачує людина у ситуаціях підвищених вимог, психічних навантажень і перевантажень. Безсумнівно, студентське середовище відноситься до таких, у яких ці навантаження та вимоги виступають у всьому різноманітті.

З іншого боку, саме в цей період формується майбутній професіонал, стан психічного здоров'я якого безпосередньо впливає на успішність діяльності та стиль життя в цілому і таким чином набуває високого суспільного значення.

Очікування індивіда займають одне з центральних місць у дослідженнях стресу та його наслідків, таких, наприклад, як феномен психічного вигоряння (burnout).

По відношенню до результатів діяльності їх можна поділити на три групи:

♦ низькі очікування позитивного підкріплення;

♦ високі очікування покарання;

♦ низькі очікування власного впливу на результати діяльності.

Втрата контролю над результатами своєї діяльності знижує мотивацію індивіда, викликає почуття страху та невизначеності і тим самим веде до раннього розвитку симптомів вигоряння.

Коротко- і довгострокові наслідки неконтрольованого оточення виявляються пасивність і вивчена безпорадність.

Соціальна підтримка як фактор психічного здоров'я студентів

У дослідженнях стратегій подолання стресових ситуацій, т. е. копінг-стра-тегій, виділяється кілька основних форм.

До них відносяться:

♦ конфронтаційний копінг;

♦ дистанціювання щодо проблемної ситуації;

♦ самоконтроль;

♦ пошук соціальної підтримки;

♦ прийняття на себе відповідальності за вирішення проблеми;

♦ уникнення вирішення важких проблемних ситуацій;

♦ планування власних дій;

♦ переоцінка значення проблемної ситуації.

Серед перерахованих стратегій пошук соціальної підтримки займає особливе місце, оскільки перекладає аналіз стресової ситуацій від індивідуального рівня до контексту всієї ситуації в цілому, що включає широке поле взаємодії індивіда з іншими людьми.

Соціальна підтримка складається із трьох основних елементів:

1. Емоційна підтримка: взаєморозуміння, емпатія, позитивне підкріплення.

2. Допомога у вирішенні проблем:

безпосередня: виконання роботи за будь-кого;

опосередкована: допомога у вирішенні проблем, спільний аналіз проблеми, надання порад та інформації у разі потреби та вираженого бажання з іншого боку.

3. Соціальна підтримка з боку конкретних осіб, що гарантує чув-
ство безпеки, що стимулює активність індивіда, що дає можли-
ність відволіктися від переживання важкої ситуації

Контрольні питання

1. Природа можливих стресорів у професійній діяльності та ознаки стресових станів, що викликаються ними.

2. Об'єктивні та суб'єктивні фактори забезпечення безпеки праці.

3. Поняття «професійне здоров'я».

4. Які чинники впливають професійну працездатність?

5. Визначення професійної реабілітації, її принципи, методи, етапи.

6. Критерії класифікації екстремальних ситуацій.

7. Загальна характеристика надзвичайних ситуацій.

8. Техногенні катастрофи та екологічні катастрофи.

9. Соціальні катастрофи.

10. Загальна характеристика поведінкових та психічних реакцій людини в екстремальних ситуаціях.

11. Психогенні розлади, що виникають при екстремальних ситуаціях.

12. Назвіть особистісні, статусно-рольові, корпоративні та професійні фактори ризику вигоряння.

13. Визначення «вигоряння» та її негативних наслідків для психосоціального здоров'я особистості.

14. Перерахуйте основні причини вигоряння фахівців, орієнтованих працювати з людьми.

15. Особистісні та поведінкові ресурси подолання вигоряння.

16. Основні положення теорії збереження ресурсів Хобфолла.

17. Поняття соціальної підтримки як ресурсу стресостійкості.

18. Які чинники можна віднести до найважливіших задля збереження психічного здоров'я студентів?

19. Які заходи можна віднести до профілактики синдрому вигоряння у навчальному середовищі?

Теми рефератів:

1. Забезпечення надійності професійної діяльності та її вплив на професійне здоров'я.

2. Природа можливих стресорів у професійній діяльності та ознаки стресових станів, що викликаються ними.

3. Поняття «професійне здоров'я».

4. Визначення професійної реабілітації, її принципи, методи, етапи.

5. Критерії класифікації екстремальних ситуацій.

6. Техногенні катастрофи та екологічні катастрофи.

7. Соціальні катастрофи.

8. Особливості психогенних розладів під час діяльності в екстремальних умовах.

9. Визначення «вигоряння» та його негативних наслідків для психосоціального здоров'я особистості.

10. Особистісні та поведінкові ресурси подолання вигоряння.

11. У чому виявляються ранні симптоми стресу та вигоряння у студентському середовищі?

12. Які заходи можна віднести до профілактики синдрому вигоряння у навчальному середовищі?

ЛЕКЦІЯ 8. ОСНОВИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ / СНІДУ. ПРОФІЛАКТИЧНА НАРКОЛОГІЯ

План

1. Сексуальна поведінка. Сексуальне здоров'я.

Вплив культури на регламентацію сексуальної деятельності. 2. Психологічні аспекти епідемії ВІЛ/СНІДу.

Ризикована поведінка.

3. Психологічні основи первинної профілактики залежностей. Фізична і психічна залежність. Залежна поведінка.

Співзалежність.

Основна термінологія*: сексуальна поведінка; сексуальне здоров'я; поняття ризикованої поведінки; особистісні показники у залежних.*

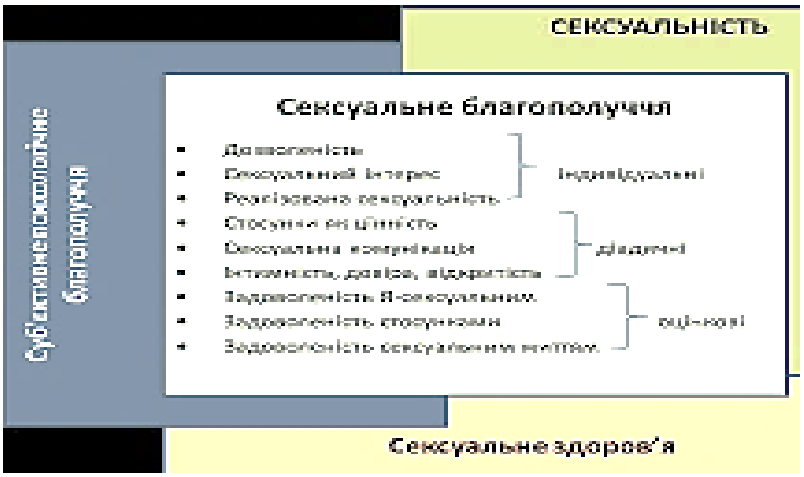
Сексуальна культура, як і будь-яка культура, — це вдосконалення себе у сфері сексуальних знань та умінь.

Підвищення рівня сексуальної культури спирається на три базові складові:

♦ культуру розуміння (когнітивний рівень);

♦ культуру міжособистісних відносин (емоційний рівень);

♦ культуру взаємодії (поведінковий рівень).



Дані сучасні положення відповідають стародавнім східним уявленням про гармонійну любов, яка інтегрує в собі три центри: голову, серце і статеві органи.

Сексуальні відносини можна розділити за функціональним критерієм:

♦ прокреаційні – функція відтворення потомства;

♦ рекреаційні – функція отримання задоволення;

♦ реляційні — функція інтимного спілкування із близькою людиною.

Виділяють як мінімум три тенденції розвитку сексуальних правил та норм

1. Збільшення відкритості теми статевих відносин.

2. Зростання визнання рекреаційної та реляційної функцій статевих відносин.

3. Ослаблення стереотипів традиційних «статевих ролей» (дедалі частіше зустрічаються партнерські відносини, рівність статей у сексуальних контактах).

Незважаючи на зазначені тенденції, у нас існують причини, що гальмують роботу з сексуальної освіти та статевого виховання.

Серед них насамперед слід назвати:

а) відсутність необхідного та достатнього матеріалу та виробленої прийнятної термінології;

б) методологічні проблеми;

в) неадекватне («цнотливе») ставлення багатьох медичних, педагогічних та інших фахівців до проблем сексології.

Здійснення завдань психології здоров'я у сфері сексології має йти через усунення зазначених причин.

До видів допомоги в галузі охорони та зміцнення сексуального здоров'я належать насамперед санітарне просвітництво та психологічне консультування.

Ці компоненти становлять основну частину психології здоров'я у сфері сексології.

Основною ідеєю концепції сексуального здоров'я має бути збагачення життя та особистих взаємин, а не просто профілактика тих чи інших сексуальних перверзій та хвороб, що передаються статевим шляхом.

Поняття сексуального здоров'я

Воно звучить так:

Сексуальне здоров'я є комплексом соматичних, емоційних, інтелектуальних та соціальних аспектів сексуального існування людини, які позитивно збагачують особистість, що підвищують комунікабельність людини та її здатність до любові.

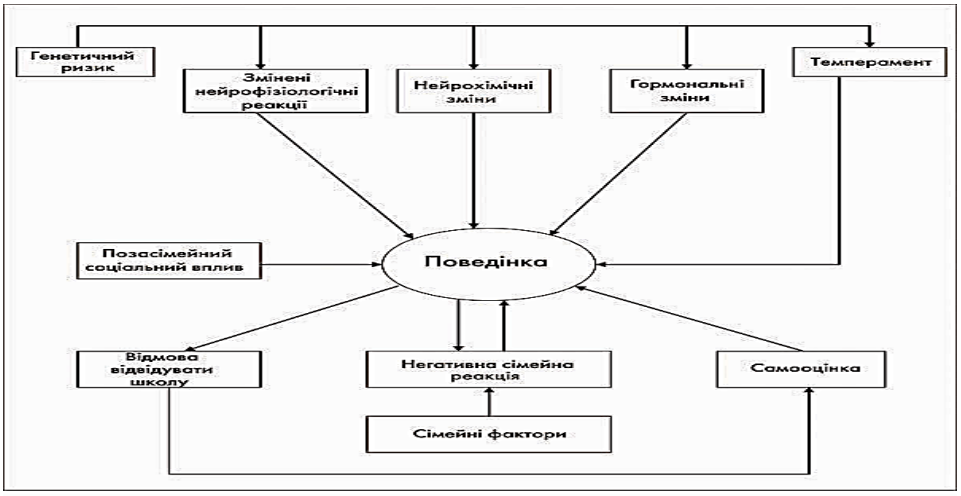


Рис. Модель розвитку девіантної поведінки (за Б. Херпертц-Дальманн)

Поняття сексуального здоров'я включає три основні елементи:

1. Здатність до насолоди та контролю сексуальної та дітородної поведінки відповідно до норм соціальної та особистої етики.

2. Свобода від страху, почуття сорому та провини, хибних уявлень та інших психологічних факторів, що пригнічують сексуальну реакцію та порушують сексуальні взаємини.

3. Відсутність органічних розладів, захворювань та «недостатностей», що заважають здійсненню сексуальних та дітородних функцій.

Кількісні основи сексуальності

Нормальна психосексуальна поведінка людини - це результат спільної дії природних даних та виховання. Отже, необхідно розрізняти кількісну та якісну сторони сексуальності.

Кількісна, або енергетична, сторона сексуальності вимірюється силою, тривалістю та частотою сексуальних реакцій.

Г. С. Васильченко, даючи її системний опис та інтерпретацію, називає її «статевою конституцією індивіда»,

яку він визначає як

сукупність стійких біологічних властивостей, що складаються під впливом спадкових факторів та умов розвитку в пренатальному періоді та ранньому онто-генезі; статева конституція лімітує діапазон індивідуальних потреб на певному рівні статевої активності і характеризує індивідуальну опірність щодо патогенних факторів, що мають вибірковість у статевій сфері.

Різні типи конституції визначаються в кількісних термінах як «слабка», «середня», «сильна».

Поняття статевої конституції суттєво насамперед тим, що воно орієнтує на індивідуальний підхід, а не намагається «взути всіх людей у взуття одного розміру» і залежить від багатьох психофізіологічних та соціальних факторів.

Якісні основи сексуальності

У описі кількісної боку сексуальної діяльності відбиваються окремі поведінкові акти.

