

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «ПРИКАРПАТСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА»

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

ЩУРИК ІРИНА МИХАЙЛІВНА

УДК 159.9:37.132:001.26:613.95

ДИСЕРТАЦІЯ

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ЧИННИКИ ОПТИМІЗАЦІЇ
ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ З НАБУТИМИ
ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

19.00.07 – «Педагогічна та вікова психологія»

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ І.М. Щурик

Науковий керівник – Гасюк Мирослава Богданівна, кандидат психологічних
наук, доцент

Івано-Франківськ – 2019

АНОТАЦІЯ

Щурик І. М. Психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». – ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», Івано-Франківськ, 2019.

Дисертацію присвячено комплексному вивченню особливостей внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Підлітковий вік характеризується виходом дитини на якісно нову соціальну позицію, пов'язану з пошуком свого місця у суспільстві. Це період інтенсивних рефлексій та побудови системи цінностей. Це початок формування позиції дорослої людини, початок вступу у нові стосунки з навколишнім світом дорослих, зі світом їх цінностей. Підліток, який зустрівся з проблемою втрати здоров'я, а саме, в силу тих чи інших обставин отримав порушення опорно-рухового апарату, перебуває в особливій ситуації розвитку – вирішує складні питання власного становлення та адаптується до вимог захворювання. Внутрішня картина здоров'я підлітка з проблемами опорно-рухового апарату є вузькоспеціалізованою і в той же час надактуальною для практикуючих психологів у сфері освіти та здоров'я. Ставлення до здоров'я характеризується поняттям внутрішня картина здоров'я – складним динамічним утворенням у самосвідомості людини, що містить суб'єктивне уявлення людини про своє здоров'я; усвідомлення своїх біологічних ресурсів і можливостей; самооцінку здоров'я, способи його підтримання та збереження; емоційні переживання, пов'язані із здоров'ям.

Здійснено аналіз теоретичних підходів до розуміння сутності психологічного феномену «внутрішня картина здоров'я». Простежено сучасні тенденції досліджень ставлення до здоров'я у підлітковому віці.

Розширено й доповнено наукове уявлення про внутрішню картину здоров'я в підлітковому віці. Визначено структуру внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, згідно з якою її складають такі взаємопов'язані компоненти: сенситивний, емоційний, когнітивний, ціннісно-мотиваційний, поведінковий.

Охарактеризовано *компоненти структури ВКЗ*. Так *сенситивний компонент ВКЗ* трактується як образ тіла, що проявляє себе у відчуттях фізичного комфорту чи дискомфорту), розширених чи обмежених можливостей володіння своїм тілом.

Схема тіла безпосередньо впливає на формування актуального та ресурсного станів підлітка. Прагнення досягнути ресурсного стану слугує мотивацією одужання та пошуку шляхів реабілітації. Корекція сенситивного компоненту є шляхом до відновлення ресурсів і можлива за участі різнопланових фахівців: лікаря, лікаря-реабітолога, психолога, педагога, фізіотерапевта тощо. При цьому лікар-реабітолог є носієм реальних відомостей про потенційний ресурсний стан хворого, а психолог відповідає за прийняття та осмислення цих відомостей хворим.

Емоційний компонент ВКЗ – це звичні способи переживання підлітком власних життєвих ситуацій. Емоційні відреагування є провідним чинником формування ставлення до свого життя.

Переживання гострої або хронічної психологічної травми зі специфічними особливостями індивідуально-емоційного реагування людини на навколишнє може стати причиною низки психосоматичних захворювань підлітка. Зміна ставлення до ситуації хвороби, до симптому дозволяє активізувати резервні можливості організму і сприяти реабілітації та одужанню хворого підлітка.

Важливою частиною емоційного компоненту ВКЗ є емоційні зв'язки з родиною, сім'єю, відповідальність за своє одужання перед рідними, здатність прийняти емоційну підтримку сім'ї. Лікар та психолог виступають з'єднувальною ланкою між хворим та його найближчими людьми, допомагаючи їм зрозуміти специфіку захворювання, обмеження, які воно накладає зараз та в майбутньому, їх місце у процесі одужання та реабілітації. Компетентне втручання психолога дає можливість лікуючому лікарю зменшити час адаптації підлітка до наслідків травми, а також контролювати прихильність до лікування протягом усього процесу лікування та реабілітації.

Когнітивний компонент ВКЗ – це усвідомлення складності захворювання, ролі психологічних чинників розвитку хвороби і прийняття факту закономірного перебігу хвороби, зокрема, перспектив одужання чи можливості хроніфікації захворювання як неминучості. Водночас когнітивний компонент характеризується оцінкою інтелектуального потенціалу й реалістичністю сприйняття дійсності. Він містить уявлення про стан здоров'я на даний момент часу і залежить від віку підлітка і рівня його інтелекту. Водночас знання про здоров'я передбачає і розуміння закономірностей його розвитку у віковій перспективі.

Корекція когнітивного компоненту ВКЗ може стати основою вибору оптимальної стратегії відновлення здоров'я та реабілітації. При цьому лікуючий лікар несе відповідальність за змістовність та повноту інформації, лікар-реабілітолог за узгодженість знань і дій пацієнта, а психолог контролює прийняття та усвідомлення отриманої інформації, її інтеграцію у ВКЗ.

Ядром внутрішньої картини здоров'я є її *ціннісно-мотиваційний компонент ВКЗ*. Переконавання і внутрішні цінності – найсильніші стимули до конструктивної стратегії поведінки, спрямованої на одужання, хоча можуть провокувати дії, спрямовані на погіршення здоров'я. Ціннісно-мотиваційний компонент ВКЗ – це мотив оздоровлення (воля до здоров'я, до життя). Адекватне, усвідомлене, стабільно-позитивне емоційно-ціннісне ставлення

до себе є необхідною умовою збереження особистісної цілісності, а отже, і одним із центральних складників ВКЗ. Важливо формувати прагнення бути здоровим з прийняттям обмежень хвороби.

Поведінковий компонент ВКЗ – важливий чинник адаптації людини до навколишньої дійсності; охоплює сукупність зусиль, вчинків, конкретних дій людини, обумовлених її системою знань та рішень людини і спрямованих на досягнення суб'єктивно значущих цілей щодо відновлення здоров'я. Поведінковий компонент ВКЗ пов'язаний з актуалізацією діяльності людини зі збереження/відновлення здоров'я, включає в себе конкретні дії, які когнитується образом «Я» і самооцінкою.

Створено комплексну стратегію емпіричного дослідження особливостей внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими функціональними порушеннями. У дослідженні взяли участь 120 осіб, з них 60 осіб – здорові підлітки і 60 осіб – підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату, які навчаються в Івано-Франківській обласній дитячо-спортивній школі інвалідів та в Івано-Франківському регіональному центрі з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», з них – 18 осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, набутими внаслідок перенесеного у дитинстві захворювання (рахіт): 15 хлопців та 3 дівчат у віці 10-13 років. 42 особи – з набутими вадами опорно-рухового апарату (пошкодження, отримані внаслідок падіння та ін.): 29 хлопців та 13 дівчат (10-13 років). У вибірку не ввійшли підлітки з тяжкими вадами опорно-рухового апарату, які потребують супроводу медичного персоналу та які є лежачими.

У результаті емпіричного дослідження визначено закономірності формування всіх компонентів внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Визначення якості життя підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату SF-36 показало, що наявність набутої вади опорно-рухового апарату спричиняє поведінкові та емоційні проблеми, порушується соціальне

функціонування і погіршується загальний стан здоров'я хворих підлітків. Спостерігаємо деструктивний вплив вади на їх сенситивний, емоційний, когнітивний, ціннісно-мотиваційний та поведінковий компоненти ВКЗ.

Розроблена система психологічного супроводу показала свою високу ефективність, що зумовлено їх комплексністю та індивідуальним підходом до формування програм психологічної корекції дезадаптивних типів ВКЗ та оптимізації психоемоційного стану хворих підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату.

Психолого-педагогічна програма чинить сприятливий вплив на психоемоційний стан підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, рівень їхньої психо-соціальної адаптації і зменшує частоту соматичних проявів гострих та хронічних захворювань, а, отже, сприяє корекції негативних проявів, викликаних викривленням ВКЗ.

Після проходження програми занять, спрямованих на оптимізацію кожного з компонентів ВКЗ показники якості життя у підлітків були достовірно вищі, ніж до відвідування занять. Аналіз показників якості життя та психофізіологічного функціонування за опитувальником SF-36 дозволив виявити позитивний ефект від відвідування занять. Покращилися показники якості життя, а також самопочуття, активність, настрій.

Ключові слова: внутрішня картина здоров'я, підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату, підлітковий вік, компоненти внутрішньої картини здоров'я, сенситивний компонент, емоційний компонент, когнітивний компонент, ціннісно-мотиваційний компонент, поведінковий компонент, психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини здоров'я.

SUMMARY

Shchuryk I.M. Psychological and pedagogical factors of optimization of the internal picture of the health of adolescents with acquired defective musculoskeletal system - Qualifying scientific work on the rights of the

manuscript. Dissertation for the degree of a candidate of psychological sciences on the specialty 19.00.07 "Pedagogical and age psychology". - Vasyl Stefanyk Precarpathian National University, Ivano-Frankivsk, 2019.

The dissertation is devoted to the comprehensive study of the peculiarities of the internal picture of the health of adolescents with acquired locomotor disabilities. Adolescence is characterized by the child's release on a qualitatively new social position, related to the search for his place in society. This is a period of intense reflections and the construction of a system of values. This is the beginning of the formation of an adult's position, the beginning of a new relationship with the world of adults, with the world of their values. A teenager who faced the problem of health loss, in particular, due to certain circumstances, suffered a disturbance of the musculoskeletal system, is in a special development situation –he (she) solves complex issues of his own becoming and adapts to the requirements of the disease. The internal picture of adolescent health with musculoskeletal problems is highly specialized and at the same time urgent for practicing psychologists in the field of education and health. Attitude to health is characterized by the notion of an internal picture of health - a complex dynamic entity in the person's consciousness, which contains a subjective idea of man about his health; awareness of their biological resources and capabilities; self-esteem of health, ways of its maintenance and preservation; emotional feelings related to health. The analysis of theoretical approaches to the understanding of the essence of the psychological phenomenon "internal picture of health" is carried out. The modern tendencies of the attitude towards health in adolescence are traced.

The scientific representation of the inner picture of health in adolescence has been expanded and supplemented. The structure of the internal picture of the health of adolescents with acquired disabilities of musculoskeletal system is determined, according to which it is composed of such interrelated components: sensitive, emotional, cognitive, value-motivational, behavioral. The components of the structure of the IPH are characterized. The sensory component of IPH is

interpreted as an image of a body that manifests itself in feelings of physical comfort or discomfort), extended or limited possibilities of managing of the body.

The scheme of the body directly influences the formation of the actual and resourceful conditions of the adolescent. The desire to achieve a resource status serves to motivate recovery and seek rehabilitation. Correction of the sensory component is a way to renew resources and may be possible with the participation of diverse professionals: a doctor, a physician-rehab, a psychologist, a teacher, a physiotherapist, etc. In this case, the rehabilitation physician is the bearer of real information about the potential resource status of the patient, and the psychologist is responsible for accepting and comprehending this information to the patient.

The emotional component of the IPH is the usual ways of experiencing the teen's own life situations. Emotional response is a leading factor in shaping your attitude towards your life. The experience of acute or chronic psychological trauma with specific features of the individual-emotional response of a person to the environment can be the cause of a number of psychosomatic disorders of the adolescent. Changing the attitude to the situation of the illness, to the symptom allows to activate the reserve capacity of the body and promote rehabilitation and recovery of the ill teenager.

An important part of the emotional component of the IPH is the emotional connection with the family, the responsibility for the recovery, the ability to accept emotional support from the family. The doctor and psychologist are the connecting link between the patient and his or her close people, helping them to understand the specifics of the disease, the restrictions that it imposes now and in the future, their place in the process of recovery and rehabilitation. Competent intervention by a psychologist enables the treating physician to reduce the time of adolescent adaptation to the effects of an injury, and to control the adherence to treatment throughout the treatment and rehabilitation process.

The cognitive component of IPH is the awareness of the complexity of the disease, the role of psychological factors in the development of the disease and the

acceptance of the fact of the regular course of the disease, in particular, the prospects of recovery or the possibility of chronicing the disease as inevitability. At the same time, the cognitive component is characterized by an estimation of intellectual potential and realism of perception of reality. It contains an idea of the state of health at the present time and depends on the age of the adolescent and his level of intelligence. At the same time, knowledge about health implies an understanding of the laws of its development in the future. Correction of the cognitive component of the IPH can be the basis for choosing the best strategy for recovery and rehabilitation. At the same time, the physician is responsible for the content and completeness of the information; rehabilitation physician for the consistency of knowledge and actions of the patient, and the psychologist controls the acceptance and awareness of the information received, its integration into the IPH.

The core of the internal picture of health is its value-motivational component of the IPH. Persuasion and internal values are the strongest incentives for a constructive behavior strategy that is aimed at recovery, although they can provoke actions aimed at worsening health. The value-motivational component of the IPH is the motive of healing (the will for health, for life). Adequate, conscious, stable and positive emotional and value attitude towards oneself is a necessary condition for the preservation of personal integrity, and hence one of the central components of the IPH. It is important to form a desire to be healthy with the adoption of disease constraints.

Behavioral component of IPH is an important factor of human adaptation to the surrounding reality; covers the ammount of efforts, actions, specific human actions, caused by its system of knowledge and human decisions and aimed at achieving subjectively meaningful goals for the recovery. A comprehensive strategy of empirical study of features of the internal picture of the health of adolescents with acquired functional disabilities was created. The study involved 120 people, including 60 people - healthy teens and 60 people - adolescents with

acquired musculoskeletal disorders who are studying at the Ivano-Frankivsk Regional Children's and Sports School for the Disabled and in the Ivano-Frankivsk Regional Center for Physical Culture and Sports of invalids "Invasport". Among them - 18 persons with musculoskeletal disorders, acquired as a result of a childhood disease (rachitis): 15 boys and 3 girls at the age of 10-13 years. 42 persons with acquired locomotor deficiencies (injuries due to the fall, etc.): 29 boys and 13 girls (10-13 years old). The sample did not include adolescents with severe defects of the musculoskeletal system, who are bedridden and need medical support. As a result of empirical research the patterns of formation of all components of the internal picture of the health of adolescents with acquired defective musculoskeletal system are determined.