Однак сексуальна активність людини сама по собі є однією зі сторін особистості, опис якої завжди буде неповним без вивчення життєвого світу особистості як цілого у взаємодії її з конкретними життєвими ситуаціями, від яких залежать зміст і зміст її діяльності в даний момент.

Залежно від сенсу, від того, які саме **потреби задовольняє сексуальну поведінку, інтимна близькість може бути:**

1. Засобом релаксації, розрядки статевої напруги.

Це елементарна форма сексуального задоволення, коли акцент робиться на фізіологічних потребах суб'єкта, а якості партнера майже байдужі (можна обійтися лише мастурбацією).

2. Засобом прокреації — дітонародження, коли важливий не так процес, як його кінцевий результат.

У чистому вигляді цей тип мотивації виступає в династичному шлюбі монарха, який потребує спадкоємця, або в поведінці самотньої жінки, яка свідомо використовує чоловіка, щоб народити дитину.

Еротичні міркування відіграють тут незначну роль, зате дуже важливими є соціальні чи природні якості «виробника».

3. Засобом рекреації - чуттєвої насолоди, яка виступає як мета. Рекреативна мотивація відтіняє ігрові аспекти сексу.

Психологічна інтимність при цьому не обов'язкова, секс задоволення партнера входить до «правил гри» лише як середовищі збільшити власне задоволення.

4. Засобом пізнання, задоволенням статевої цікавості.

Воно характерне для початківців статеве життя підлітків.

5. Засобом комунікації, коли статева близькість стає методом психологічної близькості двох осіб, виходом із самотності.

Це найскладніший вид відносин, ку чисельні вище мотиви входять як підлеглі компоненти.

6. Засобом сексуального самоствердження, коли першому плані виходить потреба індивіда перевірити чи довести себе й іншому, що може залучати, подобатися, сексуально задовольняти. Це питання виключно важливе для підлітків, у дорослих його гіпертрофія пов'язана з почуттям тривоги та невпевненості у собі.

7. Засобом досягнення якихось позасексуальних цілей, наприклад матеріальних вигод (шлюб з розрахунку) або підвищення свого соціального статусу та престижу в очах оточуючих.

8. Засобом підтримки певного ритуалу чи звички. Але подружні відносини часто не мають еротичного сенсу, але набувають стійкості та стабільності існуючих відносин.

9. Засобом компенсації, заміни якихось інших, відсутні емоційності чи способів інших емоційного задоволення. Нав'язлива мастурбація у підлітків або донжуанство у дорослих часто є компенсацією бідності емоційного життя.

Множинність мотиваційних схем сексуальної поведінки має на увазі його складність.

Серйозна спроба систематичного дослідження взаємозалежності сексуальної поведінки, установок і типу особистості зроблено Айзенком.

На основі багаторічних досліджень Айзенк виділив три основні виміри (шкали):

E - екстраверсію,

N-невротизм,

P - психотизм.

Також він додає і шкалу L - брехливість, або вдавання (ставлення до тесту).

Екстраверсія вимірює такі взаємопов'язані риси, як товариськість, імпульсивність, активність, безтурботність, жвавість, любов до жартів і т.д.

Тих, хто має високий показник за цією шкалою називають «екстравертами», протилежний полюс становлять «інтроверти», а посередині стоять «амбіверти».

Невротизм позначає високу емоційну збудливість, рухливість емоційних реакцій, яка привертає індивіда виявлення у стресових ситуаціях невротичних симптомів;

його індикаторами служать такі риси, як зневіра, часта зміна настрою, безсоння, нервовість, почуття неповноцінності, дратівливість і т.д.

На відміну від екстраверсії та невротизму, у здорових людей психотизм включає набір антиадаптивних та антисоціальних рис:

неконтактність, жорстокість, нечутливість до чужих переживань, ворожість, агресивність тощо.

Нарешті, вдавання включає такі риси, як брехливість, нещирість, пристосуванство тощо.

Залежно від типу особистості можна виявити деякі особливості у стилі статевого життя.

Так, екстраверти раніше інтровертів і амбівертів починають статеве життя, частіше мають сексуальні контакти, з великою кількістю партнерів і в різноманітних формах; вони надають більше значення еротичної любовної гри, швидше звикають до сексуальних стимулів і тому більше орієнтовані зміну партнерів, ситуацій тощо.

Екстравертам легко дається спілкування з особами протилежної статі, вони більш гедоністичні, отримують більше задоволення від своєї сексуальності і не відчувають у зв'язку з нею тривог або сумнівів, без внутрішніх конфліктів знаходять виправдання подвійної моралі.

Стримані та загальмовані інтроверти тяжіють до більш індивідуалізованих, тонких і стійких відносин, що часто пов'язано з психологічними проблемами та труднощами. Вони також мають багато сексуальних проблем, які лякають їх, часто реєструються сексуальні дисфункції (відсутність оргазму у жінок, ерекцій — у чоловіків).

«Психотики» мають високі показники по лібідо і маскулінності, віддають перевагу безособовому сексу, переживають сильне статеве збудження і не визнають жодних соціальних і моральних обмежень.

Однак вони рідко задоволені своїм статевим життям і часто схильні до девіантної поведінки, включаючи груповий секс; їх установки відрізняються грубою біологізацією статі на противагу романтичним цінностям.

Невротики часто мають сильне лібідо, але не можуть задовольнити його через сильне почуття провини і тривоги з приводу своєї сексуальної активності, а також труднощів у спілкуванні.

Показники сексуальної задоволеності вони нижче, ніж у всіх інших групах.

Секс часто здається їм небезпечним і огидним, а власні потяги — ненормальними.

Тут найчастіше зустрічаються такі психосексуальні проблеми та порушення, як аноргазмія та фригідність у жінок, передчасна еякуляція та імпотенція у чоловіків.

Сексуальна поведінка «удавальників», як і інші сторони їх життя, відрізняється конформізмом.

Дотримуючись ортодоксальних, загальноприйнятих у їхньому середовищі правил, вони заперечують наявність у себе якихось незвичайних почуттів і бажань.

Статеве життя вони зазвичай починають пізно, не схвалюють до-і позашлюбних зв'язків, уникають сексуального експериментування і бачать сексуальність швидше в ідеалістичному, ніж в натуралістичному світлі.

Слабке лібідо поєднується в них із певною задоволеністю своїм статевим життям, вони просто не мислять собі інших можливостей.

На думку Айзенка, ці особистісно-поведінкові «синдроми» приблизно наполовину зумовлені генетичними, а наполовину соціальними факторами.

Є експериментальні дані, що свідчать про те, що екстраверти переживають пік кортикального збудження ввечері, а інтроверти - вранці, що, можливо, впливає на час статевої близькості.

Психологічні аспекти епідемії ВІЛ/СНІДу

Вчені всього світу, фахівці в різних галузях не могли залишатися осторонь і боролися проти епідемії ВІЛ/СНІДу.

Зрозуміло, ступінь залучення і способи участі в русі проти глобальної епідемії, що розгортається, визначаються специфікою тієї чи іншої галузі наукового знання.

Якщо пріоритети природничо-наукового знання пов'язані з роботою зі створення вакцини, то фахівці-психологи та соціологи поцікавилися, чи можлива зміна суспільної свідомості, а також світогляду та поведінки кожної окремої людини таким чином, щоб звести до мінімуму віроят ¬ність зараження чи подальшого поширення ВІЛ-інфекції.



Практично відразу після того, як було відкрито вірус ВІЛ та ідентифіковано шляхи його передачі, виникло

поняття «груп ризику» (risky groups), або, як сьогодні їх прийнято називати,

«вразливих груп» (vulnerable groups),

відмінною особливістю яких стала поширеність певних моделей поведінки, що створюють підвищений ризик зараження ВІЛ,

саме вони насамперед стали об'єктом уваги спеціалістів-превентологів.



Виникло поняття ризикованої поведінки, під якою прийнято розуміти ті чи інші прояви поведінки, що створюють загрозу інфікування ВІЛ, а саме вживання наркотиків і незахищені сексуальні контакти.

Оскільки стало відомо, що небезпека зараження на ВІЛ-інфекцію створюють незахищені сексуальні контакти та ін'єкційне вживання наркотиків загальним інструментарієм, категорію груп ризику склали ін'єкційні споживачі наркотиків, а також люди, які займаються комерційним сексом і ведуть безладне сексуальне життя.

Але було б некоректно виділяти окремі групи населення як єдино вразливі, оскільки виникає ілюзія, ніби всі інші, будучи в повній безпеці, можуть ігнорувати проблему, не надаючи поширення епідемії жодного значення.

По-перше, подібний поділ неминуче породжує стигматизацію осіб, які наражаються на найбільшу небезпеку інфікування,

а по-друге, стає причиною злочинної безтурботності «благополучних громадян».

Без сумніву, епідемія ВІЛ/СНІДу носить підкреслено соціальний характер, у зв'язку з чим превентивні дії слід проводити з урахуванням закономірностей формування суспільної свідомості та ставлення суспільства до глобальних явищ різного роду,

до яких можна сміливо зарахувати епідемію ВІЛ/СНІДу.

Сексуальність та СНІД

Втілення в життя знань про здоров'я та ефективних охоронних дій проти СНІДу вимагає оволодіння соціальними навичками та навичками саморегуляції,

а також усвідомлення власного потенціалу щодо контролю над своєю сексуальною поведінкою та діями, пов'язаними з вживанням наркотиків,

- Двома основними шляхами передачі ВІЛ-інфекції.



Управління сексуальністю передбачає управління інтерперсональними взаємовідносинами.

Таким чином, з метою зниження шкоди необхідно швидше посилення інтерперсональної результативності,

ніж просто зміна певних поведінкових моделей.

Головне завдання - не навчити людей технікам безпечного сексу (оволодіти ними зовсім нескладно),

а озброїти їх навичками та вірою в себе, які дозволили б їм постійно використовувати теоретичні знання на практиці, навіть при зустрічі з опором.

Проблеми з реалізацією технік безпечного сексу часто виникають тому, що самозахист входить у конфлікт із міжособистісними відносинами та пресингом.



У цих ситуаціях інтерперсональної взаємодії влада загрози насильства, спокуси, пошук соціального прийняття, соціальний пресинг, ситуативний примус, страх бути відкинутим, особисті труднощі можуть виявитися вагомішими за найобдуманіші судження.

Переконання людей, що вони самі можуть мотивувати себе і керувати власною поведінкою, грає вирішальну роль у тому, чи замисляться вони про зміну пов'язаних зі здоров'ям звичок.

Вони не бачать сенсу навіть у спробі зміни, якщо вважають, що не в їх силах керувати своєю поведінкою та поведінкою інших.

Дослідники оцінювали виразність кількох психологічних чинників, можливо, які впливають сексуальне поведінка, що з ризиком.

Серед них:

♦ усвідомлення загрози потенційного інфікування вірусом СНІДу;

♦ ступінь підтримки оточуючими;

♦ прийняття безпечної сексуальної поведінки;

♦ наявність соціальних навичок, необхідних для здійснення охоронної сексуальної поведінки;

♦ рівень самооцінки;

♦ усвідомлення саморезультативності, тобто того, що людина може робити певні дії, які зменшують ризик інфікування ВІЛ.

Віра у здатність контролювати власну сексуальну поведінку виявилася найнадійнішою передумовою ризикованої сексуальної поведінки.

Чим нижче усвідомлення саморезультативності, тим вища ймовірність залучення до сексуальної активності, що створює високий ризик інфікування ВІЛ.

Психологічні фактори ризикованої поведінки

Відомо, що сексуальна поведінка, ризикована з погляду ВІЛ-інфекції, пов'язана з деякими індивідуальними відмінностями.

Уявлення про СНІД, сприйняття ризику та сексуальні мотиви пов'язані з ризикованою поведінкою у різних популяціях.

Результати різних досліджень доводять, що індивідуальні показники (схильність до ризику, пошук відчуттів, сексуальний авантюризм і т. д.) пов'язані з поведінкою, яка підвищує ризик ВІЛ-інфекції.

Особливості особистості.

Особистісні характеристики (самооцінка, рівень нейротизму, наявність антисоціальних тенденцій) є стійкими корелятами сексуальної активності.

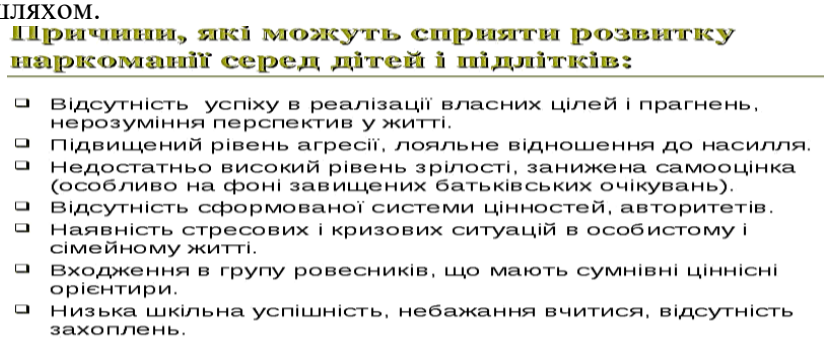
На жаль, більшість досліджень особистості та сексуальності не враховували зв'язку з ВІЛ-інфекцією.

Імпульсивність і сексуальний самоконтроль, наприклад, визначають моделі сексуальної поведінки, яка співвідноситься з ризиком ВІЛ-інфекції у відповідних популяціях.



Схильність до ризику, мабуть, виступає каталізатором ризикованої сексуальної поведінки.

Найбільш широко вивчена особливість особистості, що привертає до ризику, — пошук відчуттів (sensation seeking), який теж визначається як корелят ризику передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом.



Цукерман (Zuckermann) визначив пошук відчуттів як тенденцію до отримання нових, збуджуючих та оптимальних рівнів стимуляції та активації.

Пошук відчуттів є багатовимірним особистісним конструктом, що включає такі елементи,

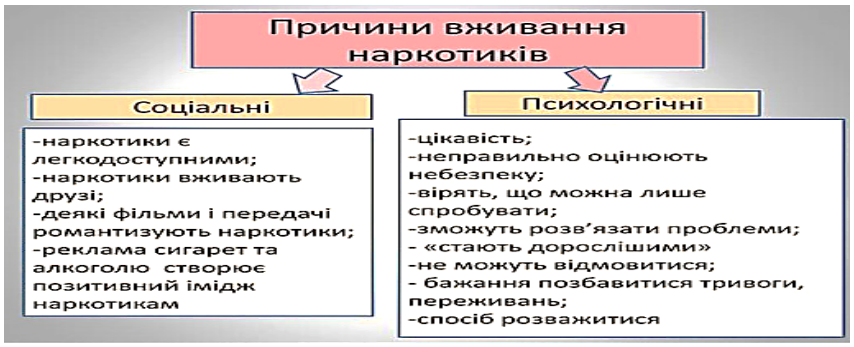
як схильність відчувати нудьгу,

авантюризм,

прагнення до вражень і новизни та уникнення шкоди,

кожен із яких фігурує у дослідженнях сексуальної поведінки,

ризикованого з погляду ВІЛ-інфекції.



Пошук відчуттів може визначити широкий ряд поведінкових проявів, серед яких ризикована сексуальна поведінка — це лише одна з поведінкових сфер у рамках загальної схильності до ризику.

Уявлення про те, що пошук відчуттів визначає безліч ризикованих поведінкових проявів, узгоджується з теоретичним формулюванням пошуку відчуттів як

риси, визначальною широкий спектр проявів активності, як сексуальної.

Це також узгоджується з біологічними основами та результатами досліджень, які виявили генетичні змінні, що відповідають особливостям особистості, що супроводжують пошук відчуттів.

Додаткові докази зв'язку між особистісними характеристиками та ризикованою поведінкою були отримані в ході досліджень сексуального авантюризму - конструкту, концептуально пов'язаного з пошуком відчуттів.

Профілактична наркологія

Психологічні засади первинної профілактики залежностей

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість наркоманів у розвинених країнах становить 48 млн осіб.

У США, Південній Америці, Канаді, Західній Європі споживання наркотичних засобів, як зазначали експерти, набуло характеру епідемії.

Наркоманією охоплені широкі верстви населення: учні та студентська молодь, військовослужбовці та працівники державного апарату.



Фахівці виділяють низку особливостей та тенденцій підліткової наркоманії та алкоголізації в нашій країні:

♦ зростання обсягів наркотичних речовин на ринку та їх доступність;

♦ значне розширення асортименту наркотиків та алкогольних напоїв;

♦ полінаркоманія;

♦ фемінізація (збільшується кількість дівчат, які вживають наркотики);

♦ неграмотність, безсистемність профілактичних заходів, що призводять нерідко до зворотного ефекту;

♦ дистанціювання дорослих від наркоманії, що лякає їх проблеми, і прагнення перекласти розв'язання цієї проблеми на державні органи (міліцію, школу тощо);

♦ звичний «кампанійський»1 культурно-масовий характер заходів щодо профілактики наркозалежності;

♦ очевидність.неефективності медикаментозної допомоги при лікуванні наркоманії;

♦ ідеологічна спустошеність дорослого населення, нездатного запропонувати щось ясне у формуванні карти світу дитини;

♦ відродження зв'язку молодіжної субкультури із вживанням наркотиків (за прикладом руху хіпі сьогодні з'являється психоделічна музика, рейв-музика тільки з екстазі);

♦ наркотична інфекція вражає все більш молоде і незахищене населення (90% перших проб відбуваються у віці від 14 до 17 років).



Профілактичні моделі та базові засади первинної профілактики залежностей

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я

під первинною профілактикою мається на увазі робота з організованими дитячими колективами та суспільною свідомістю щодо впровадження ідей здорового способу життя;

вторинна профілактика спрямовано роботу з дітьми групи ризику;

третинна профілактика передбачає роботу з хімічно залежними пацієнтами з метою профілактики рецидиву захворювання.

Сьогодні з метою усунення причин, що ведуть до вживання психоактивних речовин (ПАР), слід формувати профілактичний простір як систему, де можна визначати «мішені» превентивних впливів.

Виділимо наступні базові поняття, що визначають цей простір.

♦ Профілактичний простір – складна динамічна система.

♦ Ця система складається з сукупності елементів та їх змінних характеристик, пов'язаних між собою як позитивними, так і негативними зворотними зв'язками.

♦ Найважливішим елементом цієї системи, що зумовлює її динамічність та мережевий, а не лінійний (причина-наслідок) характер трансформації, є людина.

♦ Профілактичний простір має:

індикаторні змінні, що характеризують стан системи на якийсь момент часу,

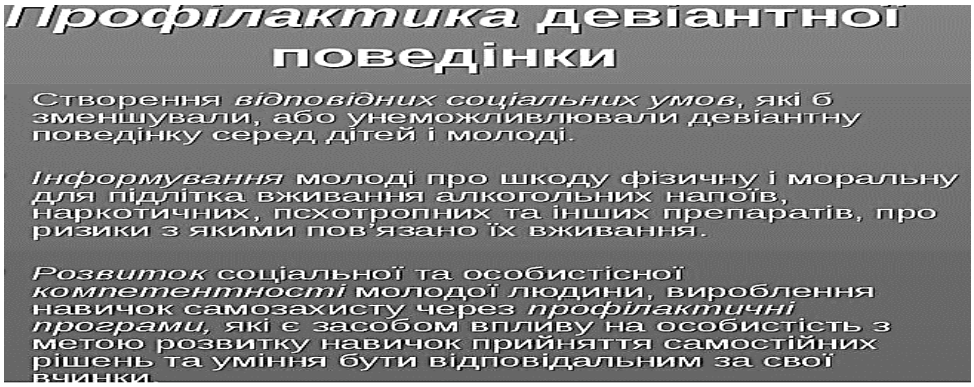
залежать від багатьох інших змінних цієї системи,

але самі на неї не впливають;

критичні змінні, впливаючи куди можна значною мірою проводити стан всієї системи.

♦ Для визначення стану системи необхідно виділити, вивчити та проаналізувати індикаторні змінні.

♦ Для позначення мішеней впливу необхідно дослідити, що ж є критичними змінними, та розробляти плани роботи відповідно до них.



На макрорівні профілактичний простір може бути представлений як система, що складається з:

1) первинного профілактичного соціально-підтримуючого середовища;

2) компенсаторного простору для представників «групи ризику» — соціально дезадаптованих дітей і підлітків, у тому числі тих, що страждають залежністю від наркотиків);

3) реабілітаційного простору як для хворих залежностями неповнолітніх та молоді, так і співзалежних;

4) ставлення суспільства до проблем молоді, у тому числі до проблеми нарзалежності та алкоголізму.

Взаємини елементів профілактичного простору як складної динамічної системи нелінійні, поліфакторні.

Первинна проф ілактичне середовище в цій системі основне, тому що саме в ній розташовуються всі інші елементи.

З іншого боку, на мікрорівні елементи профілактичного простору для окремого індивіда (дитини, підлітка, молодої людини) представлені складовими його системи відносин зі світом та самим собою.

На мезорівні можна говорити про елементи, з якими окремий індивід вступає у певні відносини у процесі свого життя, як про підсистеми:

♦ навчальний заклад та його середовище;

♦ сім'я та її стиль, атмосфера;

♦ місця проведення дозвілля та їх соціально-психологічний зміст (дис-котеки, клуби, кафе, двір, вулиця та ін.);

♦ установи, які забезпечують можливості працевлаштування та прояви соціальної активності (відділи муніципалітету та громадські організації).



Максимальна інтеграція діяльності спеціалістів та роботи відомств на вказаних рівнях може серйозно прискорити знаходження оптимальних моделей системи превентивних заходів.

Необхідно:

♦ звернути основну увагу на каузальну, орієнтовану на вихідні причини зловживання ПАР, психосоціальну модель профілактики;

♦ визнати пріоритет первинної профілактики наркозалежності, оскільки вона створює простір, в якому можуть здійснюватися і всі інші види профілактики;

♦ уточнити поняття та сформулювати критерії вибору форм та методів роботи в різних видах профілактики, визнати необхідність їхнього наукового психологічного обґрунтування;

♦ створити умови для реальної інтеграції зусиль різних відомств та спеціалістів у формуванні превентивної соціальної політики держави;

♦ створити умови формування профілактичного соціально-підтримуючого середовища для розвитку неповнолітніх, ґрунтуючись на каузальному підході, інтеграції та активізації соціального контролю.

Цілі комплексної активної профілактики та реабілітації визначаються в гой концепції так:

♦ зниження попиту на наркотики та інші ПАР;

♦ зниження захворюваності на наркоманії, токсикоманії та алкоголізм, а також супутні розлади;

♦ зниження чисельності груп ризику споживання ПАР;

♦ зниження тяжкості медико-соціальних наслідків зловживання ПАР.

Контрольні питання:

2. Опишіть сексуальну норму з різних поглядів.

3. Яка динаміка кількісних показників сексуальної активності в залежності від віку, стажу подружжя та інших факторів?

4. Як впливає культура на регламентацію сексуальної діяльності?

6. У чому відмінності жіночої та чоловічої сексуальності (психологічні та фізіологічні)?

8. Як відбиваються особистісні особливості сексуальному поведінці?

9. Назвіть ознаки та причини сексуальних дисгармоній.

10. Що таке ризиковану поведінку?

11. Що таке саморезультативність?

12. Якими є основні моделі зміни поведінки людини?

13. Які психологічні фактори сприяють залученості до ризикованої поведінки?

14. Що таке фізична та психічна залежність? Яка поведінка відповідає поняттю залежне?

15. Критерії поділу наркотиків на легальні та нелегальні.

16. Яка поширеність куріння і в чому полягає небезпека вживання тютюну?

17. Фактори ризику та перелік причин, що спонукають людей курити.

18. Чинники ризику вживання алкоголю.

19. Динаміка психічного стану від вживання алкоголю (стадії сп'яніння).

20. Стадії розвитку алкоголізму у підлітків та дорослих.

21. З якою метою використовуються ліки без призначення лікаря? Якими є наслідки цього?

22. Які особистісні характеристики можна виділити у залежних від ПАР? Охарактеризуйте особистісні типи наркозалежних.

23. Стадії розвитку залежність від наркотичних речовин.

24. Які фактори впливають на дію наркотичної речовини?

25. Чинники ризику вживання наркотиків у підлітків.

26. Фактори захисту від вживання ПАР.