Determining the quality of life of adolescents with acquired defects of the musculoskeletal system SF-36 showed that the acquired disabilities of musculoskeletal system causes behavioral and emotional problems, the social functioning is interrupted and the general health of sick teenagers gets worse. We observe the destructive influence of the defects on their sensory, emotional, cognitive, value-motivational and behavioral components of the IPH.

The developed system of psychological support has shown its high efficiency, which is due to their complexity and individual approach to the formation of programs of psychological correction of maladaptive types of IPH and optimization of the psychoemotional status of ill adolescents with acquired defective musculoskeletal system. The psycho-pedagogical program has a beneficial effect on the psycho-emotional state of adolescents with acquired musculoskeletal deficiencies, their level of psychosocial adaptation and reduces the frequency of somatic manifestations of acute and chronic diseases, and, therefore, contributes to the correction of negative manifestations caused by distortion of the IPH. After completing the training program aimed at optimizing each of the components of the IPH, the quality of life of adolescents was significantly higher than before attending classes. Analysis of indicators of quality of life and psycho-

physiological functioning by the questionnaire SF-36 allowed to reveal a positive effect from attending classes. The quality of life indicators, as well as state of health, activity and the mood were improved.

Key words: internal picture of health, adolescents with acquired disabilities of musculoskeletal system, adolescent age, components of the internal picture of health, sensory component, emotional component, cognitive component, value-motivational component, behavioral component, psychological and pedagogical factors of optimization of inner picture of health.

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА, У ЯКИХ ОПУБЛІКОВАНІ ОСНОВНІ НАУКОВІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Щурик І. Особливості спілкування підлітків із вадами опорно-рухового апарату з однолітками. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ, 2013. Вип. 18. Ч. 2. С. 216-221.
2. Щурик І. Особливості формування Я-концепції підлітків з вродженими та набутими вадами опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ, 2013. Том.11. Вип.7. Ч. 2. С.579-585.
3. Щурик І. Програма психологічного супроводу підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ, 2014. Том.11. Вип.13. С.573-580.
4. Щурик І. Шляхи оптимізації я-концепції підлітків із вадами опорно-рухового апарату засобами тілесно-орієнтованої терапії. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ, 2015. Вип. 20. Ч. 2. С. 232-237.

5. Гасюк М., Щурик І. Особливості психологічної корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія "Психологічні науки"*. Херсон, 2018. Вип. 5. С. 260-265.

6. Gasyuk Mirosława Schuryk Irina. The psychological treatment features of the internal picture of health in adolescents with the acquired defects of the musculoskeletal system. *Збірник наукових праць : психологія*. – Івано-Франківськ: Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», Івано-Франківськ, 2019. – Вип. 23. С. 111-117.

7. Щурик І. Проблеми впровадження інклюзивної освіти у гірських школах. *Карпати-Аппалачі: формування особистості в контексті сталого розвитку гірських регіонів: матеріали II Міжнародної спільної українсько-американської науково-практичної конференції* (м. Івано-Франківськ, 24-26 вересня 2013 р.) / гол. ред. В.Д. Хрущ. Івано-Франківськ, 2013. С. 222-224).

8. Щурик І. Роль фізичної активності у формуванні Я-концепції підлітків з вадами опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин, 24-25 квітня 2014 р: матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції*/ за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський, 2014. С. 240-243.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	15
ВСТУП	16
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ З НАБУТИМИ ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	23
1.1 Загальна характеристика підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	23
1.1.1 Психологічні особливості підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	23
1.1.2 Я-концепція підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.	31
1.1.3 Особливості впливу травмівних подій на особистість підлітка.	36
1.2 Внутрішня картина здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	41
1.3 Психологічна реабілітація підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	53
1.3.1 Зміст та завдання психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	53
1.3.2 Основні підходи та стратегії психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	61
РОЗДІЛ 2. ЕМІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ З НАБУТИМИ ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	68
2.1 Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	68
2.1.1 Стратегія емпіричного дослідження: характеристика вибірки й	

етапи емпіричного дослідження підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	68
2.1.2 Обґрунтування та опис методів дослідження внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.	73
2.2 Результати констатувального емпіричного дослідження та обґрунтування психолого-педагогічного супроводу підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	84
РОЗДІЛ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ З НАБУТИМИ ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	126
3.1 Роль внутрішньої картини здоров'я у психологічному супроводі підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	126
3.2 Оптимізація внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	138
3.2.1 Організація психолого-педагогічного супроводу підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	142
3.2.2 Програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату	146
3.3 Оптимізація внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату: ефективність формувального експерименту	155
ВИСНОВКИ	171
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	174
ДОДАТКИ	191

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВКЗ – внутрішня картина здоров'я.

ВКХ – внутрішня картина хвороби.

ЗСЖ – здоровий спосіб життя.

ПС – психологічний супровід

ОРА – опорно-руховий апарат

ЯЖ – якість життя

ВСТУП

Підлітковий вік – особливий кризовий період становлення особистості. Основними потребами підлітків є потреба у фізичній активності, високій оцінці своєї зовнішності та свого фізичного розвитку, самореалізації та розвитку власного «Я», у досягненні успіху, в безпеці та стабільності, у прихильності та любові. Умови задоволення цих потреб досліджували Г. С. Абрамова, І. С. Булах, Л. І. Божович, Л. С. Виготський, М. П. Грицишин, І. С. Дубровіна, Д. Б. Ельконін, І. Ю. Зубкова, І. Ю. Кулагіна, Г. С. Костюк, В. П. Лозовцева, В. С. Мухіна, В. М. Поліщук, О. А. Реан, Н. П. Рязанова, М. В. Савчин, О. В. Скрипченко, Д. І. Фельдштейн та інші.

Проте зазначені потреби можуть бути повною мірою задоволені тоді, коли підліток є фізично здоровим, тому важливим напрямом дослідження у віковій психології є сфера здоров'я особистості в підлітковому віці.

Формування ставлення до здоров'я – проблема мало досліджена, але з великим психотерапевтичним потенціалом. Її вивчали такі українські вчені, як Е. Н. Вайнер, І. Волик, М. Б. Гасюк, О. О. Єжова, І. Я. Коцан, З. І. Крупник, О. С. Лісова, М. І. Мушкевич, В. П. Мойсеюк, В. М. Оржеховська, Л. П. Сущенко, А. В. Турубарова, О. О. Яременко, які розглядали формування відповідального ставлення до здоров'я як цілеспрямований і організований процес, що сприяє прискоренню становлення особистості, формуванню і розвитку відповідних особистісних якостей, оволодінню певним видом діяльності тощо.

Феномен внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ) відображає ставлення до здоров'я з боку особистості. Підліток, який зустрівся з проблемою втрати здоров'я, зокрема має порушення опорно-рухового апарату, перебуває в особливій ситуації розвитку, оскільки вирішує складні питання власного становлення, водночас адаптуючись до вимог захворювання.

Внутрішня картина здоров'я підлітка з порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА) є вузькоспеціалізованою і в той же час надактуальною для

практикуючих психологів як у сфері освіти, так і в сфері здоров'я.

Особливості внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами ОРА досліджували О. І. Купрєєва, І. І. Мамайчук, С. А. Носко. Ставлення до здоров'я у підлітків з вадами ОРА перебувало у фокусі досліджень О. Л. Романової, І. К. Левченка, І. І. Мамайчук, І. В. Кривоноса, О. У. Шаповалової, Е. С. Шильштейн.

Водночас існує потреба глибшого та диференційованішого аналізу внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. Теоретико-методологічною опорою для даного дослідження стали праці В. В. Блюм, І. Б. Бовіна, А. М. Ковальчук, О. С. Кочаряна, В. В. Кришталь, А. В. Кукурузи, О. С. Лісової, М. І. Мушкевич, М. В. Маркової, Г. С. Нікіфорова, М. М. Пустовойта, Н. Є. Тараненко та інших. Так, було встановлено, що основною відмінністю між підлітками, які мають вроджені вади ОРА, та підлітків з набутими вадами ОРА, є досвід здоров'я, психологічна травма втрати. Інвалідизувальний чинник Я-концепції автоматично активізує порівняння підлітком себе теперішнього з собою колишнім та з іншими, що робить його образ Я більш проблемним, внутрішньо суперечливим. Тому проблема формування гармонійної ВКЗ підлітка з особливими потребами не втрачає своєї актуальності в напрямі формування адекватної самооцінки, впевненості у собі, позитивного ставлення до себе, почуття повноцінності тощо.

Актуальність та перспективність зазначеної проблеми зумовили вибір теми дослідження «Психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано згідно з планом наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» «Інноваційні психотехнології сприяння особистісному благополуччю» (державний реєстраційний номер

0112U001020). Тему дисертації затверджено вченою радою ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» (протокол № 3 від 27 березня 2012 р.) і уточнено вченою радою ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» (протокол № 11 від 27 листопада 2018 р.)

Мета роботи полягає в теоретичному та емпіричному дослідженні психолого-педагогічних чинників оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз змісту феномену «внутрішня картина здоров'я» і визначити концептуальні підходи до вивчення психолого-педагогічних чинників оптимізації ВКЗ у підлітків з набутими вадами ОРА.

2. Обґрунтувати концептуально-методичні засади та розробити концептуально-методичну модель емпіричного дослідження ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА.

3. Емпірично визначити особливості та виокремити психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

4. Розробити й апробувати психолого-педагогічну програму оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Об'єкт дослідження – внутрішня картина здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Предмет дослідження – психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків, які мають набуті вади опорно-рухового апарату.

Для реалізації поставлених завдань і досягнення мети дослідження використано такі **методи**: *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення, теоретичне моделювання; *емпіричні* – метод

аналізу документації, бесіда, авторська анкета діагностики ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА, опитувальник SF-36 – коротка форма неспецифічного опитувальника для визначення якості життя (The 36-Item Short Form Health Survey), тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (модифікація В. В. Добрякова), методика «Незакінчені речення» Сакса і Леві, методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А. К. Осницького), тест руки (Б. Брайклін, З. Петровський, Е. Вагнер); *математико-статистичні* – описова статистика у спосіб визначення середніх значень та відсоткових співвідношень, метод кореляційного аналізу даних за критерієм г-Пірсона, встановлення рівня значущості за критерієм φ^* – кутового перетворення Фішера, факторний аналіз. Статистичні розрахунки виконані з використанням програм Microsoft Excel і пакету статистичних програм SPSS 13.0 для Windows.

Емпірична база дослідження. У емпіричному дослідженні взяло участь 120 осіб, з них 60 осіб – здорові підлітки та 60 осіб – підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Наукова новизна та теоретична значущість дисертаційної роботи полягає в тому, що *вперше*:

- *визначено* психологічні чинники внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, якими є: проактивна позиція у сфері здоров'я, здатність до саморегуляції; система ціннісних установок і орієнтацій щодо здоров'я, компетентність у сфері власного здоров'я; емоційно-мотиваційна компетентність, здатність до програмування своїх дій і поведінки; адекватність самооцінки і рівня домагань у сфері власного здоров'я; здатність до оцінювання та корекції способів досягнення результату відновлення та збереженні здоров'я; фрустраційна толерантність та здатність до рефлексії;

- *розроблено й апробовано* авторську програму оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, що

актуалізує педагогічні чинники її корекції: вправи із застосуванням арттерапії, тілесно-орієнтованої терапії, музикотерапії, психотерапії, працетерапії;

– *доповнено* наукове уявлення про внутрішню картину здоров'я та її структуру в підлітковому віці, *встановлено* вплив набутої вади на ВКЗ в цілому та на її компоненти, зокрема на сенситивний, когнітивний, емоційний, ціннісно-мотиваційний, поведінковий;

– *уточнено* особливості внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату;

– *подальшого розвитку* набули наукові уявлення про значення міждисциплінарного підходу у психолого-педагогічному супроводі хворого підлітка.

Практичне значення дисертаційного дослідження зумовлено обґрунтуванням необхідності психолого-педагогічного супроводу підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. Результати роботи (зокрема, теоретичні узагальнення, виявлені структурні компоненти внутрішньої картини здоров'я, виокремлені критерії психологічної діагностики ВКЗ здоров'я підлітків з набутими вадами ОРА та дані емпіричних досліджень) можна використати при викладанні навчальних дисциплін «Вікова психологія», «Психологія здоров'я», «Спеціальна психологія», «Клінічна психологія» у вищих закладах освіти; в роботі практикуючих психологів, консультантів, психотерапевтів, соціальних працівників та ін.

Створена авторська програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату сприятиме покращенню ефективності профілактичних заходів і лікувально-реабілітаційного процесу підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Особистий внесок здобувача полягає в побудові стратегії дослідження особливостей внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами

опорно-рухового апарату; підборі блоку психодіагностичних методик, які дозволяють здійснити цілісну оцінку внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими функціональними порушеннями; адаптації результатів теоретичного й емпіричного дослідження до практичної роботи психолога; створенні й апробації програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

При підготовці статті «Особливості психологічної корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату» у співавторстві з М. Б. Гасюк внесок авторки дисертації полягає в теоретичній розробці ідей публікації, реалізації дослідження та інтерпретації його результатів; у статті «The psychological treatment features of the internal picture of health in adolescents with the acquired defects of the musculoskeletal system» у співавторстві з М.Б. Гасюк – у плануванні дослідження, обробці результатів та їх інтерпретації.

Надійність та достовірність результатів дослідження забезпечені послідовною реалізацією теоретичних положень; використанням валідних і надійних взаємодоповнювальних методик, що відповідають меті та завданням наукової роботи, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих результатів, застосуванням адекватних методів математичної статистики.