27. Орієнтовні індикатори вживання наркотиків (медико-біологічні, неспецифічні).

28. Специфічні маркери вживання конкретних наркотичних речовин.

29. Що таке співзалежність та які її симптоми?

Теми рефератів:

2. Опишіть сексуальну норму з різних поглядів.

3. Яка динаміка кількісних показників сексуальної активності в залежності від віку, стажу подружжя та інших факторів?

4. Як впливає культура на регламентацію сексуальної діяльності?

6. У чому відмінності жіночої та чоловічої сексуальності (психологічні та фізіологічні)?

8. Як відбиваються особистісні особливості сексуальному поведінці?

9. Назвіть ознаки та причини сексуальних дисгармоній.

10. Що таке ризиковану поведінку?

11. Що таке саморезультативність?

12. Якими є основні моделі зміни поведінки людини?

13. Які психологічні фактори сприяють залученості до ризикованої поведінки?

14. Що таке фізична та психічна залежність? Яка поведінка відповідає поняттю залежне?

15. Критерії поділу наркотиків на легальні та нелегальні.

16. Яка поширеність куріння і в чому полягає небезпека вживання тютюну?

17. Фактори ризику та перелік причин, що спонукають людей курити.

18. Чинники ризику вживання алкоголю.

19. Динаміка психічного стану від вживання алкоголю (стадії сп'яніння).

20. Стадії розвитку алкоголізму у підлітків та дорослих.

21. З якою метою використовуються ліки без призначення лікаря? Якими є наслідки цього?

22. Які особистісні характеристики можна виділити у залежних від ПАР? Охарактеризуйте особистісні типи наркозалежних.

23. Стадії розвитку залежність від наркотичних речовин.

24. Які фактори впливають на дію наркотичної речовини?

25. Чинники ризику вживання наркотиків у підлітків.

26. Фактори захисту від вживання ПАР.

27. Орієнтовні індикатори вживання наркотиків (медико-біологічні, неспецифічні).

28. Специфічні маркери вживання конкретних наркотичних речовин.

29. Що таке співзалежність та які її симптоми?

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ДИСЦИПЛІНИ «ПСИХОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я РОБІТНИКІВ МОРЕГОСПОДАРСЬКОЇ ГАЛУЗІ»

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 1.
ТЕМА 1.
ВСТУП У ПСИХОЛОГІЮ ЗДОРОВ'Я. ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я І ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.

1. Історія становлення та сучасний стан.

Причини виникнення і взаємозв'язок з іншими науками.

Здоров'я людини як предмет комплексного міждисциплінарного дослідження. Функції, критерії та компоненти здоров'я.

2. Підходи до дослідження феномену здоров'я (нормоцентрічний, феноменологічний, холістичний, аксіологічний, еволюціоніський, адаптаційний, інтегративний і ін.).

Здорова особистість як об'єкт дослідження психології здоров'я.

3.Основні моделі здоров'я:

1) Біологічна. 2) Медична. 3) Біомедична. 4) Ціннісно-соціальна. 5) Біосоціальна.

4.Підходи до визначення сутності здоров'я (основні соціокультурні еталони):

1) Античний (5 ст. до н.е.); 2) Адаптаційний; 3) Антропоцентричний; 4) Соціокультурний.

5.Критерії психічного здоров'я.

Міждисциплінарність психології здоров'я.

6. Теорія Стресу Г. Сельє і його адаптаційна теорія.

Спосіб життя. Фактори, що визначають спосіб життя.

Основна термінологія: *категорія здоров'я; психологічне здоров'я; здорова особистість; складові здорової психологічної особистості.*

Питання для контролю:

1. Дайте аналіз відомих підходів до визначення здоров'я.
2. Функції, критерії та компоненти здоров'я.
3. Основні моделі здоров'я.
4. Підходи до визначення сутності здоров'я (основні соціокультурні еталони).
5. Критерії психічного здоров'я.
6. Міждисциплінарність психології здоров'я.
7. Психологічне здоров'я дітей.
8. Теорія Стресу Г. Сельє і його адаптаційна теорія.
9. Спосіб життя. Фактори, що визначають спосіб життя.

Практична робота.

Самостійна робота студента:

1. Словник термінів – до 10.
2. Схема-таблиця-рисунок лекції.
3. Скласти на вибір:
   А. тести від 10;
   Б. задачі по темі лекції від 10;
   В. кросворд від 10 слів.
4. Реферат (на вибір) та до нього презентація схема-відповідь або таблиця.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Історія становлення та сучасний стан.

2. Причини виникнення і взаємозв'язок з іншими науками.
3. Здоров'я людини як предмет комплексного міждисциплінарного дослідження.
4. Функції, критерії та компоненти здоров'я.
5. Підходи до дослідження феномену здоров'я (нормоцентрічний, феноменологічний, холістичний, аксіологічний, еволюціоністський, адаптаційний, інтегративний і ін.).
6. Основні моделі здоров'я: 1) Біологічна. 2) Медична. 3) Біомедична. 4) Ціннісно-соціальна. 5) Біосоціальна.
7. Підходи до визначення сутності здоров'я (основні соціокультурні еталони):
1) Античний (5 ст. до н.е.); 2) Адаптаційний; 3) Антропоцентричний; 4) Соціокультурний.
8. Критерії психічного здоров'я.
9. Міждисциплінарність психології здоров'я.
10. Теорія Стресу Г. Сельє і його адаптаційна теорія.
11. Спосіб життя. Фактори, що визначають спосіб життя.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 2-3.
ТЕМА 2. ОЦІНКА І САМООЦІНКА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я, ЇЇ ЗНАЧЕННЯ У ДОСЛІДЖЕННІ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я. ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ ЛЮДИНИ ТА ЙОГО ЗДОРОВ′Я. ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.

1. Визначення поняття «фізичне здоров'я».
2. Основні фактори фізичного здоров'я:
рівень фізичного розвитку, рівень фізичної підготовки, функціональна підготовленість до виконання фізичних навантажень, рівень і здатність до мобілізації адаптаційних резервів. Закономірності фізичного розвитку.
Функціональні резерви людини: фізіологічні, біохімічні, психологічні.
3. Обгрунтування фізичної культури.
4. Кількісне визначення фізичного здоров'я.
Самооцінка стану здоров'я за анкетою В.П.Войтенко.
5. Життєвий шлях людини та його здоров′я.
Внутрішня картина здоров'я, її значення у дослідженні психології здоров'я.
Співвідношення структури Я-концепції і структури внутрішньої картини здоров'я.
6. Формуванні внутрішньої картини здоров'я дитини у дитячому періоді і періоді раннього дитинства.
Особливості ВКЗ в підлітковому віці.
Емоційно-вольові характеристики особистості в розвитку ВКЗ.
Причини і види спотворення ВКЗ.
7. Основні напрямки психологічної допомоги дітям із зміненою ВКЗ.

Основна термінологія*: гомеостаз і фізичне здоров'я; рівень фізичного розвитку, фактори фізичного здоров'я, адаптаційні резерви організму, рухова активність, самооцінка фізичного здоров'я, оцінка фізичного здоров'я.*

Питання для контролю:
1. Які основні риси організму людини як складної біологічної системи?
2. У чому сутність поняття «фізичне здоров'я»?
3. Які основні фактори фізичного здоров'я?
4. У чому сутність поняття «фізичний розвиток»?
5. Які закони визначають рівень фізичного розвитку?
6. У чому сутність поняття «фізична підготовленість»?
7. У чому сутність поняття «функціональна підготовленість»?

8. Що є адаптаційні резерви організму?
9. Яка структура системи функціональних резервів адаптації організму?
10. Яке значення має рухова активність для формування стану фізичного здоров'я?
11. Які методичні підходи до об'єктивного оцінювання рівня фізичного здоров'я?
12. У чому суть методу самооцінки фізичного здоров'я?
13. Які існують методи оцінки фізичного здоров'я, яка у них валідність і надійність?
14. Що таке метод оцінки і самооцінки шляхом біологічного зворотного зв'язку?
15. Який існує взаємозв'язок між психічним і фізичним здоров'ям. Дайте основну характеристику такого взаємозв'язку?
16. Що вивчає перинатальна психологія?
17. Що таке «зародкова установка»?
18. Що таке психологічний компонент гестаційної домінанти? Які є несприятливі для здоров'я майбутньої дитини типи психологічного компонента гестаційної домінанти?
19. Які основні принципи вивчення внутрішньої картини здоров'я?
20. Яке співвідношення структури Я-концепції і структури внутрішньої картини здоров'я?
21. Що є найбільш важливим у формуванні внутрішньої картини здоров'я дитини у дитячому періоді і періоді раннього дитинства?
22. Які особливості ставлення до здоров'я у дітей дошкільного віку?
23. Які особливості ВКЗ в підлітковому віці?
24. Яку роль відіграють емоційно-вольові характеристики особистості в розвитку ВКЗ?
25. Назвіть форми психологічного захисту особистості, дитини та їх роль у формуванні ВКЗ.
26. Які типи сімейного виховання надають патогенний вплив на формування ВКЗ дитини?
27. Які основні напрямки психологічної допомоги дітям з спотворенням ВКЗ?

Практична робота.

Самостійна робота студента:

1. Словник термінів – до 10.
2. Схема-таблиця-рисунок лекції.
3. Скласти на вибір:
   А. тести від 10;
   Б. задачі по темі лекції від 10;
   В. кросворд від 10 слів.
4. Реферат (на вибір) та до нього презентація схема-відповідь або таблиця.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Закономірності фізичного розвитку.
2. Кількісне визначення фізичного здоров'я.
3. Теорія гомеостазу та значення адаптації.
4. Роль адаптаційних резервів організму в фізичному здоров'ї людини.
5. Роль рухової активності організму в фізичному здоров'ї людини.
6. Взаємозв'язок фізичного і психологічного здоров'я людини.
7. Методи дослідження фізичного здоров'я: оцінка і самооцінка фізичного здоров'я людини.
8. Що вивчає перинатальна психологія?
9. Що таке «зародкова установка»?
10. Що таке психологічний компонент гестаційної домінанти? Які є несприятливі для здоров'я майбутньої дитини типи психологічного компонента гестаційної домінанти?
11. Основні принципи вивчення внутрішньої картини здоров'я?
12. Дайте співвідношення структури Я-концепції і структури внутрішньої картини здоров'я?

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 4.
ТЕМА 3. ДУШЕВНЕ ЗДОРОВ'Я І КУЛЬТУРА.

1. Душевне здоров'я і культура.

Душевне здоров'я і душевні страждання. Значення релігії і психологів в збереженні душевного здоров'я.

Антична концепція здоров'я і модель здорової особистості. Основні принципи оздоровлення: помірність і турбота про себе. Шляхи оздоровлення. Уроки античності.

2. Взаємовідносини людини і культури.

Погляди З. Фрейда на душевне здоров'я і культуру. Позиції А. Адлера і Е.Фрома по культурі і способу життя.

Адаптаційна модель здорової особистості. Здоров'я як пристосованість індивіда до навколишнього середовища. Протиріччя біологічного і соціального як основна проблема здорового існування. Проблематичність античної та адаптаційної моделей здоров'я.

3. Людина у процесі становлення по Г.Оллпорту.

Антропоцентричний еталон здоров'я. Здоров'я як всебічна самореалізація особистості.

Гуманістична модель здорової особистості. Уявлення за зрілу та здорову особистість Е. Еріксона, Е. Фрома, Г. Олпорта, К.Р.Роджерса, А. Маслоу.

4. Здорова особистість у поданні сучасних авторів.

Психологі гуманістичного спрямування про душевне здоров'я і культурі. Підсистеми культури по Л. Уайт: життєзабезпечуюча, соціально-комунікативна, змістотворна.

Культурний шок як фактор, що сприяє втраті здоров'я.

5. Психогігієнічні завдання для збереження душевного здоров'я.