Апробація результатів дисертації. Основні положення й результати дисертаційної роботи були опубліковані в 6 наукових статтях та представлені на 5 міжнародних науково-практичних конференціях: «Особистість у сучасному світі: проблеми розвитку та психологічної допомоги» (Ніжин, 2013); «Карпати-Аппалачі: формування особистості в контексті сталого розвитку гірських регіонів» (Івано-Франківськ, 2013); «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (Кам'янець-Подільський-Київ-Казань-Жешів-Брест-Варшава, 2014); «Духовність у становленні та розвитку особистості» (Івано-Франківськ, 2014); «Актуальні

проблеми сучасної біомеханіки фізичного виховання та спорту»: (Чернігів, 2015).

Результати дослідження впроваджено в практичну роботу Івано-Франківської обласної дитячо-спортивної школи інвалідів (довідка №322/26.1-10/07 від 01.10.2018 р.) та Івано-Франківського регіонального центру з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» (довідка № 124 від 01.12.2018 р.)

Публікації. Основний зміст і результати дослідження відображено у 9 наукових працях (3 – у співавторстві), з яких 5 – у виданнях, що включені до переліку фахових у галузі психології, 1 – у виданні, що внесено до реєстру міжнародних наукометричних баз, 1 – в іншому науковому виданні, 2 – у збірниках матеріалів наукових конференцій.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 173 найменування (із них – 12 іноземними мовами), та 8 додатків на 36 сторінках. Робота містить 14 таблиць та 20 рисунків. Основний зміст роботи викладено на 170 сторінках; загальний обсяг дисертації становить 225 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ З НАБУТИМИ ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

У розділі представлено теоретичний аналіз досліджень психологічних особливостей підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. Розкрито зміст феномену «внутрішньої картини здоров'я», проаналізовано погляди українських і зарубіжних психологів щодо цього поняття. Визначено структуру внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

1.1 Загальна характеристика підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

1.1.1 Психологічні особливості підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

В останні роки у нашій державі кількість дітей з набутими вадами опорно-рухового апарату невпинно зростає. Ця проблема стосується і більшості країн світу. У зв'язку зі значним зростанням дитячої патології опорно-рухового апарату підвищилася актуальність вивчення психологічних особливостей розвитку підлітків з набутими порушеннями руху. Проте на даний час існує дефіцит якісних емпіричних досліджень, присвячених цій проблемі. Свого часу Л. С. Виготський [27], В. І. Лубовський, В. В. Лебединський [76], Т. В. Розанова [113], Л. Пожар [108] та інші наголошували, що оцінювати особистість підлітка з тими чи іншими

дефектами потрібно з урахуванням декількох аспектів: по-перше, загальною рисою для всіх підлітків з набутими вадами є те, що дефект створює відмінні від норми змінні стани; по-друге, на особистість підлітків з фізичними вадами впливає соціальне середовище, а саме – найближче коло людей; по-третє, враховувати необхідно і час виникнення дефекту та ступінь його важкості. Деякі вчені наголошують на важливості досліджень характерологічних особливостей хворих із порушеннями руху [100], [112].

Питанням впливу фізичних та психічних розладів на формування особистості вивчали такі науковці як Л. Виготський [27], Л. Божович [16], М. Селігман [119] та інші; проблеми психолого-педагогічної корекції осіб з вадами здоров'я досліджували такі вчені, як Є. А. Клопота [61], В. О. Липа [79], М. П. Матвєєва, В. М. Синьов [122], Є. П. Синьова [124], О. П. Рохліна, А. Г. Шевцов [153] та інші; питання виявлення й активізації потенційних можливостей дітей з порушеннями фізичного розвитку розглядають такі сучасні дослідники, як В. І. Боднар [15], В. М. Синьов [123], І. Аршава [5], І. Д. Бех [10] та інші. Особливої уваги заслуговують проблеми виникнення емоційних зривів і криз, що проявляються як поведінкові порушення та афективні розлади, особливо небезпечними вони є в підлітковому віці у зв'язку з вадами опорно-рухового апарату. Цьому питанню приділяли увагу такі вчені, як Є. І. Головаха, І. І. Мамайчук [87], Л. Ф. Обухова [102], В. М. Поліщук [105], Ф. Педіам [54], О. В. Шалаурова [54], та ін., а дослідники Н. В. Паніна, І. О. Трухін [137] та ін. приділяли увагу впливу комунікативних бар'єрів на розвиток особистості підлітків з фізичними вадами.

Аналіз сучасних та класичних досліджень показує, що особистість підлітка необхідно розглядати у різних аспектах. У таблиці 1.1. подано узагальнення розгляду особистості здорових підлітків та підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату:

Таблиця 1.1

Порівняльна схема розгляду особистості здорових підлітків та підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Напрямок	Здорові підлітки	Підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату	Автори
Соціальна ситуація розвитку підлітка та провідна діяльність	- включаються у різні види діяльності, - у сім'ї враховуються його потреби і можливості, - присутня взаємоповага та довіра, - активно набуває соціальний досвід, - може легко долати труднощі у навчанні та спілкуванні.	- взаємини в сім'ях, які мають дитину-інваліда, носять несприятливий характер, - дорослішання затримується, - підліток залишається пасивним, невпевненим у собі; - потреба в повноцінному спілкуванні з однолітками та цікавими для них дорослими повноцінно не задовольняється; - при складних порушеннях можливі проблеми з вільним доступом до громадських місць (неприспособленість громадського транспорту, недостатнє фінансування спеціальних засобів пересування таких дітей та ін.); - спілкування супроводжується гіперопікою, підкресленням неспроможності.	А. В. Турубарова, Б. М. Теплов, Е. І. Холостова, В. М. Синьов, М. П. Матвєєва
Психологічні новоутворення підліткового віку	- центральним новоутворенням підліткового віку є почуття дорослості та потреби у самоствердженні; - безперешкодне засвоєння суспільних вимог до особистості, діяльності, стосунків і поведінки дорослих.	- спілкування з дорослими може супроводжуватися неприязню, що призводить до формування стійких комплексів неповноцінності, депресії; - підлітки з набутими вадами не в змозі повноцінно реалізувати потребу у самоствердженні в силу власної фізичної вади; - зовнішні фізичні недоліки, інтелектуальні відхилення,	В. С. Торохтій, Г. В. П'яткова, О. В. Шалаурова, Дж. Вемі, І. Плєс

		мовні дефекти обмежують та деформують процес спілкування підлітка з однолітками, зменшують кількість товаришів та друзів.	
Розвиток самосвідомості у підлітковому віці	- високий ступінь розвитку когнітивного компоненту «Я-образу»; - позитивні самоставлення та оцінка власних якостей.	- низький ступінь розвитку когнітивного компоненту «Я-образу»; - негативне самоставлення; - неприйняття власного Я; - зниження самоповаги; - підвищений рівень агресивності та самозвинувачення; - зазнає порушення фізичний образ-Я.	О. В. Романенко, Т. М. Титаренко, Н. Д. Володарська, О. І. Купрєєва та ін.
Розвиток спонукальної (мотиваційної) сфери та пізнавальний розвиток підлітка	- активні; - велике коло інтересів; - відсутність фізичних перешкод для реалізації власних здібностей.	- набута вада накладає обмеження на повноцінну активність підлітка; - виникнення почуття тривожності, неповноцінності; - порушення емоційно-вольової сфери; - імпульсивність; - у підлітків зі складними порушеннями опорно-рухового апарату виникає потреба в інклюзивній освіті.	В. І. Лубовський, Т. В. Розанова, В. В. Лебединський, Г. Ілеш, Л. В. Борщевська, А. В. Зіброва, І. Б. Іванова

Узагальнення сучасних та класичних досліджень дозволяє робити висновок, що наявність у підлітків набутої фізичної вади впливає на їх соціалізацію не безпосередньо, а опосередковано через почуття соціальної неповноцінності внаслідок нерівності життєвих статусів. Фізичні вади гостро переживаються підлітками, у яких головний дефект – розлади моторної сфери – може бути ускладнений комплексом змін у пізнавальній та емоційно-вольовій сферах. Для таких підлітків притаманним є виникнення емоційних зривів і криз, що проявляються у вигляді поведінкових порушень та афективних розладів, які є особливо небезпечними у цьому віці у зв'язку з загостренням соціальних, психічних, фізичних протиріч у розвитку [140].

До сьогодні в Україні немає єдиного терміну стосовно осіб, які мають фізичні та психічні відхилення у здоров'ї. Так, термін «Інвалід» (від лат. *Invalidus* – безсилий, хворий) відповідно до Декларації про права інвалідів (ООН, 1975) відображає будь-яку особу, яка не може самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормального особистісного та (або) соціального життя в наслідок вади вродженого чи набутого характеру, його (або її) фізичних або розумових можливостей. Інвалідність – це обмеження можливостей, зумовлених фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дають змогу людині бути інтегрованою в суспільство і брати участь у житті сім'ї і держави на тих умовах, що й інші члени суспільства [141]. Внаслідок набутих травм, вад у підлітковому віці погіршується психологічне здоров'я.

Інвалідність у підлітків визначається як стійка соціальна дезадаптація, зумовлена хронічними захворюваннями чи патологічними станами, що різко обмежує можливість включення підлітка в адекватні для його віку виховні і педагогічні процеси, у зв'язку з чим вони постійно потребують догляду та допомоги. Такий підліток відірваний від багатьох подій життя, важливих для його формування як особистості. Це позначається на його баченні самого себе, на адекватності самооцінки. Неадекватна, занижена самооцінка суттєво впливає на поведінку підлітка. Його невпевненість у власних силах знижує можливість досягнення успіху. Хворий підліток внаслідок викликаних нездоров'ям обмежень вважає себе неповноцінною людиною [126]. У зв'язку з цим актуальною є проблема дослідження психологічних особливостей підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, вивчення комплексу емоційних переживань, які вони відчують у зв'язку з функціональними порушеннями.

Отже, підлітковий вік є сензитивним періодом розвитку, який виявляється у фізичному, розумовому, моральному, соціальному та духовному розвитку особистості. Зміни, які відбуваються в емоційній, інтелектуальній

сферах особистості підлітка зумовлюють виникнення нового рівня його самосвідомості. Це період посилених потреб у спілкуванні з однолітками, що супроводжується емоційною вразливістю, протестом проти встановлених правил і порядків, прагненням до незалежності, самостійності та самоствердження себе як особистості [127].

Як видно з таблиці 1.1, вітчизняні і зарубіжні вчені велику увагу приділяють проблемі дослідження психологічних особливостей підлітків з функціональними порушеннями, обґрунтуванню актуальності здійснення необхідних заходів для їх психологічної реабілітації. Звідси випливає висновок, що підліткам з набутими фізичними вадами порівняно зі здоровими підлітками важко повноцінно соціалізуватися.

Корифеї вітчизняної психології Л. С. Виготський, А. В. Запорожець, А. Н. Леонтьєв, С. Л. Рубінштейн та ін. наголошували на вирішальній ролі впливу взаємин дитини з навколишніми людьми на успішність засвоєння нею соціального досвіду, досягнень, оволодіння моральними нормами та правилами поведінки в суспільстві. Процес соціалізації передбачає засвоєння індивідом соціального досвіду шляхом входження в соціальне середовище, систему соціальних зв'язків та активне їх відтворення. Підліток перетворює норми, зразки культури у різних сферах життєдіяльності суспільства на власні ціннісні, орієнтації, установки завдяки своїй активності [112].

Провідною діяльністю підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату є міжособистісне спілкування. Перебування в колективі, спілкування з ровесниками допомагають підлітку оволодіти такими соціально-психологічними якостями, як здатність до інтеграції з іншими, співпереживання тощо. І. І. Мамайчук, Г. В. П'яткова виокремлюють такі показники гармонійних взаємин підлітка, як реалізація потреби спілкування з однолітками, можливість самореалізації, самоствердження в колективі, усвідомлення своєї соціальної значущості [88]. Важливу соціально-психологічну роль відіграє для кожного підлітка перебування в колі

однолітків, адже завдяки спілкуванню з ними можна пізнати самого себе. О. В. Романенко стверджує, що фізичні патології, які спричиняють інвалідність, змінюють соціально-психологічну ситуацію розвитку підлітка [112].

Спілкування з однолітками є основною потребою підлітків; у спілкуванні підлітки набувають досвід взаємодії з людьми, усвідомлюють себе через порівняння з іншими, розвиваються інтелектуально; спілкування для них з ровесниками є найбільшою цінністю, відсуваючи на другий план і шкільну успішність, і взаємини з дорослими та педагогами. Для підлітків характерним є прагнення бути визнаним у колі ровесників і здобути авторитет. Група однолітків є тим індикатором соціалізації, що показує, яким шляхом піде підліток – соціалізації чи десоціалізації. Спілкування з ровесниками, які володіють таким же, як у нього, життєвим досвідом, дає можливість підлітку з набутими вадами опорно-рухового апарату оцінювати себе по-новому.

Для підлітків з набутими вадами характерною є слабка пізнавальна активність, яка часто зумовлена недостатністю комунікативних навичок, оскільки фізичні дефекти через відчуття власної неповноцінності перешкоджають підлітку повноцінно спілкуватися з однолітками. Як вважають науковці Т. Скрипник, К. Соколова, у розвитку особистості дитини з функціональними порушеннями є два типи перешкод. Перший тип – це певні фізичні, фізіологічні чи психічні розлади, другий – вторинні явища, такі як власна неповноцінність, відчуженість [127].

Здорові ровесники не хочуть спілкуватися з ними, віддають перевагу спілкуванню, яке не потребує тісного контакту. Реакція однолітків на підлітків з набутими функціональними обмеженнями може проявлятися в цікавості, інколи і в глузуваннях. Всі ці обставини призводять до того, що маючи потенційні можливості, підліток-інвалід не може брати активну участь у соціальному житті, відчуває жалість до себе, чекає опіки над собою. Постійне порівнювання себе зі здоровими ровесниками сприяє виникненню

соціальної дезадаптації, депресивних реакцій, зниженню самооцінки та ін. [130]. Нерозуміння з боку оточення підлітків з набутими функціональними порушеннями призводить до того, що у них можуть виникнути і глибші розлади особистості.