Основна термінологія: *душевне здоров'я і душевні страждання, ентузіазм, апатія, атараксія; душевна зрілість і душевне здоров'я; екзистенціальна фрустрація; психогігієна і психопрофілактика.*

Питання для контролю:

1. Чи можна стверджувати, що діонісійські свята і орфічні містерії, що відбувалися у Древній Греції, виконували психогігієнічні функції, і якщо так, то чому?
2. Розкрийте зміст слів ентузіазм, евтюмія, апатія, атараксія.
3. Що означає слово катарсис? Які психологічні механізми лежать в основі катарсису?
4. Як ви розумієте вислів Сенеки про мудреця: «Для життя йому багато потрібно було, а для блаженства тільки високий і здоровий дух, який зневажає фортуну»?
5. Яке ставлення до афектів у філософії Б. Спінози?
6. Яку якість індивіда Гегель вважає проявом душевної зрілості? Як співвідносяться в його концепції душевна зрілість і душевне здоров'я?
7. Які причини «невдоволення культурою» за З. Фрейдом?
8. Як культура може провокувати втрату людиною душевного здоров'я з точки зору за К.Хорні?
9. В чому, на думку Е. Фрома, сучасна західна культура несприятлива для душевного здоров'я людини?
10. Які риси характеризують зрілу особистість по Г. Оллпорту і А. Маслоу?
11. А. Маслоу стверджує, що душевно здоровій людині властиво «опір акультурації». Чи згодні ви з ним? Обгрунтуйте свою позицію.
12. У чому сутність процесу індивідуації, описаного К. Г. Юнгом? Як цей процес співвідноситься з душевним здоров'ям людини.
13. Як пов'язані душевне здоров'я людини і усвідомлення ним сенсу свого життя?
14. Як впливають на душевне здоров'я людини сучасні тенденції у розвитку життєзабезпечуючою підсистеми культури?

Практична робота.

Самостійна робота студента:

1. Словник термінів – до 10.
2. Схема-таблиця-рисунок лекції.
3. Скласти на вибір:
   А. тести від 10;
   Б. задачі по темі лекції від 10;
   В. кросворд від 10 слів.
4. Реферат (на вибір) та до нього презентація схема-відповідь або таблиця.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Подання про душевне здоров'я в історії європейської філософії.
2. Душевне здоров'я і душевні страждання. Значення релігії і філософії у збереженні душевного здоров'я.
3. Антична концепція здоров'я і модель здорової особистості.
4. Основні принципи оздоровлення за давньогрецькою філософією: помірність і турбота про себе.
5. Вплив культу Діоніса на становлення психічного здоров'я у древніх греків.
6. Орфизм і дуалістична концепція світу та людини у теорії збереження душевного здоров'я.
7. Вплив Піфагора, Аристотеля, Сократа, Демокрита, Платона на становлення ідей душевного здоров'я.
8. Ставлення до афектів у філософії Б. Спінози та його роль у становленні душевного здоров'я.
9. Взаємовідносини людини і культури.
10. Концепція душевної зрілості і душевного здоров'я у Гегеля.
11. Основні положення про душевне здоров'я, які отримали розвиток у середні століття.
12. Вплив Сенеки і його роль у становленні душевного здоров'я.
13. Теорія сенсополагання і метаформування у В. Франкла і душевне здоров'я людини.
14. Погляди З. Фрейда на душевне здоров'я і культуру.
15. Позиції А. Адлера і Е.Фрома по культурі і способу життя.
16. Адаптаційна модель здорової особистості.
17. Протиріччя біологічного і соціального як основна проблема здорового існування.
18. Теорія Фрома про душевне здоров'я і творчих задатках людини.
19. Сутність процесу індивідуації К. Г. Юнга і душевне здоров'я людини.
20. Ідеї А. Маслоу про «опір акультурації» як чинник здоров'я людини.
21. Людина у процесі становлення по Г.Оллпорту.
22. Антропоцентричний еталон здоров'я.
23. Зв'язок душевного здоров'я людини і усвідомлення ним сенсу свого життя.
24. Гуманістична модель здорової особистості.
25. Самоактуалізація по А. Маслоу і душевне здоров'я людини.
26. Душевне здоров'я людини і сучасні тенденції в розвитку життєзабезпечуючою підсистеми культури.
27. Психопрофілактика і психогігієна здоров'я. Основні принципи.
29. Роль міфу в житті сучасної людини і її душевне здоров'я.
30. Сучасна модель здорової особистості по Б. Г. Ананьеву. Основні групи психогігієнічних завдань.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 5-6.
ТЕМА 4. ЗДОРОВ'Я І СПОСІБ ЖИТТЯ.

1. З чого складається образ життя. Вплив способу життя на здоров'я. Внесок екології, медицини і спадковості на стан здоров'я.
2. Відмінності в способі життя у різних соціальних груп. Спосіб життя і його три категорії: рівень, якість, стиль. Коротка характеристика цих категорій.
3. Здоровий спосіб життя і його характеристика.
Фактори ризику для зниження рівня здоров'я.
4. Здоровий спосіб життя і конституція людини.
Складові частини конституції: рефлексивна, генотипична, фенотипична, імунна, нейронна, психологічна, лімфогематологічна, гормональна, енергоакупунктурна.
5. Основні принципи здорового способу життя: соціальні і біологічні. «Зворотний ефект» від поширення установок на здоровий спосіб життя.
Пропаганда і культивування здорового способу життя.

Основна термінологія*: здоровий спосіб життя; рівні ОЖ; конституція: рефлексивна, генотипична, фенотипична, імунна, нейронна, психологічна, лімфогематологічна, гормональна, енергоакупунктурна.*

Питання для контролю:

1. Що собою являє поняття «спосіб життя»?
2. Які основні фактори, що детермінують спосіб життя?
3. У чому сутність поняття «здоровий спосіб життя»?
4. Які основні складові та принципи здорового способу життя?
5. У чому сутність раціонального харчування?
6. У чому сутність культури харчування?
7. Який вплив справляють гіподинамія та гіпокінезія на стан організму людини?
8. Яке значення рухової активності для підтримки здоров'я?
9. У чому сутність особистої гігієни і яке її значення в збереженні стану здоров'я?
10. Які основні правила загартовування організму?
11. Здоровий спосіб життя і конституція людини.
12. Складові частини конституції.
13. Відмінності в способі життя у різних соціальних груп.
14. Фактори ризику для зниження рівня здоров'я.
15. Основні принципи здорового способу життя: соціальні і біологічні.
16. «Зворотний ефект» від поширення установок на здоровий спосіб життя.
17. Пропаганда і культивування здорового способу життя.
18. Обмен речовин і раціональне харчування.
19. Вітаміни та раціональне харчування.

Практична робота.

Самостійна робота студента:

1. Словник термінів – до 10.
2. Схема-таблиця-рисунок лекції.
3. Скласти на вибір:
   А. тести від 10;
   Б. задачі по темі лекції від 10;
   В. кросворд від 10 слів.

4. Реферат (на вибір) та до нього презентація схема-відповідь або таблиця.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Поняття «спосіб життя».
2. Основні фактори, що детермінують спосіб життя.
3. Сутність поняття «здоровий спосіб життя».
4. Вплив способу життя на здоров'я.
5. Внесок екології на стан здоров'я.
6. Внесок медицини на стан здоров'я.
7. Внесок спадковості на стан здоров'я.
8. Основні складові та принципи здорового способу життя.
9. Сутність раціонального харчування.
10. Сутність культури харчування.
11. Вплив гіподинамії і гіпокінезії на стан організму людини.
12. Значення рухової активності для підтримки здоров'я.
13. Сутність особистої гігієни.
14. Значення особистої гігієни в збереженні состоя¬нія здоров'я.
15. Які основні правила загартовування організму.
16. Спосіб життя і його три категорії: рівень, якість, стиль.
17. Здоровий спосіб життя і конституція людини.
18. Складові частини конституції.
19. Відмінності в способі життя у різних соціальних груп.
20. Фактори ризику для зниження рівня здоров'я.
21. Основні принципи здорового способу життя: соціальні і біологічні.
22. «Зворотний ефект» від поширення установок на здоровий спосіб життя.
23. Пропаганда і культивування здорового способу життя.
24. Обмен речовин і раціональне харчування.
25. Вітаміни та раціональне харчування.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 7-8.
ТЕМА 5. СОЦІАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я. ЗДОРОВ'Я І ГЕНДЕР. ЗДОРОВ'Я І ВІК. ЗДОРОВ'Я І ПРОЦЕСИ СТАРІННЯ І ДОВГОЖИТЕЛЬСТВА.

1. Благополуччя популяції - ідеальна мета суспільства.

2. Захворювання і їх соціальна значимість.

Значення для здоров'я суспільного устрою і біологічного стану популяції.

3. Соціальні девіації і їх роль в соціальному здоров'я.

Релігійність і ставлення до норм моралі.

4. Рівень здоров'я в соціальних групах.

5. Соціальні класи і їх стратифікація. Здоров'я в соціальних класах. Здоров'я в гендерних групах.

6. Сім'я її трансформація і вплив на здоров'я.

Події, що впливають на здоров'я соціуму: історичні, нормативні та ненормативні.

7. Пол і здоров'я. Вік і здоров'я.

8. Основні поняття геронтології.

Класифікація вікових меж в період старіння. Ознаки психічного старіння.

Профілактика старіння.

Основна термінологія*: соціальне здоров'я; соціальні класи; стратифікація; Гендер, вік. стать і здоров'я.*

Контрольні питання:

1. Чому здоров'я може розглядатися як соціальний феномен?
2. Розкрийте сутність девіантологіческого підходу до громадського здоров'я; охарактеризуйте зв'язку соціологічного та психологічного підходів до вивчення здоров'я суспільства.
3. Дайте визначення поняття класового градієнта здоров'я. 4. Наведіть основні теоретичні моделі, які пояснюють класовий градієнт.
5. Як впливають на здоров'я освіту, матеріальне становище, посадова позиція?
6. Дайте визначення статусної неконгруентності (неконсістентності). Опишіть її вплив на здоров'я.
7. Охарактеризуйте показники здоров'я гендерних груп.
8. Охарактеризуйте вплив сім'ї на здоров'я чоловіків і жінок.
9. Які основні механізми впливу віку на здоров'я?
10. Опишіть фактори, що впливають на здоров'я чоловіків і жінок протягом життєвого шляху.
11. Охарактеризуйте зміст соціально-екологічного підходу до здоров'я членів територіальної спільності.
12. Перерахуйте показники соціальної дезорганізації територіальних спільнот.
13. Механізми впливу соціальних організацій на здоров'я суспільства.
15. Що дозволяє виділяти в суспільстві професійні групи і говорити про професійний здоров'я?
17. Охарактеризуйте основні механізми дії стресу соціальних змін на здоров'я популяції і суспільства.
18. Як зміна гендерних стереотипів, соціалізації, статусу може сприяти поліпшенню здоров'я чоловіків і жінок?
19. Назвіть особливості психічних станів, що виникають в процесі старіння.
20. Визначте два основні підходи до проблеми профілактики старіння, існуючих в даний час.

Практична робота.

Самостійна робота студента:

1. Словник термінів – до 10.
2. Схема-таблиця-рисунок лекції.
3. Скласти на вибір:
   А. тести від 10;
   Б. задачі по темі лекції від 10;
   В. кросворд від 10 слів.
4. Реферат (на вибір) та до нього презентація схема-відповідь або таблиця.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Чому здоров'я може розглядатися як соціальний феномен?
2. Розкрийте сутність девіантологіческого підходу до громадського здоров'я; охарактеризуйте зв'язку соціологічного та психологічного підходів до вивчення здоров'я суспільства.
3. Викладіть основні конкретно-методологічні підходи до соціологічного вивчення здоров'я.
4. Дайте визначення поняття класового градієнта здоров'я. Наведіть основні теоретичні моделі, які пояснюють класовий градієнт.
5. Як впливають на здоров'я освіту, матеріальне становище, посадова позиція?
6. Дайте визначення статусної неконгруентності (неконсістентності). Опишіть її вплив на здоров'я.

7. Охарактеризуйте показники здоров'я гендерних груп. Назвіть теоретичні моделі, які пояснюють відмінності в стані здоров'я в залежності від статі.
8. Охарактеризуйте вплив сім'ї на здоров'я чоловіків і жінок. У чому причини відмінностей в цьому впливі?
9. Які основні механізми впливу віку на здоров'я? Покажіть співвідношення впливу соціальних і біологічних факторів на процес старіння.
10. Опишіть фактори, що впливають на здоров'я чоловіків і жінок протягом життєвого шляху.
11. За якими критеріями визначаються територіальні спільності? Охарактеризуйте зміст соціально-екологічного підходу до здоров'я членів територіальної спільності.
12. Перерахуйте показники соціальної дезорганізації територіальних спільнот. Як вони дозволяють охарактеризувати міську територію?
13. Опишіть зв'язок здоров'я з територіальними переміщеннями населення.
14. Дайте визначення соціальних організацій. Перерахуйте механізми впливу соціальних організацій на здоров'я суспільства.
15. Дайте визначення організаційної патології, перерахуйте її ознаки.
16. Що дозволяє виділяти в суспільстві професійні групи і говорити про професійний здоров'я?
17. Охарактеризуйте основні теоретичні моделі, що описують співвідношення трудової діяльності і дозвільної активності.
18. Охарактеризуйте основні механізми дії стресу соціальних змін на здоров'я популяції і суспільства.
19. Наведіть функції соціального контролю, очевидно і неочевидно виконуються системою охорони здоров'я.
20. У чому полягає відмінність між поняттями «стать» і «гендер»?
21. Що означає гендерний підхід до здоров'я?
22. Які основні сучасні тенденції, що характеризують здоров'я чоловіків і жінок?
23. Як зміна гендерних стереотипів, соціалізації, статусу може сприяти поліпшенню здоров'я чоловіків і жінок?
24. Визначте основні поняття геронтології.
25. Щодо яких психічних процесів можна розглядати вікові зміни?
26. Назвіть особливості психічних станів, що виникають в процесі старіння.
27. Назвіть основні складові способу життя.
28. Визначте два основні підходи до проблеми профілактики старіння, існуючих в даний час.
29. Визначте основні риси психічного складу, особливості життя довгожителів.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 9-10.
ТЕМА 6. ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ. ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.

1.Психічна саморегуляція і здоров'я.
2. Поняття «стійкої особистості».
Роль психологічної стійкості для людини.
Складові психологічної стійкості.
Якості психологічної стійкості: врівноваженість, стійкість, опірність.
Міжособистісна взаємодія.
3. Домінанти психологічної стійкості: віра, пізнавальна, діяльнісна і комунікативна активність.
Фактори, що призводять до зниження стійкості.
Впевненість. Маніпулювання. Належність до групи.

Ризик від залежності хімічної, від акцентуйованої активності і від інтерактивної.

4. Індивідуально-типологічні аспекти психічного здоров'я.

5. Психологічні типи як форми психічного здоров'я.

Сенсорно-планувальний тип, інтуїтивно-чуттєвий тип, сенсорно-імпульсивний тип і інтуїтивно-логічний тип.

6. Особливості психокорекції та психологічної самодопомоги.

7. Визначення психічного самоврядування.

Види ПСР. Сутність АТ.

БОС, медитація, психом'язового, ідеомоторна і візуомоторная тренування.

Основна термінологія: *врівноваженість, стійкість, опірність; маніпуляція; психологічні типи; психічна саморегуляція (ПСР).*

Питання для контролю:

1. Що таке психологічна стійкість особистості?
2. Що підвищує і що знижує психологічну стійкість особистості?
3. Як пов'язані віра та психологічна стійкість особистості?
4. Яке значення релігійної віри в аспекті психологічної стійкості?
5. Охарактеризуйте домінанти активності, що виступають як опори психо-логічної стійкості особистості.
6. Охарактеризуйте групи психологічних залежностей, які можуть виникнути при зниженою психологічної стійкості особистості.
7. У чому полягає значення індивідуально-типологічного підходу для психології здоров'я?
8. Який внесок робить психологічний тип, з одного боку, і акцентуації - з іншого, в загальне психічне здоров'я індивіда?
9. Назвіть сильні сторони одного з психологічних типів і покажіть їх адаптивне значення.
10. Сформулюйте рекомендації щодо здорового способу життя для представників сенсорно-який планує типу.
11. Опишіть поведінку і фізіологічні реакції людей інтуїтивно-чуттєвого типу в гострих (короткочасних) стресових ситуаціях.
12. Перерахуйте основні психологічні проблеми людей інтуїтивно-чуттєвого типу і намітьте шляхи їх вирішення.
13. Дайте визначення акцентуації особистості.
14. Назвіть основні напрямки психологічної корекції при вираженій психастенической акцентуації.
15. Розкрийте сутність психологічних проблем при истероидной акцентуації особистості і визначте шляхи їх психокорекції.
16. Спробуйте самостійно проаналізувати вплив можливих взаємозв'язків між типом і акцентуациями особистості на гіпотетичному прикладі.
17. Дайте визначення психічного самоврядування.
18. Які види ПСР ви знаєте?
19. Розкрийте сутність АТ.
20. Що таке БОС, медитація, психом'язового, ідеомоторна і візуомоторная тренування?
21. Дайте визначення психічного самоврядування.
22. Які види ПСР ви знаєте?
23. Розкрийте сутність АТ.
24. Що таке БОС, медитація, психом'язового, ідеомоторна і візуомоторная тренування?

Практична робота.

Самостійна робота студента:

1. Словник термінів – до 10.

2. Схема-таблиця-рисунок лекції.
3. Скласти на вибір:
   А. тести від 10;
   Б. задачі по темі лекції від 10;
   В. кросворд від 10 слів.
4. Реферат (на вибір) та до нього презентація схема-відповідь або таблиця.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Що таке психологічна стійкість особистості?
2. Що підвищує і що знижує психологічну стійкість особистості?
3. Як пов'язані віра та психологічна стійкість особистості?
4. Яке значення релігійної віри в аспекті психологічної стійкості?
5. Охарактеризуйте домінанти активності, що виступають як опори психо-логічної стійкості особистості.
6. Охарактеризуйте групи психологічних залежностей, які можуть виникнути при зниженою психологічної стійкості особистості.
7. У чому полягає значення індивідуально-типологічного підходу для пси-хології здоров'я?
8. Який внесок робить психологічний тип, з одного боку, і акцентуації - з іншого, в загальне психічне здоров'я індивіда?
9. Назвіть сильні сторони одного з психологічних типів і покажіть їх адаптивне значення.
10. Сформулюйте рекомендації щодо здорового способу життя для представників сенсорно-який планує типу.
11. Опишіть поведінку і фізіологічні реакції людей інтуїтивно-чуттєвого типу в гострих (короткочасних) стресових ситуаціях.
12. Перерахуйте основні психологічні проблеми людей інтуїтивно-чуттєвого типу і намітьте шляхи їх вирішення.
13. Дайте визначення акцентуації особистості.
14. Назвіть основні напрямки психологічної корекції при вира¬женной психастенической акцентуації.
15. Розкрийте сутність психологічних проблем при истероидной акцентуа¬ції особистості і визначте шляхи їх психокорекції.
16. Спробуйте самостійно проаналізувати вплив можливих взаємозв'язків між типом і акцентуациями особистості на гіпотетичному прикладі.
17. Дайте визначення психічного самоврядування.
18. Які види ПСР ви знаєте?
19. Розкрийте сутність АТ.
20. Що таке БОС, медитація, психом'язового, ідеомоторна і візуомотор-ва тренування?
21. Дайте визначення психічного самоврядування.
22. Які види ПСР ви знаєте?
23. Розкрийте сутність АТ.
24. Що таке БОС, медитація, психом'язового, ідеомоторна і візуомоторная тренування?
25. Віра і психологічна стійкість особистості.
26. Домінанти активності, що виступають як опори психологічної стійкості особистості.
27. Групи психологічних залежностей, які можуть виникнути при зниженою психологічної стійкості особистості.
28. Який внесок робить психологічний тип, з одного боку, і акцентуації - з іншого, в загальне психічне здоров'я індивіда.
29. Рекомендації щодо здорового способу життя для представників різних психологічних типів.
30. Види акцентуацій особистості.
31. Сутність психічної саморегуляції.

32. Історія створення АТ.
33. Йога та її роль в саморегуляції психічного здоров'я.
34. Значення для практики психом'язового, ідеомоторного і візуомоторной тренування.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ 11-12.
ТЕМА 7. ПСИХОЛОГІЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я. ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ.

1. Психологія професійного здоров'я.
Працездатність як критерій професійного здоров'я.
Фактори професійної працездатності.
Професійна реабілітація.
2. Екстремальні умови діяльності та здоров'я людини.
3. Професійне вигорання та ресурси його подолання.
Визначення професійного здоров'я. Внесок В.Бехтерєва в вивчення професійного здоров'я.
Професійне самовизначення. Критерії успішності професійної адаптації.
4. Вплив віку, статі та індивідуальних особливостей на адаптацію.
5. Стрес в професійній діяльності: фізіологічний і психологічний.
Професії, в яких стрес найбільш част. Шкала соціального стресу.
Прояви стресу на поведінковому рівні. Фізіологічні реакції в умовах стресу.
Забезпечення безпеки праці - фактор професійного здоров'я.
Введення терміну «вигорання». Вигорання як стрес і як деформація професіонала.
Професії, при яких вигорання найбільш часте. Причини вигоряння.
6. Особистісні, статусно-рольові, корпоративні фактори, що впливають на розвиток вигоряння. Фактори ризику організаційного середовища.
Діагностика вигоряння за опитувальником ПВ. Стресостійкість та подолання вигорання.
7. Три психологічних ресурсу подолання стрес-ситуацій: надія, раціональна віра, душевна сила. Способи подолання стресу (копінг): активні і пасивні стратегії.
Фактори найбільш важливі для збереження псіхічного здоров'я студентів.
8. Зміст і сенс концепції когерентності Антоновського.
Ранні симптомів стресу і вигорання в студентському середовищі.
Заходи профілактики синдрому вигоряння в навчальному середовищі.

ТЕМА 8. ОСНОВИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ / СНІДУ. ПРОФІЛАКТИЧНА НАРКОЛОГІЯ

План

1. Сексуальна поведінка. Сексуальне здоров'я.
Вплив культури на регламентацію сексуальної деятельності
Ризикована поведінка.
2. Психологічні основи первинної профілактики залежностей. Фізична і психічна залежність. Залежна поведінка.
Профілактичні моделі і базові принципи первинної профілактики залежностей
3. Психологічні моделі адиктивної поведінки і пристрасть до наркотиків
Поділ наркотиків на легальні і нелегальні.
4. Особистісні характеристики залежних від ПАР. Особистісні типи наркозалежних.
Співзалежність.

Основна термінологія: *професійне здоров'я; успішність професійної адаптації; професійне «вигорання»;* ***ризикована поведінка; залежна поведінка; співзалежність.***

Питання для контролю:

1. Роботи зарубіжних і вітчизняних авторів, що стосуються проблеми професійного здоров'я.
2. Концепцію психологічного забезпечення професійної діяльності стосовно питання професійного здоров'я.
3. Забезпечення надійності професійної діяльності та його вплив на професійне здоров'я.
4. Природа можливих стресорів у професійній діяльності та ознаки викликаються ними стресових станів.
5. Об'єктивні та суб'єктивні чинники забезпечення безпеки праці.
6. Поняття «професійне здоров'я».
7. Які фактори впливають на професійну працездатність?
8. Визначення професійної реабілітації, її принципи, методи, етапи.
9. Критерії класифікації екстремальних ситуацій.
10. Принципові відмінності в поняттях «екстремальна ситуація» і «екстремальні умови діяльності».
11. Загальна характеристику надзвичайних ситуацій.
12. Техногенні катастрофи та екологічні катастрофи.
13. Соціальні катастрофи.
14. Загальна характеристика поведінкових і психічних реакцій людини в екстремальних ситуаціях.
15. Психогенні розлади, що виникають при екстремальних ситуаціях.
16. Психічні механізми психогенних порушень в екстремальних умовах.
17. Охарактеризуйте особливості діяльності в екстремальних умовах.
18. Особливості психогенних розладів при діяльності в екстремальних умовах.
19. Назвіть особистісні, статусно-рольові, корпоративні та професійні фактори ризику вигоряння.
20. Визначення «вигорання» і його негативних наслідків для психосоціального здоров'я особистості.
21. Індивідуальні наслідки вигорання.
22. Визначте основні симптоми вигоряння.
23. Перерахуйте основні причини вигоряння фахівців, орієнтірованних на роботу з людьми.
24. Основний зміст моделі Перлман і Хартмана про взаємодію організаційних і особистісних факторів ризику вигоряння.
25. Особистісні та поведінкові ресурси подолання вигорання.
26. Основні положення теорії збереження ресурсів Хобфолл.
27. Поняття соціальної підтримки як ресурсу стресостійкості.
28. Які фактори можна віднести до найбільш важливим для збереження психічного здоров'я студентів?
29. Що є змістом і сенсом концепції когерентності Антонівського.
30. У чому виявляються ранні симптоми стресу і вигорання в студентському середовищі?
31. Які заходи можна віднести до профілактики синдрому вигоряння в навчальному середовищі?
32. Опишіть сексуальну норму з різних точок зору.
33. Який вплив робить культура на регламентацію сексуальної діяльності?
34. Як відбиваються особистісні особливості в сексуальній поведінці?
35. Що таке ризикована поведінка?
36. Які основні моделі зміни поведінки людини?
37. Які психологічні фактори сприяють залученості в ризиковану поведінку?
38. Що таке фізична і психічна залежність? Яка поведінка відповідає поняттю залежне?