Батьки, бабусі, дідусі прагнуть захистити від будь-яких негараздів, чим відкладають підлітку необхідну соціально-психологічну адаптацію до дорослого життя, дорослішання затримується, підліток залишається пасивним, невпевненим у собі. З одного боку, підлітки з функціональними обмеженнями потребують любові, підтримки, розуміння людей, які їх постійно оточують [139], з іншого – довіри до їх можливостей і допомоги в становленні.

Отже, такі підлітки потребують соціально-психологічної підтримки, оскільки інвалідність для них – це крах життєвих планів, обмеження спілкування з однолітками, розлад стосунків з батьками, родичами. Виникнення почуття самотності як стану хронічного дефіциту близького, довірливого спілкування зі значущими людьми викликає у них почуття ізолюваності, пригнічення, роздратування, агресію. Функціональні порушення не завжди дозволяють їм самостійно брати участь у житті суспільства. Саме через особливості підліткового віку всі види травмівних подій підліток переживає досить гостро, важко, що потребує кваліфікованої психологічної допомоги і підтримки. Явно виражений дефект, занижена самооцінка, недостатнє чи хибне усвідомлення власної проблеми негативно впливають на активне пристосування хворих підлітків до життя та реалізацію власних можливостей.

1.1.2 Я-концепція підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Численні наукові дослідження щодо вивчення проблеми формування особистості людей з набутими фізичними вадами як зарубіжних, так і вітчизняних вчених доводять, що рухові порушення можуть змінити самоставлення хворого та сприяти формуванню негативної, негармонійної «Я-концепції», спричиняючи його соціально-психологічну дезадаптацію. Вітчизняні вчені І. Ф. Аршава [5], Ф. Б. Березін [7], Г. Петрова [104] та інші серед причин дезадаптації людей з фізичними вадами називають розвиток психопатологічних станів, появу невротичних проявів. Клініко-психологічні дослідження Є. С. Калижнюк [59], Є. М. Мастюкової [89] вказують на можливість формування відхилень у розвитку особистості людей з фізичними вадами, які можуть мати різний ступінь прояву й обумовлюватися як дією біологічних, так і соціально-психологічних факторів. У роботах Є. С. Калижнюк, Є. І. Кириченко визначено, що до загальних рис, властивим підліткам з набутими вадами опорно-рухового апарату, можна віднести неадекватність показників загальної та парціальної самооцінки й емоційно-значущих якостей, що свідчить про глибоку незадоволеність хворої дитини собою, формування негативного самоставлення [59].

У сучасній психології Я-концепція розглядається як один з компонентів особистості, як всеохоплююче ставлення індивіда до самого себе. Поняття «Я-концепція» виражає єдність і цілісність особистості з її суб'єктивною внутрішньою стороною, тобто те, що відомо індивіду про самого себе, яким він бачить, відчуває і уявляє себе сам [56], [74]. За Р. Бернсом, який першим виділив Я-концепцію у структурі психіки людини, вона є відносно стійким психічним утворенням, більшою чи меншою мірою усвідомленим, що переживається індивідом як система уявлень про самого себе, на основі якої вибудовуються ставлення до себе та стосунки з іншими людьми [8].

У дослідженнях У. Джеймса, О. Соколової, В. Століна та ін. Я-концепція розглядається як збірне поняття, що охоплює множину Я-образів, зокрема, модальні установки особистості на себе: Я-реальне, Я-ідеальне, Я-дзеркальне. Проте найбільш повного відображення Я-концепція отримала в книзі Р. Бернса «Розвиток Я-концепції і виховання» (1986) [126], [127].

У більшості визначень Я-концепції підкреслюють її три головні психологічні складники:

1. Когнітивний складник чи образ Я – уявлення індивіда про самого себе [35], [72].

2. Емоційно-оцінний складник (самооцінка) – афективна оцінка цього уявлення, що може мати різну інтенсивність, оскільки конкретні риси образу Я можуть викликати більш-менш сильні емоції, пов'язані з їх прийняттям або осудом.

3. Потенційна поведінкова реакція, тобто ті конкретні дії, що можуть бути викликані образом Я і самооцінкою [112], [126].

О. Романенко наголошує, що порівняно зі здоровими однолітками діти, які хворіють на церебральний параліч, мають низький ступінь розвитку когнітивного компоненту Я-образу.

У працях науковців наводяться дані про те, що причинами когнітивної спрощеності Я-образу є як недостатність умов для повноцінного розвитку внаслідок рухового дефекту, так і захисно-компенсаторне витіснення травматичного для людини усвідомлення власних якостей [112]. Центральне місце в когнітивній структурі особистості підлітків з набутих руховими порушеннями займають негативні думки, що відображають ставлення хворого підлітка до себе і свого захворювання. Водночас дослідники вказують на тенденції до невизначеності свого місця та ролі в соціумі, стирання особистісної неповторності та схильність до прикрашання власного «образу-Я» [112]. У підлітків із набутою патологією спостерігається невпевненість у тому, що вони одужають, тому можна припустити, що

порівняння себе здорового у минулому з хворим у теперішньому теж негативно вплине на когнітивний складник Я-концепції.

Низький рівень розвитку когнітивного компоненту Я-концепції у підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату виявляється у значних розбіжностях між реальним та ідеальним «Я», і в той же час наявні високі показники самооцінки, що можна пояснити дією захисних компенсаторних механізмів [155], [157].

У таких підлітків переважає високий рівень особистісної тривожності, наявна суперечлива, конфліктна самооцінка, неприйняття особистісного «Я», існують проблеми у сфері міжособистісних стосунків.

Дослідження групи авторів В. М. Блейхера, О. А. Заржицької, Є. С. Креславського та ін. також вказують на те, що наявність у людини набутих фізичних вад спричинює формування низької самооцінки, низького ступеня когнітивної диференційованості образу «Я», деформує міжособистісні стосунки [49]; найістотніших негативних змін зазнає емоційне ставлення до себе, яке виражається у зниженні аутосимпатії, самоінтересу, самоприйняття, високому рівні самозвинувачення. Переважання емоційно-оцінного рівня «Я-концепції» в підлітковому віці, емоційна вразливість неминуче супроводжується негативними емоціями до свого «Я»; їм притаманна висока самооцінка, особистісне «Я» сприймається як енергійне, дійове, але за цим криються страх, непевність у собі, залежність від оцінок навколишніх. Підлітки визнають наявність у себе позитивних рис і якостей, але знецінюють їх, оскільки це не збігається з їхнім негативним образом «Я». Наявність цих суперечливих тенденцій є проявом психологічного захисту.

У психолого-педагогічних дослідженнях О. Г. Літвака [80], Г. Х. Махортової [90], Є. П. Синьової [124], К. Соколова [126], А. Шамне [150] визначено труднощі формування гармонійної особистості підлітків через набуті функціональні порушення, що проявляються у недостатньому пізнанні ними як зовнішнього світу, так і морально-психологічних якостей

людей та власної особистості. Це зумовлено обмеженістю участі підлітка у багатьох подіях життя, важливих для формування його особистості [151], [157]. Така ситуація впливає на бачення підлітком самого себе та на формування його неадекватної чи конфліктної самооцінки, що значною мірою обумовлює формування негармонійної особистості. Фізичні дефекти перешкоджають підлітку з набутими обмеженими можливостями повноцінно спілкуватися з однолітками.

С. А. Місяк наголошує, що виникнення деформацій образу фізичного Я у підлітків з набутими руховими порушеннями (як реальними, так і надуманими) може відбуватися під впливом різних груп *чинників*: *об'єктивних* – наявність вад зовнішності різних ступенів тяжкості; *суб'єктивних* – низька самооцінка, підвищена ситуативна та особистісна тривожність, підвищений рівень нейротизму внаслідок як об'єктивних вад зовнішності, так і при їх відсутності, *соціальних* – вплив засобів масової інформації, реклами та інше, *комунікативних* – ставлення й оцінка навколишніми зовнішності людини у процесі спілкування, *родинних* – вплив сім'ї на формування образу фізичного Я підлітка, *гендерних* – ставлення й оцінка особами протилежної статі зовнішності людини у процесі спілкування, *культурно-етнічних* – стандарти, що склалися у певній етнічній групі [93].

Виходячи з наявних підходів до розгляду проблеми образу фізичного Я у психологічній науці (В. А. Аверін [2], А. Н. Дорожевець [42], Є. А. Клопота [61], Р. Комер [66], М. В. Коркіна [21], Ф. Райс [109], А. О. Реан [110], О. Т. Соколова [126]), а також проведеного дослідження. Р. В. Моляко побудувала структурно-функціональну модель образу фізичного Я, яка містить чотири складники: сутність образу фізичного Я, образ фізичного Я і його структура, розвиток образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці, індивідуальні відмінності у становленні образу фізичного Я (норма і деформації) [76].

Встановлено, що процес деформації образу фізичного Я у підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату характеризується певною динамікою, внаслідок якої вади зовнішності призводять до низької самооцінки, підвищують тривожність [47].

Таким чином, аналіз сучасних наукових підходів до дослідження Я-концепції, насамперед В. М. Блейхера [11], О. А. Заржицької, А. В. Кукуруза [71] показали, що наявність у підлітка набутого рухового порушення спричинює формування низької самооцінки, низького ступеня когнітивної диференційованості образу «Я», деформує міжособистісні стосунки з однолітками, родичами. Аналіз змістових складників самоставлення у підлітків з інвалідизуючими дефектами кінцівок показує, що найістотніших негативних змін зазнає емоційне ставлення до себе, яке виражається у зниженні аутосимпатії, самоінтересу, самоприйняття, високому рівні самозвинувачення.

Переважаання емоційно-оцінного рівня «Я-концепції» в підлітковий період, емоційна вразливість супроводжується негативним ставленням до себе. Самооцінка підлітків характеризується суперечливістю, конфліктністю. Підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату визнають у себе наявність позитивних рис і якостей, але знецінюють їх, оскільки це не збігається з їхнім негативним образом «Я». Наявність цих суперечливих тенденцій є проявом психологічного захисту. Для осіб з інвалідністю підліткового віку істотними є проблеми у сфері міжособистісних стосунків. Вони схильні сприймати світ і навколишніх людей як вороже налаштованих до них. Невдачі у встановленні та підтриманні контактів із соціальним оточенням значно підсилюють їх орієнтацію на спілкування з вузьким колом людей, переважно близьких.

1.1.3 Особливості впливу травмівних подій на особистість підлітка.

Одним з важливих питань, які досліджуються сучасною психологією, є вивчення особливостей впливу тяжких життєвих ситуацій на психіку підлітка. Фізична травма є психологічною травмою для підлітків, а усвідомлення вади є травмівним.

Проблеми психологічної травми дітей підліткового віку висвітлені у працях Ю. А. Александровського [4], Д. Калдеш [58], О. О. Лазебної, Л. В. Трубіциної [135].

Психологічну травму розглядають як реакцію особистості на стресову подію, яка відбулася; як реакцію на подію, яка завдає шкоди психічному й фізичному здоров'ю, раниць особистість людини і впливає на її життя [130].

В. А. Агарков [3], Н. В. Тарабрина [129] виділяють такі характеристики психологічної травми: джерелом травми завжди є зовнішня подія; подія, що відбулася, завжди усвідомлюється, але при посттравматичному стресовому розладі людина витісняє цю подію частково, а при шоківій травмі повністю, щоб не відчувати “душевного болю”; травма викликає почуття жаху й безпорадності; пережите руйнує звичний спосіб життя (реакція на травму супроводжується спробами уникнути травматичних переживань, емоцій); виникає відчуття неможливості контролювати свої емоції, а відторгнення усвідомлення цих емоцій виступає захисним психологічним механізмом. Науковці наголошують, що психологічна травма виникає у випадку наявності травмівної події, яка є значимою для людини і викликає в неї глибокі переживання, яких важко позбутися [129].

Оскільки підлітковий період є найбільш емоціогенним, критичним періодом розвитку, пов'язаним зі специфічними емоційними труднощами, психологічна травма ще додатково підсилює наявний спектр проблем. Реакція на травматичні події у цей період може бути непередбачуваною.

Аналізуючи наслідки травмівних подій, дослідники поділяють їх на *найближчі* і *віддаленні*. Переживання *найближчих* подій проявляється у вигляді стану стресу, психічної напруженості, афективних реакцій. При цьому можливі розлади свідомості, психопатологічні прояви типу невротичних реакцій і станів (неврози), реактивних психозів та ін. [130], [135]. У підлітків спостерігаються такі реакції на наявну травмівну подію, як розгубленість, нерозуміння, патологічний страх (порушує можливість цілеспрямовано й ефективно діяти) аж до паніки. Науковці наголошують, що *психологічні стреси* – це стимули, які сигналізують про біологічну або соціальну значущість подій. Це сигнали, які свідчать про загрозу життєдіяльності організму, це сигнали небезпеки [135].

Г. Сельє виділяє три ситуації стресу: тривоги, опору, виснаження [120].

Перша стадія стресу – стадія тривоги – визначається мобілізацією адаптаційних можливостей організму. Захисна функція цієї стадії пов'язана з ефектом впливу адреналіну. Це період усвідомлення набуття вади. Він не довготривалий, але зачіпає багато ресурсів організму.

Друга стадія стресу (стадія опору) — виникає внаслідок збільшення кількості адреналіну і норадреналіну в мозку. Призводить до посилення захисних функцій організму. Це період лікування та першої реабілітації.

Третя стадія – виснаження – спостерігається в результаті тривалої дії стресу, коли незважаючи на збільшену опірність стресу, запаси адаптаційної енергії поступово виснажуються. Це час довготривалої реабілітації прийняття своєї інвалідності.

Порушується структура “самості”, когнітивна модель світу, афективна сфера та інше. У якості стресора виступають травмівні події – кризові ситуації, які мають довготривалі негативні наслідки. Ці події порушують почуття безпеки дитини, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні, що зокрема може призвести до

появи посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як відстроченої реакції на травматичний стрес, здатний викликати психічні порушення [120].

Травмівна подія, яка призвела до вади, є тяжким стресогенним чинником. Ромек та ін. виділяють такі чотири характеристики травми, здатної викликати травматичний стрес: подія усвідомлюється, тобто підліток знає, що з ним сталося і через що у нього погіршився психічний стан; причиною виникнення цього стану є зовнішні події; пережите руйнує звичний спосіб життя; подія викликає жах і відчуття безпорадності, безсилля що-небудь зробити [135].

Діти та підлітки більш вразливі до психотравми і частота виникнення ПТСР внаслідок травматизації значно вища, ніж у дорослих. Тому психологу важливо звертати увагу на симптоми посттравматичного стресового розладу у підлітків [129]:

1. Повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття. Травмівна подія переживається знов і знов. Підліток намагається забути про пережите, але спогади постійно виникають без будь-яких зовнішніх стимулів. Сюди відносять дитячі ігри, що повторюються, в яких помітні елементи травмівної події.

2. Сновидіння про пережиту подію, які повторюються та викликають тривогу. Сни викликають глибокі переживання психотравмівних подій з відчуттям їх реальності.

3. Ускладнення при засинанні та розлади сну. Нічні кошмари, боязнь заснути, сновидіння відображають психотравмівну ситуацію.

4. Посилена реакція переляку. Різні звуки, запахи чи ситуації можуть легко стимулювати в особи спогади про травмівної події.

5. Немотивована пильність. Підліток сліdkує за всім, що відбувається, відчуваючи небезпеку.

6. Нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу. Підліток декларує відчуття «безперспективне майбутнє».

7. Труднощі при концентрації уваги. У підлітків достатньо помітно знижуються успіхи, падає мотивація до навчання, відмінники стають посередніми учнями.

8. Намагання уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних з травмою. Спроби уникнути дій, людей, які викликають спогади про травму.

9. Втрата інтересу до раніше значущих видів діяльності чи участі в них. Підліток стає байдужим до всього, чим раніше захоплювався.

10. Відчуття відгородженості від навколишніх. Виникає почуття самотності навіть в колі родини, друзів.

11. Фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх чи внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмивної події чи нагадують про неї. При зіткненні з ситуацією, яка нагадує психотравмивну, проявляються фізіологічні реакції: пітливість, відчуття слабкості, відчуття тиску в горлі.

Посттравматичний стресовий розлад спостерігається у всіх без винятку підлітків, які перенесли фізичні травми, що обмежують їхнє пересування, повноцінну життєдіяльність, спілкування з однолітками та інше [45]. Перенесені психотравмивні події в підлітковому віці значною мірою підвищують ризик психічних розладів в дорослому віці. Найчастіше це: ПТСР, афективні та тривожні розлади, суїциди, узалежнена поведінка. Важкі та тривалі травми викликають порушення особистісного розвитку, низьку самооцінку, порушення міжособистісних стосунків (в тому числі подружніх та батьківства) у дорослому віці [129].

Що стосується *віддалених* наслідків травм у підлітків з набутими функціональними порушеннями, то вчені розділяють їх на блоки: нервово-психічні захворювання, психологічні порушення і зміни; проблеми соціальної дезадаптації й необхідності адаптації до ситуації, що сталася; соціальні проблеми, які пов'язані з наслідками травми [126].

Зміна соціальної ситуації підлітка є наслідком травмивної події, в якій він перебуває у зв'язку з набуттям вади. В результаті набуття підлітком функціональних порушень, він може втратити звичне коло спілкування однолітків, ті чи інші звичні соціальні зв'язки (наприклад, опинитися в новому місці, де немає друзів), змінити вид діяльності, місце навчання тощо, що посилює травматичний вплив ситуації [139].

У зв'язку з наявністю травми у підлітка можуть знижуватися адаптаційні можливості, а з іншого боку, зміна звичної соціальної ситуації веде до необхідності адаптації до змін [63].

Вивчаючи проблеми дезадаптованості особистості, вітчизняні вчені Р. Б. Березін [7], А. А. Налгаджян [97] виділили декілька її різновидів:

- стійка ситуативна дезадаптованість, яка залежить від знаходження особою шляхів і засобів адаптації в певних соціальних ситуаціях;
- тимчасова дезадаптованість, що може регулюватися соціальними і внутрішніми психічними засобами;
- загальна стійка дезадаптованість, яка формується патологічними захисними механізмами;
- роздратованість та спалахи гніву;
- труднощі при концентрації уваги;
- посилена реакція переляку;
- немотивована пильність.

Досліджуючи проблему соціальної адаптації підлітка з набутими руховими порушеннями І. В. Белякова, Г. В. Петрова встановили, що порушення адаптації включає розлади, які ідентифікуються не тільки на основі симптоматики і перебігу, але і в зв'язку з наявністю якогось із чинників: а) виключно інтенсивної дії психотравмивної життєвої події, яка викликає гостру стресову реакцію; б) суттєвих змін у житті, які викликають довготривалі неприємні наслідки. Саме внаслідок одного із цих чинників у підлітка виникає адаптаційний розлад [104].

Численні наукові дослідження проблеми формування психологічних механізмів дезадаптації осіб із набутими фізичними вадами, які впливають на формування “Я-концепції”, доводять факт, що фізична вада може змінити самоставлення хворого підлітка та деструктивно впливати на його “Я-концепцію”, що призведе до проблем соціально-психологічної адаптації особистості. Основними психологічними умовами соціальної адаптації таких підлітків є прийняття свого стану, зміна ставлення до здоров'я, позитивна самооцінка, побудова міжособистісних стосунків, оптимізація Я-концепції в цілому.

1.2 Внутрішня картина здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Вперше термін «внутрішня картина здоров'я» увів у науковий обіг В. Є. Каган у 1986 році, а в 1988 р. обґрунтував її концепцію. За В. Є. Каганом ВКЗ — це цілісне уявлення про здоров'я; це особистісна установка, що визначає здоровий спосіб життя, терміни звертання по допомогу, задоволеність отриманою допомогою та інше [57].

Дослідженню внутрішньої картини здоров'я присвячені праці І. Б. Бовіної [13], Д. Н. Ісаєва [52], А. М. Ковальчука [62], Г. Т. Красильникова [68], Г. В. Кукурузи та ін. [71].

За визначенням Т. Н. Резнікової, В. М. Смірної, *внутрішня картина здоров'я* — це особливе ставлення людини до свого здоров'я, що виражається в усвідомленні його цінності й намаганні його вдосконалити [111], [125]. Нам близьке визначення вчених Г. В. Ложкіна, О. В. Носкова, І. В. Толкунова, які наголошують, що внутрішня картина здоров'я — це сукупність описів, мисленнєвих образів, що стосуються сутнісних характеристик здорової

людини. Це усвідомлення власних ресурсів організму, його потреб, ступеня їх задоволення, прийняття своїх реальних здібностей, свого призначення [85].

Порівняльний аналіз структурних компонентів понять «ставлення до здоров'я» і «внутрішня картина здоров'я» дозволяє розглядати їх як синонімічні, котрі, по суті, інтегрують усі психологічні категорії особистісних чинників здоров'я. Це знання про здоров'я, усвідомлення і розуміння ролі здоров'я у процесі життєдіяльності людини, розуміння впливу здоров'я на соціальні функції, емоційні і поведінкові реакції. Ставлення до здоров'я (внутрішня картина здоров'я) – одне з центральних, проте поки що недостатньо розроблених питань психології здоров'я, особливо у галузі вікової психології. Вчені задаються питаннями: як досягти того, щоб здоров'я стало провідною, органічною та усвідомленою потребою людини протягом її життєвого шляху, як допомогти людям сформувати адекватне ставлення до свого здоров'я, що особливо важливо в підлітковому віці [84].

Розглядаємо внутрішню картину здоров'я (ВКЗ) як особливе ставлення особистості до свого здоров'я, яке виражається в усвідомленні його цінності й активно-позитивному прагненні до його вдосконалення. Внутрішня картина здоров'я підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату – це сукупність уявлень про теперішній стан здоров'я, комплекс емоційних переживань і почуттів щодо нього, а також сукупність поведінкових реакцій щодо збереження та відновлення здоров'я.

Таким чином, ВКЗ – це сукупність інтелектуальних описів (уявлень) про здоров'я людини, комплекс емоційних переживань і відчуттів, а також її поведінкових реакцій щодо здоров'я. Мова йде про три основні грані ВКЗ [81]:

1. Когнітивна грань. Раціональна сторона ВКЗ являє собою сукупність суб'єктивних думок про причини, зміст, способи збереження, зміцнення та розвитку здоров'я. Когнітивний компонент містить уявлення про самого себе, свій зовнішній вигляд, своє тіло, свої фізичні якості,

відображає рівень самоповаги. Концепція Р. Бернса розкриває когнітивний компонент як знання людини про свої можливості, в тому числі і фізичні.

2. Емоційна грань. Це чуттєвий компонент, що містить у собі переживання, які пов'язані з комплексом відчуттів, таких як спокій, радість, умиротворення, воля, легкість, симпатія та ін. Р. Бернс наголошує на емоційно-оцінному компоненті (самооцінці), який відображає порівняння себе з іншими людьми.

2. Поведінкова грань. Це сукупність прагнень, зусиль, які спрямовані на досягнення важливих цілей. За Р. Бернсом, поведінковий компонент включає конкретні дії, які можуть викликатися образом Я і самооцінкою. Ця грань є важливою для адаптації людини до навколишньої дійсності.

Внутрішня картина здоров'я – це не лише знання своїх можливостей, а й уміння користуватись істинними та нерозкритими резервами. В. Є. Каган наголошував, що без розуміння ВКЗ неможливо зрозуміти внутрішню картину хвороби [57]. У зв'язку з хворобою у структурі ВКЗ підлітків з набутими функціональними порушеннями з'являються нові елементи, за участю яких відображається новий стан організму – хвороба, коли певна частина ВКЗ трансформується у ВКХ. Хвороба стає домінантною, вона породжуватиме яскравіші образи, її внутрішня картина буде чіткішою і глибшою [125].

Внутрішня картина хвороби розглядається як сукупність не лише емоційних порушень, але й певних процесів інтелектуального та вольового порядку, пов'язаних зі свідомістю, переживанням і ставленням до хвороби. Основним і первинним компонентом цієї структури є емоційна реакція хворого на факт захворювання. Виникають стани страху, провини, тривоги, депресії. Думки хворого спираються не на логічні закономірності, а на емоційну значущість тих чи інших фактів. Проблеми хвороби займають у них непропорційно велике місце, відтісняючи інші проблеми (робота, сім'я, суспільна діяльність). Деякі положення і висновки набувають значення

надцінних ідей, які важко піддаються корекції. У людей зі слабкою волею захворювання може призвести до стану пасивності, депресії. У людей з сильною волею спостерігається прийняття і впровадження в життя рішень, спрямованих як на боротьбу з хворобою та раціональне пристосування до життя, так і на розвиток надцінних і маячних ідей [125].

Внутрішня картина хвороби є частиною внутрішньої картини здоров'я. Підліток, приймаючи захворювання, новий стан, проектує уявлення про хворобу і реальні обмеження, інтегрує внутрішню картину хвороби у нову внутрішню картину здоров'я. Здатність побачити хворобу тільки як частину здоров'я є стратегією поведінки самозбереження.

Існує багато досліджень про співвідношення ВКЗ і ВКХ. В. М. Смирнов і Т. Н. Резнікова вважають, що ВКЗ існує поряд із ВКХ як протилежна їй модель, як еталон здорової людини чи здорового органу. На їхню думку, ВКЗ включається у ВКХ [125], [111].

Висока чутливість до тілесного образу Я у підлітків з набутими вадами, незадоволеність ним призводить до афективних реакцій, таких як схильність до депресивних станів, іпохондрії, фобій, емоційної ізоляції, фрустрованості, агресивності.

Сукупність відчуттів, уявлень і переживань підлітка з приводу свого фізичного вигляду може спотворювати образ Я. Викривлення образу Я проявляється у підлітковому віці по-різному. У деяких підлітків визначальним чинником, що викривляє його Я-концепцію, є слабка рефлексія, котра виявляється в недостатньому усвідомленні своїх особистісних якостей і неадекватній самооцінці (слабкість самоконтролю поведінки, імпульсивність, низький рівень пізнавальної активності). Все це негативно відбивається на внутрішній картині здоров'я. Такі підлітки не виявляють інтересу до проблеми здоров'я, фізичного розвитку, проте вони можуть бути чутливі до свого тіла і зовнішності [96].

Вчені Г. В. Кукуруза, О. О. Кирилова, досліджуючи внутрішню картину здоров'я, виділити три типи внутрішньої картини здоров'я, які відображають варіанти ставлення підлітків з вадами до свого здоров'я та описуються наступними параметрами, які співвідносяться із динамічними шкалами ВКЗ:

- особистісна позиція щодо здоров'я;
- визначення джерела відповідальності за стан власного здоров'я;
- стратегія підлітка щодо підтримки та збереження власного здоров'я;
- уявлення про власне здоров'я в континуумі «Здоров'я-хвороба».

Особистісна позиція щодо здоров'я визначається особливостями набуття індивідом знань та уявлень про здоров'я та може бути індивідуально орієнтованою або соціально орієнтованою.

Індивідуально-орієнтована позиція характеризує сформованість особистого погляду на своє здоров'я, коли підліток визначає поняття «здоров'я» через власне здоров'я. Соціально-орієнтована позиція щодо здоров'я характеризується використанням соціокультурних стереотипів та шаблонів при описі власного здоров'я [71].

При наявності особистісної позиції щодо здоров'я проявляється інтернальний локус контролю здоров'я, або схильність індивіда до приписування відповідальності за стан свого здоров'я. Отже, джерелом формування ВКЗ можуть бути внутрішні, особистісні фактори, або стан ВКЗ індивіда більше залежить від впливу зовнішніх факторів [89].