39. Критерії поділу наркотиків на легальні і нелегальні.
40. Фактори ризику та перелік причин, що спонукають людей палити.
41. Фактори ризику вживання алкоголю.
42. Які особистісні характеристики можна виділити у залежних від ПАР? Охарактеризуйте особистісні типи наркозалежних.
43. Фактори ризику вживання наркотиків у підлітків.
44. Фактори захисту від вживання ПАР.
45. Специфічні маркери вживання конкретних наркотичних речовин.

Практична робота.

Самостійна робота студента:

1. Словник термінів – до 10.
2. Схема-таблиця-рисунок лекції.
3. Скласти на вибір:
   А. тести від 10;
   Б. задачі по темі лекції від 10;
   В. кросворд від 10 слів.
4. Реферат (на вибір) та до нього презентація схема-відповідь або таблиця.

Підготувати усні доповіді на тему і / або написати реферати на тему:

1. Роботи зарубіжних і вітчизняних авторів, що стосуються проблеми професійного здоров'я.
2. Концепцію психологічного забезпечення професійної діяльності стосовно питання професійного здоров'я.
3. Забезпечення надійності професійної діяльності та його вплив на професійне здоров'я.
4. Природа можливих стресорів у професійній діяльності та ознаки викликаються ними стресових станів.
5. Об'єктивні та суб'єктивні чинники забезпечення бе¬зопасності праці.
6. Поняття «професійне здоров'я».
7. Які фактори впливають на професійну працездатність?
8. Визначення професійної реабілітації, її принципи, методи, етапи.
9. Критерії класифікації екстремальних ситуацій.
10. Принципові відмінності в поняттях «екстремальна ситуація» і «екстремальні умови діяльності».
11. Загальну характеристику надзвичайних ситуацій.
12. Техногенні катастрофи та екологічні катастрофи.
13. Соціальні катастрофи.
14. Загальна характеристика поведінкових і психічних реакцій чело¬века в екстремальних ситуаціях.
15. Психогенні розлади, що виникають при екстремаль¬них ситуаціях.
16. Психічні механізми психогенних порушень в екстремальних умовах.
17. Охарактеризуйте особливості діяльності в екстремальних умовах.
18. Особливості психогенних розладів при діяльності в екстремальних умовах.
19. Назвіть особистісні, статусно-рольові, корпоративні та професійні фактори ризику вигоряння.
20. Визначення «вигорання» і його негативних наслідків для психосоціального здоров'я особистості.
21. Індивідуальні наслідки вигорання.
22. Визначте основні симптоми вигоряння.
23. Перерахуйте основні причини вигоряння фахівців, оріентірован¬них на роботу з людьми.

24. Основний зміст моделі Перлман і Хартмана про взаємодію організаційних і особистісних факторів ризику вигоряння.
25. Особистісні та поведінкові ресурси подолання вигорання.
26. Основні положення теорії збереження ресурсів Хобфолл.
27. Поняття соціальної підтримки як ресурсу стресостійкості.
28. Які фактори можна віднести до найбільш важливим для збереження психічного здоров'я студентів?
29. Що є змістом і сенсом концепції когерентності Антонівського.
30. У чому виявляються ранні симптоми стресу і вигорання в студентському середовищі?
31. Які заходи можна віднести до профілактики синдрому вигоряння в навчальному середовищі?
32. Опишіть сексуальну норму з різних точок зору.
33. Який вплив робить культура на регламентацію сексуальної діяльності?
34. Як відбиваються особистісні особливості в сексуальній поведінці?
35. Що таке ризикована поведінка?
36. Які основні моделі зміни поведінки людини?
37. Що таке фізична і психічна залежність? Яка поведінка відповідає поняттю залежна?
38. Критерії поділу наркотиків на легальні і нелегальні.
39. Фактори ризику вживання алкоголю.
40. Які особистісні характеристики можна виділити у залежних від ПАР? Охарактеризуйте особистісні типи наркозалежних.
41. Специфічні маркери вживання конкретних наркотичних речовин.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ СРС З ЗАНЯТЬ ДО ДИСЦИПЛІНИ «ПСИХОЛОГІЯ ЗДОРОВ'Я РОБІТНИКІВ МОРЕГОСПОДАРСЬКОЇ ГАЛУЗІ»

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ

1.Визначення психології здоров'я як науки і в чому головна задача психології здоров'я.
2.Який напрямок розглядає роль психології в етіології захворювань.
3. Коли і де вперше було створено відділення психології здоров'я.
4. Що входить до складу незалежних факторів, які корелюють зі здоров'ям і хворобою.
5.Опишіть поведінку типу А.
6. Когнітивні незалежні фактори, що впливають на здоров'я.
7. Уява про хворобу у людей.
8.Фактори соціального середовища, що впливають на здорове і нездорову поведінку.
9.Передающі фактори, що корелюють зі здоров'ям і хворобою.
10. Які є аксіоми щодо феномена здоров'я.
11.Дайте визначення здоров'я за ВООЗ.
12.Что таке передхвороба.
13.Що таке механізм компенсації для підтримки здоров'я.
14.Что значить психологічний захист для підтримки здоров'я.
15.Людям, з якими рисами більш властиво хворіти і яким особистостям властива психосоматична патологія.
16.Кратка характеристика людини зі здоровою психікою.
17. Крітеріі психічного здоров'я.
18.Основні чинники способу життя і чим обумовлений спосіб життя.
19.Что таке рівень життя.
20.Характерістіка якості життя і стилю життя.
21.Здоровий спосіб життя і його складові.
22.Вплив конституції людини на образ життя і що таке рефлексивна і генотипична конституція.
23.Іммунна і фенотипическа конституція людини.
24.Нейронна і психологічна конституція людини.
25.Сущність лімфогематологічесної, гормонально-статевої, енергоакупунктурної конституції.
26.Основні принципи здорового способу життя.
27.Роль релігії, філософії, міфології в збереженні душевного здоров'я
28.Сенс психологів про душевне здоров'я і їх допомога.
29. Якісний і негативний вплив культури на душевне здоров'я.
30.Відношення до культури у психологів гуманістичного спрямування.
31.Что породжує «культурний шок».
32.Что є критеріями душевного здоров'я.
33. Визначення фізичного здоров'я і основні чинники фізичного здоров'я.
34.Фізічний розвиток і вплив на нього законів спадковості, вікової ступінчастості, єдності організму і середовища.
35.Фізічна підготовленість і функціональна підготовленість.
36.Адаптаційні можливості і функціональні резерви організму.
37.Рухова активність і фізичне здоров'я.
38.Кількістна характеристика фізичного здоров'я по Г.Л.Апанасенко.
39.Анкета самооцінки здоров'я.
40.Період входження студента в нове середовище і які є стресогенні фактори в студентському середовищі.

41.Кто зі студентів зазнає труднощів ідентифікації з середовищем і які типи поведінку несприятливі для студентського середовища.
42.Мери профілактики психічного здоров'я студентів і соціальна підтримка з боку студентів і з боку викладачів.
43.Мери профілактики синдрому вигоряння в навчальному середовищі.
44.Что розуміють під соціальним здоров'ям і які є регулятори соціального здоров'я суспільства.
45.Соціальние групи і здоров'я. Соціальна структура сучасного суспільства (стратифікація).
46.Хвороби в різних стратах. Захворюваність за гендерною ознакою.
47.Сім'я і її вплив на здоров'я. Вікові групи і їхнє здоров'я.
48.Трі види подій які впливають на здоров'я в територіальних спільнотах.
49.Характерістіка психологічно стійкою особистості.
50.Урівновага, стійкість і опірність особистості.
51.Фактори, що підтримують психологічну стійкість
52.Особенності, що призводять до зниження стійкості.
53.Межособистістна взаємодія і здоров'я. Залежності як чинники зниження психологічної стійкості.
54. Функції сексуальних відносин.
55.Что відноситься до видів допомоги для охорони і зміцнення сексуального здоров'я.
56.Основние елементи сексуального здоров'я.
57.Оптімальна, прийнята і терпима сексуальна норма по К.Імелінскому.
58.Кількістні і якісні основи сексуальності.
59.Сексуальность в різних культурах. Порівняння чоловічої та жіночої сексуальності
60.Псіхологічні типи жінок в оцінці гармонійності сексуальних відносин.
61.Псіхологічні типи чоловіків в оцінці гармонійності сексуальних відносин.
62.Пять варіантів дисгармоній, виділених російськими сексологами і профілактика сексуальних дисгармоній.
63.Какова класифікація на психологічні типи по Д.Кейрсі.
64.Основні цінності і світогляд осіб інтуїтивно-логічного типу.
65.Основні цінності і світогляд осіб сенсорно-який планує типу.
66.Основні цінності і світогляд осіб інтуїтивно-чуттєвого типу.
67.Основні цінності і світогляд осіб сенсорно-імпульсивного типу.
68.Які рекомендації по психокорекції та психологічної допомоги особам інтуїтивно-логічного типу.
69. Які рекомендації по психокорекції та психологічної допомоги особам сенсорно-який планує типу.
70. Які рекомендації по психокорекції та психологічної допомоги особам інтуїтивно-чуттєвого типу.
71. Які Які рекомендації по психокорекції та психологічної допомоги особам сенсорно-імпульсивного типу.
72.Становленіе професійного здоров'я як окремої дисципліни.
73.Профессіональное самовизначення і фактори, що впливають на професійне самовизначення.
74.Фактори, які сприяють підтримці фізичного і психічного здоров'я в професійному середовищі.
75.Что забезпечує успішність професійної адаптації і що негативно впливає на адаптацію до праці і стан здоров'я людини.
76.Псіхологіческій стрес і професії, в яких його ймовірність велика. Соціальний стрес і його шкала.
77. Які об'єктивні показники можуть підтвердити стан стресу .Псіхологічне забезпечення безпеки праці.

78.Професіональне вигорання (емоційне вигорання); як часто і у кого буває.
79.Фактори, які відіграють істотну роль в «вигорання» професіонала.
80.Особистістні особливості, що сприяють «вигорання»
81.Вплив «вигорання» на діяльність людини. Діагностика синдрому «вигорання»
82. Методика діагностики емоційного вигорання за В. В. Бойко.
83.Ознаки акцентуації і типи акцентуації, виділені К.Леонгардом.
84.Типи акцентуації, виділені у підлітків А.Е.Личко.
85.Відношення дитини до свого здоров'я та способу «Я» в дитячий період.
86. Відношення дитини до свого здоров'я в період раннього дитинства.
87. Відношення дітей дошкільного віку до свого здоров'я.
88. Відношення дітей молодшого шкільного віку до свого здоров'я.
89. Відношення дітей підліткового періоду до свого здоров'я.
90. Психологічний захист в підлітковому віці.

МЕТОДИ НАВЧАННЯ

Дисципліна **«Психологія здоров'я робітників морегосподарської галузі»** може викладатися в аудиторному та/або дистанційному форматах.

Програмою курсу передбачено читання лекцій, проведення практичних занять, виконання контрольних робіт і індивідуальних досліджень, організацію дискусій та робот у міні-групах.