При наявності *соціально-орієнтованої позиції* щодо здоров'я локус контролю власного здоров'я визначений бути не може, але можна визначити переконання індивіда щодо залежності здоров'я, як загального поняття, від зусиль людини чи наявності впливу зовнішніх факторів середовища.

Стратегія підлітка по відношенню до підтримки та збереження власного здоров'я розподіляється на стратегію активних дій та пасивну стратегію.

Стратегія активних дій полягає в тому, що підлітки у своїй поведінці здійснювали дії, які, у випадку спрямованості на здоровий спосіб життя, позитивно впливали на здоров'я, або напаки, які негативно впливали на здоров'я.

Пасивна стратегія у поведінці полягає в тому, що підліток розуміє, які вчинки дії сприятимуть покращенню та підтриманню здоров'я, але фактично для цього нічого не робить.

Уявлення підлітка про власне здоров'я в континуумі «Здоров'я/хвороба» характеризується різними варіантами включення в семантичний простір поняття «Здоров'я» уявлень про хворобу: хвороба виключена із семантичного простору уявлень про здоров'я; образ здоров'я підміняється або вичерпується образом хвороби, тобто підліток ідентифікує своє здоров'я з хворобою; суб'єктивні уявлення підлітка про здоров'я містять обидва складники і здоров'я, і хвороби [24].

Як наголошують Г. В. Кукуруза, О. О. Кирилова, особливе сполучення вище означених параметрів визначає кожний тип внутрішньої картини здоров'я. Так, тип 1 характеризується індивідуально-орієнтованою особистісною позицією, пасивною позитивною стратегією щодо підтримки та збереження власного здоров'я, ідентифікацією свого здоров'я із хворобою, сфокусованістю свідомості лише на хворобі та переконанням у залежності власного здоров'я від впливу зовнішніх факторів. Цей тип ВКЗ можна розцінювати як інвертований, бо образ здоров'я підміняється образом хвороби [71].

Тип 2 характеризується індивідуально-орієнтованою особистісною позицією, поєднанням пасивної і активної позитивних стратегій щодо підтримки та збереження власного здоров'я, присутністю в уявленнях про здоров'я обох складників – і здоров'я, і хвороби та переконанням у залежності свого здоров'я від власних зусиль та особистісних факторів [71]. Цей тип ВКЗ можна розцінювати як цілісний, бо уявлення підлітка з

функціональними порушеннями про здоров'я в ситуації наявності захворювання містять обидва складники – і здоров'я, і хвороби. Наявність активної стратегії щодо підтримки та збереження власного здоров'я, прагнення до здорового способу життя та переконання у залежності свого здоров'я від власних зусиль робить цей тип ВКЗ адаптивним.

Тип 3 характеризується соціально-орієнтованою особистісною позицією із пасивною стратегією щодо підтримки та збереження власного здоров'я – як позитивною, так і негативною, що включає декларування здорового способу життя без наявності дій, спрямованих на підтримку свого здоров'я та заперечення наявності захворювання, переконанням у залежності здоров'я від зусиль людини [71].

В основу нашого дослідження взято багатовимірну теоретичну модель внутрішньої картини здоров'я О. С. Лісової.

Розглянемо *компоненти ВКЗ*, обґрунтовані О. С. Лісовою.

Сенситивний компонент ВКЗ. В його основі лежить схема тіла, психологічний образ тіла (проявляє себе у відчуттях фізичного комфорту чи дискомфорту), розширених чи обмежених можливостей володіння своїм тілом. Крім того, схема тіла безпосередньо впливає на формування актуального та ресурсного станів підлітка. Актуальний стан – це той стан, у якому індивід перебуває в конкретний момент чи відрізок часу; він визначає характерні для індивіда поставу, ходу, спосіб дихання, міміку і жести, а також звичну міру фізичної активності. Саме актуальний стан дає інформацію про динаміку захворювання і через симптом підліток будує своє уявлення про перспективи одужання та свої можливості в теперішньому становищі. Ресурсний стан – це той оптимум фізичних можливостей, на який здатна людина і який вона зможе відчувати після реабілітації.

Прагнення досягнути ресурсного стану слугує мотивацією одужання та пошуку шляхів реабілітації. Корекція сенситивного стану як шлях до ресурсного можлива за участі різнопланових фахівців: лікаря, лікаря-

реабілітолога, психолога, фізіотерапевта тощо. При цьому лікар-реабілітолог є носієм реальних відомостей про потенційний ресурсний стан хворого, а психолог відповідає за прийняття та осмислення цих відомостей хворим [81].

Емоційний компонент ВКЗ – це звичні способи переживання підлітком власних життєвих ситуацій. Цей компонент має особливе значення, оскільки емоційні відреагування можуть бути причиною ставлення до свого життя, основою якості життя підлітка.

Переживання гострої або хронічної психологічної травми зі специфічними особливостями індивідуально-емоційного реагування людини на навколишнє може стати причиною низки психосоматичних захворювань підлітка. Емоційний компонент ВКЗ, з одного боку, може стати причиною соматичного захворювання, а може бути основою психологічної реабілітації. Зміна ставлення до ситуації хвороби, до симптому дозволяє активізувати резервні можливості організму і сприяти реабілітації та одужанню.

Важливою частиною емоційного компоненту ВКЗ є емоційні зв'язки з родиною, сім'єю, відповідальність за своє одужання перед рідними, здатність прийняти емоційну підтримку сім'ї. Лікар та психолог виступають з'єднувальною ланкою між хворим та його найближчими людьми, допомагаючи їм зрозуміти специфіку захворювання, обмеження, які воно накладає зараз та в майбутньому, їх місце у процесі одужання та реабілітації.

Емоційний компонент ВКЗ відповідає і за прихильність до лікування, що проявляється у довірі до системи лікування та реабілітації, до лікаря і тих лікарських засобів, які він пропонує. Відомо, що саме виконання лікарських настанов забезпечує ефективність лікування, а негативні емоції порушують зв'язок між лікарем та пацієнтом і можуть стати причиною негативного прогнозу щодо одужання. Це має особливе значення для підлітка. Компетентне втручання психолога дає можливість лікуючому лікарю зменшити час адаптації підлітка до наслідків травми, а також контролювати

прихильність до лікування протягом усього процесу лікування та реабілітації [81].

Когнітивний компонент ВКЗ – це усвідомлення складності захворювання, ролі психологічних чинників розвитку хвороби і прийняття факту закономірностей розвитку хвороби, зокрема, перспектив одужання чи можливості хроніфікації захворювання як неминучості. Водночас когнітивний компонент характеризується оцінкою інтелектуального потенціалу й реалістичністю сприйняття дійсності [81]. Він містить уявлення про стан здоров'я на даний момент часу і залежність від віку підлітка і рівня його інтелекту. Знання про здоров'я передбачає також і розуміння закономірностей його розвитку у віковій перспективі.

Раціональною стороною ВКЗ є сукупність суб'єктивних або міфологічних умовиводів, думок про причини, зміст, можливі прогнози захворювання, а також про оптимальні способи збереження, зміцнення та розвитку здоров'я. Довіра до лікування, до комплексу лікувальних засобів (ліків зокрема), розуміння, що таке побічна дія ліків, і визнання значення дисципліни під час прийому ліків є невід'ємною частиною когнітивного компоненту ВКЗ хворого.

Корекція когнітивного компоненту ВКЗ може стати основою вибору оптимальної стратегії відновлення здоров'я та реабілітації. При цьому лікуючий лікар несе відповідальність за змістовність та повноту інформації, лікар-реабілітолог за узгодженість знань і дій пацієнта, а психолог контролює прийняття та усвідомлення отриманої інформації, її інтеграцію у внутрішню картину здоров'я [83].

Ціннісно-мотиваційний компонент ВКЗ є ядром внутрішньої картини здоров'я. Переконавання і внутрішні цінності – найсильніші стимули до конструктивної стратегії поведінки, спрямованої на одужання, хоча можуть провокувати дії, спрямовані на зниження рівня здоров'я. Ціннісно-мотиваційний компонент внутрішньої картини здоров'я – це мотив

оздоровлення – воля до здоров'я, воля до життя. Адекватне, усвідомлене, послідовне емоційно-ціннісне ставлення до себе є необхідною умовою збереження особистісної цілісності, а отже, - і одним із центральних складників внутрішньої картини здоров'я. Компоненти «Я концепції», виділені Р. Бернсом («Я реальне», «Я дзеркальне» і «Я ідеальне») [81] повинні бути послідовно узгоджені, не мати великих розривів і діаметрально протилежних характеристик. В протилежному випадку відбуваються зміни внутрішньої картини здоров'я, що нерідко проявляється у вигляді депресій, немотивованої агресії, апатії, порушенні контакту з навколишнім соціальним середовищем. Важливо вибудовувати стратегії оптимізації стану здоров'я, одужання, шукати індивідуальні шляхи реабілітації. Таким чином формується прагнення бути здоровим настільки це можливо, з прийняттям обмежень хвороби.

Поведінковий компонент ВКЗ – важливий чинник в адаптації людини до навколишньої дійсності, сукупність зусиль, прагнень, конкретних дій людини, обумовлених її системою знань та рішень людини і спрямованих на досягнення суб'єктивно значущих цілей щодо відновлення здоров'я. За Г.С. Нікіфоровим [81], поведінковий рівень пов'язаний з актуалізацією діяльності людини зі збереження здоров'я. Це найвищий рівень ставлення до здоров'я, тому він вимагає активної діяльності суб'єкта, спрямованої на збереження і підтримку свого здоров'я. Поведінковий компонент включає в себе конкретні дії, які можуть викликатися образом «Я» і самооцінкою.

О.С. Лісова обґрунтовує такі функції внутрішньої картини здоров'я:

- спрямувальна – задає вектор життєдіяльності людини відповідно до того, які цінності вона сповідує; так, оптимізація внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату сприяє тому, що здоров'я стає справжньою цінністю, перетворюється на рушійну силу, яка визначає спрямованість особистості та її основну

- мотивацію: ствердження у житті, знаходження сенсу життя, самоактуалізацію;
- регулятивна функція – допомагає залучити внутрішні психофізіологічні ресурси хворого підлітка, стимулювати активність, спрямовану на забезпечення здоров'я, а також прийняття на себе відповідальності за власне здоров'я і бажання бути здоровим;
 - когнітивно-структурувальна функція – забезпечує вибірковість сприйняття інформації з навколишньої дійсності, особливо інформації, що стосується потенційних можливостей підлітка;
 - прогностична функція – задається часово-просторова перспектива видужання, майбутнє отримує сенс, узгоджується з реальними можливостями;
 - креодизувальна функція – забезпечує прояви психологічної свободи чи напруження на соматичному рівні, дозволяє визначити самостійні стратегії реабілітації, узгоджуючи з реальними знаннями;
 - саногенна (потенціувальна) функція – сприяє підвищенню рівня здоров'я у хворого підлітка. Переважання ВКЗ над ВКХ у підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату оптимізує процес лікування та покращує якість життя (при переважанні образу здоров'я над образом хвороби більш ймовірний позитивний прогноз перебігу хвороби);
 - комунікативно-оптимізувальна функція – сприяє оздоровленню стосунків хворого підлітка з навколишніми, сприяє його привабливості для них на психологічному рівні, оздоровлює взаємини з іншими людьми [81].

Основною проблемою підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату є стрес, сором, глибоке розчарування у своїх силах, втрата довіри до тіла, страх за майбутнє, а тому мотивувати його до активності можливо тільки після корекції всіх компонент ВКЗ [81], [100], [111].

Повернення довіри до тіла, розуміння значення симптому (сенситивний компонент); емоційне налаштування, надія, радість від найменшого прогресу (емоційний компонент); узгодження своїх дій з релевантними знаннями про можливості, узгодження своїх дій з рекомендаціями лікарів, фізіотерапевтів (когнітивний компонент); узгодження своїх переконань і внутрішніх цінностей, мотивація до одужання та прийняття відповідальності за своє майбутнє (ціннісно-мотиваційний компонент) – основа оптимізації поведінкової компоненти.

Якщо будь-який компонент ВКЗ є деструктивним то це відобразиться на поведінковому компоненту, відповідно досягнути ресурсного стану організму буде складно, а то і не можливо.

Таким чином, ВКЗ – це структурно складне динамічне утворення самосвідомості людини, яке містить сенситивний, емоційний, когнітивний, ціннісно-мотиваційний та поведінковий компоненти; на рівні кожного з них представлені суб'єктивні образи фізичного, афективного, інтелектуального, соціального й духовного здоров'я.

Показано, що підлітки з набутими вадами ОРА переживають стрес, сором, розчарування у своїх силах, втрату довіри до тіла, страх за майбутнє, а тому важливою є корекція всіх компонентів ВКЗ: повернення довіри до тіла, розуміння значення симптому (сенситивний компонент); емоційне налаштування, надія, радість від найменшого прогресу (емоційний компонент); узгодження своїх дій з релевантними знаннями про свої можливості та з рекомендаціями лікарів, фізіотерапевтів (когнітивний компонент); узгодження своїх переконань і внутрішніх цінностей, мотивація до одужання та прийняття відповідальності за своє майбутнє (ціннісно-мотиваційний компонент); активна позиція щодо збереження та відновлення здоров'я (поведінковий компонент).

1.3. Психологічна реабілітація підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

1.3.1 Зміст та завдання психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [127] під *психологічною реабілітацією* розуміють систему заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку особистості.

Психологічна підтримка – система соціально-психологічних, психолого-педагогічних способів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі розвитку, формування здібностей і самосвідомості, сприяння самовизначенню [139].

Психолого-педагогічний супровід – це системна діяльність практичного психолога та корекційного педагога, спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум.

Психологічна адаптація – система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватися до наявних у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей даного суспільства [139].

А. Г. Шевцов обґрунтовує основні принципи реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Першим принципом є відкритість соціальної реабілітації майбутньому, її динамічність та варіативність, постійний пошук і зміни, послідовне формування нових орієнтирів та цілей.

Другий принцип – інтеграція всіх способів освоєння дитиною світу.

Третій принцип – особистісна спрямованість процесу реабілітації, вільний розвиток індивідуальності, яка є головним його фактором.

Четвертий принцип – принцип реалістичності, орієнтує на постановку реально досяжних цілей реабілітації, що виходять із можливостей дитини з вадами здоров'я, об'єктивних соціальних умов тощо (саме цей принцип диктує необхідність строгого індивідуального підходу при проведенні реабілітаційних заходів).

Безпосередня участь дитини та її батьків у створенні програми реабілітації, виборі змісту, форми, методів, місця, часу і темпів цього процесу; *принцип гуманізму* – ресурсу, що орієнтує на пошук позитивного для «подолання «кризових ситуацій», на актуалізацію потенційних можливостей у людини, визнання абсолютної цінності особистості, її унікальності, права на свободу вибору (цей принцип є загально-методологічним, він підкреслює відсутність скільки-небудь істотних розходжень у підходах до хворої і здорової дитини, тобто універсальний) [153].

Науковець І. В. Петрова розглядає елементи так званого цільового проекту психологічної реабілітації для дітей з вадами здоров'я. Завданням цільового проекту є створення умов, що сприяли б вирішенню проблем особистісного розвитку, проблем певної соціальної групи; оптимізації соціально-культурного та соціально-психологічного середовища хворої дитини [104]. Подібні проекти мають спільну мету, що полягає в наданні можливості змінити життя підлітків з функціональними порушеннями, наповнити їх новим змістом, допомогти раціонально й цікаво використовувати свій вільний час, підтримувати здоров'я, отримувати задоволення від життя. Реабілітаційні програми сприяють створенню таких умов, коли підліток відчуватиме себе не об'єктом, а суб'єктом соціально-культурної діяльності. Відновлення можливостей підлітків з набутими вадами здійснювати дозвільну та рекреаційну діяльність відповідно до своїх

інтересів та уподобань; підтримка їх життєвої та соціально-культурної активності; створення сприятливого психоемоційного середовища засобами спілкування та дозвілля; набуття навичок пристосування до нових умов життя; отримання освіти є головними завданнями реабілітаційних проектів [104].

Реабілітаційні програми для підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату поділяють за такими напрямками, як: *психологічний, соціально-культурний, професійний, соціально-реабілітаційний* [83].

Психологічний напрямок передбачає психологічну підтримку підлітків з обмеженими можливостями. Основними завданнями проектів психолого-реабілітаційного напрямку є відновлення та розвиток їх інтелектуальних функцій, емоційного стану, навичок психічної саморегуляції, комунікативної культури. Специфічними методами, що використовуються у проектах є психологічні тренінги (аутотренінг, комунікативний тренінг, тренінг креативності), психотерапія, ігротерапія, бібліотерапія, арттерапія та інше.

Соціально-культурний напрям передбачає активізацію та розвиток творчо-художнього потенціалу підлітків, засвоєння ними цінностей культури та мистецтва. Прикладом цього напрямку можуть бути проекти «Дозвілля для всіх», «Культура та інваліди» тощо [83].

Професійний напрям орієнтується на навчання цих дітей трудових навичок, професійне навчання. Навчання підлітків з порушеннями розглядають як сферу діяльності, що сприяє їх успішному функціонуванню, зменшує соціальну напругу та забезпечує стабільність і захист у кризових життєвих ситуаціях, розкриває для них реальні перспективи; розвиває освітньою та загальнодоступну мотивацію; сприяє поглибленню знань і зростанню рівня інформаційної культури та практичної діяльності; формуванню інтелектуальних та прикладних навичок, вмінь та способів діяльності; розвиває комунікабельність як засіб збагачення стосунків зі світом. Прикладом таких проектів є проекти типу «Вибір професії».

Соціально-реабілітаційний напрям має на меті вирішення завдання соціалізації особистості з обмеженими можливостями. Занижена самооцінка, що формується у підлітків з набутими фізичними вадами під впливом негативного ставлення навколишніх, недоступності багатьох можливостей, звичних для здорових однолітків.

Для підлітків, які мають набуті вади опорно-рухового апарату, важливим питанням залишається повноцінна реалізація себе у майбутньому. Так як у суспільстві все більшого значення набуває професійний напрямок реабілітації, то сучасний ринок відповідно ставить більш високі вимоги до трудової активності та професійних навичок людини. Тому у спеціалізованих школах актуальним питанням на сьогоднішній день залишається організація навчального процесу таким чином, щоб у ньому поєднувались загальноосвітнє і професійно-трудове навчання.

І що раніше почнеться цілеспрямований особистісний і професійний розвиток дитини з обмеженими можливостями, то більшою мірою можна прогнозувати психологічне благополуччя, задоволеність життям і особистісний ріст кожної особистості. [127].

Недоліком таких проектів є вузьке спрямування на вирішення прямої проблеми. І підліток змушений або брати участь у різних проектах, а вони не завжди є доступними, або задовольнятися чимось одним.

У процесі психологічної реабілітації психолог чітко визначає мету та основні завдання реабілітації. Особливого значення, як вважають дослідники, психологічна реабілітація набуває в підлітковому віці, адже саме для цього віку характерний інтенсивний розвиток пізнавальних та емоційно-вольових процесів. Що раніше буде виявлено той чи інший дефект, то ефективніше пройдуть реабілітаційні заходи [127].

В. І. Лубовський [103] в межах спеціальної психології згрупував основні завдання психологічної реабілітації за науковим змістом та практичною спрямованістю.

Перша група завдань – це загальнонаукові теоретичні завдання, які торкаються проблем розвитку психіки дитини.

Друга група завдань – вивчення закономірностей формування особистості, розумової діяльності, мовлення, сприймання, пам'яті підлітка в конкретній ситуації здоров'я.

Третя група завдань - виявлення шляхів компенсації дефекту та розвитку психіки в цілому.

Четверта група завдань – розробка наукових основ, методів і засобів навчання різних груп аномальних дітей, теоретичне обґрунтування конкретних шляхів їх навчання.

Одним із напрямів психологічної допомоги підліткам з набутими порушеннями опорно-рухового апарату є психологічна корекція.

Психологічна корекція – це доцільно організована система психологічних впливів, спрямованих на зміну певних особливостей (властивостей, процесів, станів) психіки, які відіграють важливу роль у прояві хвороб, у їх патогенезі. На думку І. І. Мамайчук [88], формулюючи завдання психологічної корекції, доцільно виділити три основні взаємозалежні психокорекційні блоки: діагностичний, власне корекційний і прогностичний.

Так, до *діагностичного блоку* входять діагностика *психічного розвитку* дитини й діагностика *соціального середовища*.

Діагностика психічного розвитку дитини охоплює: всебічне клініко-психологічне вивчення особистості дитини та її батьків, системи їхніх стосунків, аналіз мотиваційно-потребової сфери дитини і членів її родини; аналіз розвитку сенсорно-перцептивних та інтелектуальних процесів і функцій. *Діагностика соціального середовища* вимагає аналізу несприятливих факторів соціального середовища, що травмують дитину і порушують її психічний розвиток, формування характеру особистості і соціальну адаптацію [88].

Корекційний блок спрямований на вирішення таких завдань:

- корекція психічного стану дитини, корекція становлення у соціальному середовищі та корекція внутрішньо-сімейних взаємин;
- корекція неадекватних методів виховання дитини з метою подолання її мікросоціальної занедбаності;
- допомога дитині або підліткові у вирішенні психотравмівних ситуацій;
- підвищення соціального статусу дитини в колективі;
- розвиток у дитини або підлітка компетентності в питаннях нормативної поведінки;
- формування і стимуляція сенсорно-перцептивних, мнемічних та інтелектуальних процесів у дітей та підлітків;
- розвиток і вдосконалювання комунікативних функцій, емоційно-вольової регуляції поведінки;
- формування адекватних батьківських установок на хворобу та соціально-психологічні проблеми дитини шляхом активного залучення батьків у психокорекційний процес;
- створення в дитячому колективі, де навчається дитина з особливими потребами, атмосфери прийняття, доброзичливості, відкритості, взаєморозуміння [87].

Прогностичний блок психокорекції спрямований на проектування психофізіологічних, психічних і соціально-психологічних функцій дитини. В ході корекції перед психологом постають наступні завдання: проектування можливих змін у розвитку пізнавальних процесів та особистості в цілому; визначення динаміки цих змін.

Загальною метою психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є відновлення і розвиток пізнавальних та емоційно-вольових процесів, забезпечення максимально повної психологічної адаптації особистості в суспільстві.

В. Й. Бочелюк та А. В. Турубарова наголошують, що основними завданнями психологічної реабілітації є [19], [139]:

- психологічна діагностика й корекція пізнавальної та емоційно-вольової сфер особистості;
- стимуляція сенсорних функцій організму;
- формування мовленнєвого, предметно-дійового й ігрового спілкування з навколишніми;
- формування адекватної самооцінки та рівня домагань;
- зняття психічного травматизму у зв'язку з лікувальними процедурами (операціями) через невідповідність надії дитини на швидке лікування;
- формування позитивних рис особистості;
- психологічна адаптація до змінених умов.

Розглядаючи проблему психологічної допомоги підліткам із церебральним паралічем, вчена І. І. Мамайчук розглядає її як складну систему реабілітаційних впливів, спрямованих на підвищення соціальної активності, розвиток самостійності, зміцнення соціальної позиції особистості хворого із ДЦП, формування системи ціннісних установок і орієнтацій, розвиток інтелектуальних процесів, які відповідають психічним і фізичним можливостям хворої дитини [88], [124]. С. П. Дуванова [45], Н. М. Трофімова [134] виокремлюють такі основні напрямки корекційної роботи з дітьми, які хворі на ДЦП: розвиток емоційного, мовленнєвого, предметно-дійового та ігрового спілкування з оточуючими; формування просторових та часових уявлень, корекція цих порушень; виховання навичок самообслуговування та гігієни; формування математичних уявлень; розвиток зорово-моторної координації та функціональних можливостей кисті й пальців, підготовка до оволодіння письмом.

Ці напрями корекції можна адаптувати до роботи з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату, використовуючи тільки ті, які є актуальними у конкретній ситуації. На думку науковця С. А. Місяк [94],

основними проблемами, які гальмують процес інтеграції дітей з обмеженими фізичними можливостями в загальноосвітніх навчальних закладах, є недостатня кількість фахівців для роботи з дітьми-інвалідами, відсутність підготовки цих фахівців (реабілітологів, психологів, соціальних працівників). Дослідник вказує на недостатнє матеріально-технічне забезпечення шкіл, в яких навчаються особи з особливими потребами, перебуваючи в інтегрованому та спеціалізованому середовищі; обмежене фінансування медичного, соціального та психологічного супроводу навчального процесу інвалідів. Важливою є думка про відсутність нормативно-законодавчої бази освіти інвалідів у ВНЗ, відсутність взаємодія міністерств освіти і науки, охорони здоров'я, праці та соціальної політики, державного комітету у справах сім'ї та молоді в питаннях освіти й реабілітації інвалідів, причиною чого є різні джерела фінансування. Реформи освіти у нашій державі цілеспрямовано вирішують ці проблеми. В той же час правильно підібрані методи психологічної допомоги з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату впливатимуть на динаміку їх розумового й особистісного розвитку.

Огляд змісту та завдань психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату дозволяє висунути припущення, що всі вони можуть бути реалізовані при оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

1.3.2 Основні підходи та стратегії психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Дослідженнями проблем психолого-педагогічної реабілітації дітей та підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату займалися такі сучасні дослідники, як В. О. Липа [79], Є. П. Синьова [124], В. М. Синьов [125], О. П. Хохліна [147], А. Г. Шевцов [153] та інші.

Проаналізуємо основні підходи до психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату з точки зору оптимізації їх внутрішньої картини здоров'я. Як зазначено у попередніх підпунктах роботи, ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату містить окремі компоненти (сенситивний, емоційний, когнітивний, ціннісно-мотиваційний, поведінковий). Вважаємо, що кожен із підходів до психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату забезпечує оптимізацію певних компонентів.

Арт-терапія – це вид психотерапії та психологічної корекції, заснований на мистецтві та творчості [38]. Основними завданнями арт-терапії в роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату, є естетичний розвиток підлітків з руховими порушеннями, розвиток почуття прекрасного, розвиток адекватного емоційно-естетичного ставлення до предметів і явищ навколишнього світу та творів образотворчого мистецтва, розвиток інтересу до художньої творчої діяльності, підвищення сприймання, розуміння і відтворення художніх образів. Арт-терапія щонайповніше забезпечує оптимізацію *сенситивного й емоційного компонентів ВКЗ* підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Музикотерапія – це практика використання звуків, мелодій для відновлення рівноваги емоційного та покращення фізичного стану людини [19]. Основні завдання музикотерапії у роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату: виховання естетичного смаку до музики,

розвиток зосередженості, необхідних емоційних станів, думок, психологічних установок та дій, викликання рефлексорних змін функціональних систем організму відповідно до переживаного емоційного стану, активізація пізнавальної й розумової діяльності. Музикотерапія забезпечує оптимізацію насамперед *емоційного, ціннісно-мотиваційного та поведінкового компонентів* ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Танцювальна рухова терапія – це один із видів психотерапії, який використовує рух як засіб розвитку фізичного, соціального і духовного життя людини. Основні завдання танцювальної рухової терапії у роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату: боротьба з емоційними та міжособистісними конфліктами, долаття страху перед невдачами, розвиток комунікаційних навичок, підвищення самооцінки, відчуття гармонії частин тіла, наслідування рухів один одного та досягнення соціальної взаємодії шляхом невербального спілкування, відчуття експресії, динаміки, взаємодії на різному тілесному рівні; отримання певного досвіду додає впевненості, покращує самопочуття і настрій, сприяє розвитку креативності, розвиває емоційний інтелект [19].