Освоєння курсу припускає, крім відвідування лекцій і практичних занять, виконання домашніх завдань, які полягають у вивченні теоретичних уявлень і окремих підходів до процесу консультування (в т.ч. в рамках різних психологічних шкіл і напрямів), і в опрацьовуванні прийомів і навичок консультування при проведенні напівструктурованої бесіди.

Для ефективного вивчення навчального курсу **«Психологія здоров'я робітників морегосподарської галузі»** пропонується виконати форми робіт, які в цілому становитимуть основу ваших спеціальних та базових знань:

1. Лекційний курс – створено задля введення шляхом передання знань та основних умінь (теоретичних та практичних) під час проведення занять лектором.
2. Практичний курс – комплекс навчальних занять, під час яких Ви зможете актуалізувати теоретичні та практичні основи психофізіології задля закріплення актуального знання.
3. Самостійна робота студента (СРС) – комплекс теоретичних та теоретико-практичних завдань, які треба виконати самостійно протягом вивчення навчального курсу. СРС дає змогу опанувати знання, яке допоможе глибше пізнати теорію та практику.

Методи діагностики результатів навчання студентів з навчальної дисципліни **«Психологія здоров'я робітників морегосподарської галузі»** (комплексна мета: встановлення фактичного обсягу знань та сформованих умінь і навичок з навчальної дисципліни під час її планового вивчення у системі професійної підготовки):

-усне індивідуальне опитування: на лекційних, практичних та індивідуально-консультативних заняттях з метою виявлення рівня засвоєння студентами знань, сформованих навичок і вмінь, а також на заліку (за теоретико-практичним матеріалом);

-письмовий контроль (письмові експрес-опитування, або тестові завдання; поточні контрольні роботи; комплексні контрольні роботи, письмові відповіді під час заліку та ін.);

-колоквіум:

а) встановлення рівня засвоєння базової термінології з кожної теми; б) з'ясування внутрішньої (тематичної) та зовнішньої («між темами») логістики.

До поточної оцінки можуть бути додані бали за участь студента у науково-дослідницькій, пошуковій роботі, олімпіадах та конференціях за даною дисципліною.

Підсумковий контроль здійснюється у формі диф. заліку; допуск до заліку передбачує мінімум 35 балів, які накопичуються у поточному контролі.

Оцінювання роботи: поточний та підсумковий контроль. Усне опитування, доповіді та реферати, письмові контрольні завдання, участь у дискусіях та обговореннях, індивідуальні завдання: **реферат, творча робота, презентація.** Або Єсе –аналіз наукової статті з просторів інтернету.

Диф.залік.

МЕТОДИ КОНТРОЛЮ

Використовуються наступні методи контролю: поточний і підсумковий.

Поточний контроль полягає у визначенні рівня та обсягу оволодіння знаннями, навичками і уміннями з тем змістового модулю. Цей контроль здійснюється впродовж аудиторних занять і в позааудиторний час шляхом опитування на практичних заняттях, перевірки результатів виконання практичних і індивідуальних завдань, поточного тестування, складання колоквіуму тощо.

Здобувач, який не склав усі, передбачені цією програмою, індивідуальні завдання, не допускається до складання підсумкового контролю.

Підсумковий контроль здійснюється наприкінці семестру у вигляді екзамену (заліку), у тому числі за допомогою тестування в СМК Moodle, усного опитування за всіма темами дисципліни тощо.

Загальна оцінка з дисципліни «Психологія здоров'я робітників морегосподарської галузі»

становить максимум 100 балів та визначається оцінкою підсумкового контролю з іспиту.

Якщо здобувач отримав загальну оцінку з дисципліни від 35 до 59 балів, він має право на повторне проходження підсумкового контролю під час екзаменаційної сесії.

Система оцінювання навчальних досягнень студентів

Вид діяльності студента	**Максимальна кількість балів**
Робота на практичному занятті	20 б
Виконання завдань для самостійної роботи (доповідь, реферат)	10 б.
Творчі завдання	20 б.
Виконання письмової практичної роботи (в т.ч. в СМК Moodle)	10 б.
Підсумкова контрольна робота/тестування	40 б.
Всього	**100 б.**

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАВЧАННЯ

Критерії оцінювання поточного та підсумкового контролю визначаються згідно з Положенням про організацію освітнього процесу Одеського національного морського університету, що прийнято Наказом ОНМУ від 30.08.2019 року №235-орг.

Для визначення ступеня оволодіння навчальним матеріалом з подальшим його оцінюванням застосовуються такі критерії оцінювання результатів навчання.

Бал	Оцінка ЄКТС	Критерії оцінювання
90 – 100	A	Здобувач вищої освіти має глибокі і системні знання, вміє узагальнювати теоретичний матеріал, співвідносити загальні знання з конкретними ситуаціями; засвідчив уміння критично оцінювати варіантні підходи щодо сутності норм та уявлень; оволодів навиками аналізувати, моделювати та адекватно оцінювати ситуацію; обізнаний з науковими працями вітчизняних та зарубіжних спеціалістів в даній області; матеріал викладає логічно, послідовно, переконливо
82 – 89	B	Здобувач вищої освіти виявив достатньо повні знання курсу; дає правильні, хоча і не завжди повні визначення явищ дійсності; оволодів навичками співвідносити теоретичні знання з конкретними ситуаціями; висловлює своє ставлення до варіантних теорій щодо сутності явищ; засвоїв основи аналітичного мислення.
75 – 81	C	
67 – 74	D	Здобувач вищої освіти взагалі засвоїв програмний матеріал курсу в передбаченому обсязі з деякими неточностями у визначенні основних явищ та процесів; намагається висловити своє ставлення до проблемних питань, хоча і не завжди адекватно; вміє аналізувати набуті теоретичні знання і співвідносити їх з конкретними ситуаціями; виклад матеріалу непослідовний, неточний, з наявними помилками.
60 – 66	E	
35 – 59	FX	Здобувач вищої освіти виявив слабкі (відсутність) знання теоретичного програмного матеріалу; не зміг дати визначення основних провідних категорій та явищ; відсутні навички адекватної оцінки норм і теорій; виклад матеріалу непослідовний, нелогічний, фрагментарний, з грубими помилками.
1 – 34	F	

Результати навчання з освітніх компонентів оцінюються за 100-бальною шкалою (від 1 до 100) з переведенням в оцінку за традиційною шкалою («відмінно», «добре», «задовільно», «незадовільно»).

Таблиця переведення результатів оцінювання здобувачів вищої освіти

Бал	Оцінка ЄКТС	Оцінка за національною шкалою
90 – 100	A	Відмінно
82 – 89	B	Добре
74 – 81	C	
64 – 73	D	Задовільно
60 – 63	E	
35 – 59	FX	Незадовільно
1 – 34	F	

Визнання результатів навчання, набутих у неформальній/інформальній освіті розповсюджується як на нормативні, так і на вибіркові освітні компоненти навчального плану за освітньою програмою. Перезарахована може бути як дисципліна повністю, так і її складові (змістовні модулі). Визнання результатів навчання у неформальній та інформальній освіті перезарахоуються згідно ПОЛОЖЕННЯ ПРО НЕФОРМАЛЬНУ ТА ІНФОРМАЛЬНУ ОСВІТУ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ОДЕСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МОРСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ
https://www.onmu.odessa.ua/images/applic/pdf/Polog_non-formal_informal%20education_1.pdf

Методичне забезпечення

1) робоча програма навчальної дисципліни та силабус;
2) плани практичних занять;
3) конспект лекцій;
4) методичні рекомендації щодо організації самостійної та індивідуальної роботи;
5) теми контрольних робіт студентами заочної форми навчання;
6) теми для індивідуальних завдань:
7) питання до заліку та екзамену.

Додаткова частина Комплексу включає решту навчально-методичних матеріалів забезпечення освітнього процесу, а саме:
1) навчальні посібники, підручники,
2) зошит для практичних робіт;
3) відомості щодо забезпечення здобувачів навчальною та методичною літературою (фонди бібліотек університету, кафедри, гугл-диск кафедри);
4) презентації лекцій у форматі MS Power Point;
5) дидактичні матеріали (роздаткові, наочні матеріали, зразки документів, макети матеріалів тощо);
6) інші навчально-методичні матеріали.

Конспекти лекцій, презентації, відео-матеріали, електронні статті.
Методичні вказівки з організації самостійної роботи студентів до дисципліни.

Сторінка дисципліни у СМК Moodle: посилання

https://us02web.zoom.us/j/84835251298?pwd=VVNSd25HZHZ6OUoxYnlYQTVnQk9EQT09
Идентификатор конференции 848 3525 1298 Код доступа n7gNYE

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ТА ІНШІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Базова

1. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ. Вежа. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2021. 430 с.

2. Психологія здоров'я: теорія і практика. (Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика. Львів.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2019. 338 с.

3. Психологія здоров'я: Навчальний посібник. / Чернівці: книги XXI, 2009. 296 с.

4. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2019. 488 с.

5. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини/за ред. І.В.Толкунової. Київ: 2018. 156 с.

6. Плахтій П.Д., Підгорний В.К., Соколенко Л.С. Основи шкільної гігієни і валеології. Теорія, практикум, тести: Навчальний посібник / За редакцією П.Д.Плахтія. Кам'янець-Подільський: ПП Буйницький О.А., 2019. 332 є.

7. Тімофеєва М.П., Двіжона О.В. Психологія здоров'я: Навчальний посібник. Чернівці: Книги – XXI, 2019. 296.

8. Психологія здоров'я: теорія і практика. (Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика. Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2020. 338с.

9. Л.М. Фальковська. Методичні рекомендації до навчальної дисципліни "Психологія здоров'я". Житомир, 2021. 92 с.

10. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини/за ред. І.В.Толкунової.Київ: 2019. 156 с.

11. Католик Г. Психологія особистості (в схемах, презентаціях і таблицях): навчальний посібник / Галина Католик, Наталія Калька. Львів: ЛьвДУВС, 2022. 158 с.

12. Психофізіологічне забезпечення становлення фахівця у професіях типу «людина-людина» : монографія / За ред. О.М. Кокуна. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2019. 266 с.

Додаткова

1. Вікова психологія: Хрестоматія: Навч. посібник / Л.В. Долинська, Т.М. Лисянська та ін. 3-тє вид., стереотипне. Київ: Каравела, 2020. 488 с.

2. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. 6-те вид./ О.В. Скрипченко, Л.В. Волинська, З.В. Огороднійчук та ін. К: Каравела, 2020. 400 с.

3. Волошина В.В., Волинська Л.В., Ставицька С.О. Загальна психологія: Практикум: Навч. посібник. 7-ме вид. К.: Каравела, 2021. 280с.

4. Загальна психологія: Підручник / О.В. Скрипченко, Л.В. Долиська, З.В. Огороднійчук та ін. 7-е вид., виправ. та доповн. Київ: Каравела, 2021. 464 с.

5. Загальна психологія: Хрестоматія: Навч. посіб. 5-те вид./ О.В. Скрипченко, Л.В. Волинська, З.В. Огороднійчук та ін. К.: Каравела, 2019. 640с.

6. Савицька О.В., Співак Л.М. Етнопсихологія: Навч. посібн. 4–те вид., К.: Каравела, 2019. 264 с.

7. Ставицька С.О., Волошина В.В. Соціальна психологія: практикум: Навч. посібник. 3 – тє вид., стереотипне. К.: Каравела, 2019. 320с.

8. Титаренко Т.М. Сучасна психологія особистості: Навчальний посібник. 2– ге вид., стереотипне. К.: Каравела, 2021. 372с.

9. Євдокімова О. О. Історія психології : навч. посіб. Вид. 2-ге, допов. Харків : Константа, 2020. 320 с.

10. Загальна психологія: Підручник / О.В. Скрипченко, Л.В. Долиська, З.В. Огороднійчук та ін. 7-е вид., виправ. та доповн. Київ: Каравела, 2021. 464 с.

11. Карпенко Н.В. Діагностика психічного розвитку дитини в роботі педагога (вчителя, вихователя): Навч. посібник. 3-тє вид., стереот. Київ: Каравела, 2021. 248с.

12. Мартинюк І.А. Патопсихологія. Практикум (навч. посіб. для студ. вищ. закладів) / Ірина Анатоліївна Мартинюк. Друге видання, стереотипне. К.: Каравела, 2019. 184 с.