Танцювальна рухова терапія забезпечує оптимізацію *емоційного, ціннісно-мотиваційного, поведінкового компонентів* ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Психодрама є методом групового терапевтичного впливу з метою пізнання внутрішнього «Я» людини, це терапевтичний груповий процес, у якому використовують інструмент драматичної імпровізації для вивчення внутрішнього світу клієнта [19]. Основні завдання психодрами у роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату: вирішення конкретних психолого-педагогічних завдань і питань психосоціальної реабілітації, розвиток рухових можливостей, розвиток мовлення, покращення артикуляції звуків і дикції, адаптація до різних психосоціальних ролей,

розвиток інтелекту. Психодрама забезпечує оптимізацію *сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного, поведінкового компонентів* ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Іпотерапія – це метод лікування, заснований на взаємодії людини зі спеціально навченим конем, адаптованим до можливостей хворої людини в опануванні верхової їзди [19]. Основні завдання іпотерапії у роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату: відновлення і покращення фізичного стану, інтеграція у здорову спільноту, протидія негативному впливу гіпокінезії, зумовленої хворобою, розвиток фізичної активності, відновлення порушених функцій, професійна реабілітація, формування нових та відновлення втрачених навичок. Іпотерапія забезпечує оптимізацію *сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного, поведінкового компонентів* ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Працетерапія – це лікування працею для відновлення порушених функцій і працездатності хворих [19]. Основні завдання працетерапії у роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату: залучення у трудову діяльність із лікувальною та реабілітаційною метою, налагодження життя хворих підлітків з метою досягнення ними незалежності, використання руху як фізіологічного стимулятора, вироблення автоматизму, зниження м'язової ригідності, підвищення сили м'язів та їхньої пластичності, стимулювання відновлення чутливості. Працетерапія забезпечує оптимізацію *емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного, поведінкового компонентів* ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Психологічний тренінг – це активне навчання навичкам поведінки [19]. Основні завдання застосування психологічного тренінгу у роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату: розширення усвідомлення «Я-образу» шляхом концентрації уваги на власних відчуттях (тілесних, емоційних і т. д.), формування Я-соціального на основі

комунікативних навичок і умінь, усвідомлення міжособистісних відносин у групі для навчання більш ефективній взаємодії за її межами, розвиток навичок самопізнання, самореалізації і саморегуляції, за рахунок зниження комунікативних бар'єрів і психологічного захисту; осмислення свого минулого, сьогодення і майбутнього, пошук необхідних ресурсів для досягнення життєвих цілей. Психологічний тренінг забезпечує оптимізацію *сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного, поведінкового компонентів* ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Тілесно-орієнтована терапія – це група психотерапевтичних методів, орієнтованих на вивчення тіла, усвідомлення людиною тілесних відчуттів, на дослідження того, як потреби, бажання, відчуття проявляються в різних тілесних станах, і на навчання реалістичним способам вирішення проблем у цій галузі [19]. Основні завдання застосування тілесно-орієнтованої терапії у роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату: знайомство з власним тілом, розширення усвідомлення тілесних відчуттів, дослідження того, як потреби, бажання, і почуття кодуються у різних тілесних станах, виявлення прихованих обмежень рухливості суглобів, м'язові блоки, затиски, послаблення емоційної напруги, вирішення внутрішніх конфліктів, розкриття особистісного потенціалу підлітка, розширення самоусвідомлення, поліпшення фізичного самопочуття, удосконалення комунікації, корекція психологічних проблем, пов'язаних з ситуацією набуття вади, лікування посттравматичних стресових розладів, неврозів, тривог і страхів, мускульне розслаблення, надання підтримки та заспокоєння, загальне покращення психосоматичного стану, відновлення сил та активізація життєтворчих процесів, усвідомлення нових внутрішніх орієнтирів та цінностей. Тілесно-орієнтована терапія забезпечує оптимізацію *сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного,*

поведінкового компонентів ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Таким чином, можна зробити висновок, що розглянуті основні напрямки психотерапії, які використовуються для психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового, спрямовані на відновлення, корекцію психологічних та фізичних функцій, процесів, властивостей особистості хворої дитини, створення сприятливих умов для її розвитку; проведення психофізичної діагностики таких дітей; на їхнє лікування за допомогою психологічних засобів впливу; своєчасне попередження відхилень у сприйманні та поведінці, міжособистісних стосунках, запобігання конфліктних ситуацій.

Підлітковий вік є сензитивним періодом для фізичного, розумового, морального, соціального та духовного розвитку особистості. Зміни, які відбуваються в емоційній, інтелектуальній сферах особистості підлітка, зумовлюють виникнення нового рівня його самосвідомості. Це період посилення потреби у спілкуванні з однолітками, що супроводжується емоційною вразливістю, протестом проти встановлених правил і порядків, прагненням до незалежності, самостійності та самоствердження себе як особистості. Тому у підлітків з набутими руховими порушеннями спостерігаються неадекватність показників загальної та парціальної самооцінки й емоційно значущих якостей, що свідчить про глобальну незадоволеність хворої дитини собою; формування негативного самоставлення. У таких дітей переважає високий рівень особистісної тривожності, наявна суперечлива, конфліктна самооцінка, неприйняття особистісного «Я», існують проблеми у сфері міжособистісних стосунків. У психолого-педагогічних дослідженнях відмічаються незрілість емоційно-вольової сфери, що виявляється у високому рівні тривожності особистості, у нестабільності нервових процесів. Відмічаються також такі характерологічні

особливості, як підвищена залежність від навколишніх, пасивність, соціальна незацікавленість.

Підліткам з вадами опорно-рухового апарату притаманний більш низький ступінь розвитку когнітивного компоненту Я-образу порівняно зі здоровими однолітками. Це проявляється у сповільненій динаміці формування понять, що складають Я-образ особистості, у неадекватності їх саморозуміння, слабкій узагальненості та диференційованості самооцінки. Причинами когнітивної спрощеності Я-образу є як недостатність умов для повноцінного розвитку внаслідок рухового дефекту, так і захисно-компенсаторне витіснення травмівного для людини усвідомлення власних якостей. Центральне місце в когнітивній структурі особистості підлітків з набутими руховими порушеннями займають негативні думки, що відображають ставлення хворої дитини до себе і свого захворювання. Переважає почуття невизначеності свого місця та ролі в соціумі, стирання особистісної неповторності та схильність до прикрашання власного образу Я. У підлітків із набутою патологією спостерігається невпевненість у тому, що вони одужають, тому можна припустити, що порівняння себе здорового у минулому з собою хворим у теперішньому теж негативно впливає на когнітивний складник Я-концепції. Низький рівень розвитку когнітивного компоненту ВКЗ у таких дітей виявляється у значних розбіжностях між реальним та ідеальним Я і водночас високі показники самооцінки можна пояснити дією захисних компенсаторних механізмів.

Огляд змісту та завдань психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату дозволяє висунути припущення, що всі вони можуть бути реалізовані при оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. Загальною метою психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами ОРА є відновлення і розвиток пізнавальних та емоційно-вольових процесів, забезпечення максимально повної психологічної адаптації особистості в суспільстві.

Реалізація цієї мети можлива через оптимізацію ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ З НАБУТИМИ ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

У другому розділі вироблено вихідні засади емпіричного дослідження динаміки внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, вибудовано стратегію й представлено програму емпіричного дослідження; репрезентовано основні результати та висновки дослідження.

2.1 Організаційно-методичні засади емпіричного дослідження внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

2.1.1 Стратегія емпіричного дослідження: характеристика вибірки й етапи емпіричного дослідження підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Аналіз та узагальнення досліджень з проблеми психології підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату дав змогу виділити ключові аспекти, що потребують ґрунтового емпіричного дослідження стосовно внутрішньої картини здоров'я цієї категорії підлітків:

- 1) уявлення підлітків про власне здоров'я в континуумі «Здоров'я/Хвороба»;
- 2) особистісну позицію підлітків щодо власного захворювання;
- 3) визначення джерела відповідальності за стан здоров'я;

4) стратегії поведінки підлітка з набутими функціональними порушеннями щодо підтримки та збереження власного здоров'я.

Емпіричне дослідження дозволить з'ясувати:

- зміст феномену «внутрішня картина здоров'я» у підлітковому віці в єдності структурних компонентів: сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного та поведінкового;
- особливості внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату;
- на основі результатів дослідження визначити напрямки оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату;
- розробити психолого-педагогічну програму оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Критеріями внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату стали: уявлення про власне здоров'я в континуумі «Здоров'я/Хвороба», особистісна позиція підлітка щодо власного захворювання, атрибуція відповідальності за стан свого здоров'я, стратегії поведінки підлітка з набутими функціональними порушеннями щодо підтримки та збереження власного здоров'я.

У роботі перевіряється припущення, що оптимізація внутрішньої картини здоров'я значуще детермінує успішну психологічну реабілітацію підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. Така гіпотеза вимагає розділення емпіричного дослідження на чотири рівноцінні етапи, де перший – констатувально-діагностичний, який дозволить об'єктивно висвітлити внутрішню картину здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату та визначити ті компоненти ВКЗ, які потребують корекції; другий – проектувально-конструктивний – визначення психолого-педагогічних чинників оптимізації ВКЗ та розроблення відповідної програми; третій – формувальний – впровадження експериментальної програми, спрямованої на

оптимізацію внутрішньої картини здоров'я; четвертий – контрольньо-оцінний етап – перевірка ефективності реалізованої програми.

Таблиця 1

**Етапи емпіричного дослідження внутрішньої картини здоров'я
підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату**

Етапи емпіричного дослідження		Зміст
Етап I	Констатувально-діагностичний	Формування комплексу психодіагностичних методів дослідження ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА. Організація дослідження. Збір та якісний аналіз емпіричного матеріалу. Математична обробка, кількісна та якісна інтерпретація результатів емпіричного дослідження.
Етап II	Проектувально-конструктивний	На основі емпіричного дослідження визначення потреб та завдань оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА. Визначення психологічних та педагогічних чинників оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА.
Етап III	Формувальний	Апробація програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА: зустріч з лікарем-куратором, аналіз медичної документації, первинна зустріч з підлітком; залучення мультидисциплінарної команди (психолог, педагог, лікар-реабілітолог, фізіотерапевт); реалізація програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА шляхом оптимізації їх ВКЗ.
Етап IV	Контрольно-оцінний	Оцінка ефективності роботи програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА.

На *першому (констатувально-діагностичному) етапі* було підібрано оптимально до мети та завдань дослідження комплекс діагностичних методик, який містив систему запитань для проведення бесід та інтерв'ю з респондентами; стандартизовані й проєктивні методики; авторську анкету. Також було побудовано стратегію цілеспрямованого спостереження за поведінкою досліджуваних і фіксації результатів спостереження.

Сукупність підібраних нами взаємодоповнювальних методик дає можливість проаналізувати значущі чинники формування ВКЗ у підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату й досягнути мети емпіричного дослідження.

Другим (проектувально-конструктивним) етапом був відбір і розподіл респондентів за групами відповідно до поставлених завдань дослідження.

У дослідженні взяло участь 120 осіб, з них 60 осіб – здорові підлітки та 60 осіб – підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату, які навчаються в Івано-Франківській обласній дитячо-спортивній школі інвалідів та в Івано-Франківському регіональному центрі з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», з них – 18 осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, набутими внаслідок перенесеного у дитинстві захворювання (рахіт): 15 хлопців та 3 дівчат у віці 10-13 років. 42 особи – з набутими вадами опорно-рухового апарату (пошкодження, отримані внаслідок падіння та ін.): 29 хлопців та 13 дівчат (10-13 років). У вибірку не ввійшли підлітки з тяжкими вадами опорно-рухового апарату, які потребують супроводу медичного персоналу та які є лежачими.

Вибірка дослідження була сформована на добровільній основі з дотриманням конфіденційності особистих даних. Усі діти та їхні батьки дали згоду на проведення дослідження, а також виконали інструкції, передбачені застосованими методиками.

На *третьому (формуальному) етапі* було проведено опитування респондентів та застосовано відібрані психодіагностичні методики. Опитування відбувалось у формах інтерв'ю й бесіди, основною метою яких було отримання інформації про уявлення, значення й переживання стосовно власного здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Як додатковий метод ми застосували цілеспрямоване спостереження, в результаті якого визначили рівень відповідальності й готовності респондентів брати участь у наступному дослідженні.

З точки зору спілкування дослідження розділяють на три етапи, кожен з яких має свою мету та завдання.

1) *Доекспериментальне* спілкування, триває з моменту зустрічі дослідника з підлітками до моменту оголошення їм інструкції.

2) *Експериментальне* спілкування, триває з моменту оголошення інструкції до отримання первинних результатів дослідження.

3) *Післяекспериментальне* спілкування, триває з часу отримання первинних результатів дослідження і до моменту прощання з досліджуваним [43].

Доекспериментальне спілкування. Бесіда з потенційними досліджуваними.

Мета доекспериментального спілкування:

- з'ясування придатності кандидатів на роль досліджуваних;
- створення установки на експеримент і співробітництво;
- формування довірливого ставлення до себе та процесу дослідження;
- пред'явлення випробуваному певних вимог.

Етап експериментальної взаємодії. Це основний етап взаємодія на стадії проведення дослідів. Мета цього етапу:

- забезпечення ефективної роботи у ході дослідження;
- виявлення невідповідності можливостей випробовуваного вимогам експерименту та внесення необхідних коректив;
- контроль за реалізацією перевірки емпіричної гіпотези;
- контроль усіх експериментальних змінних.
- Постекспериментальне спілкування.

Завершальний етап експериментального спілкування починається з моменту завершення фіксації результатів дослідження і завершується прощанням чи домовленістю про наступну співпрацю. Мета цього етапу:

- підведення підсумків роботи;
- подяка випробовуваному за його участь у дослідженні;
- виконання до кінця відповідних зобов'язань та обіцянок;
- первинна інтерпретація результатів та повідомлення їх досліджуваному;
- надання консультативної допомоги (за попередньою домовленістю);

- проведення післяекспериментальної бесіди;
- забезпечення можливості подальшої співпраці.

Завершення експерименту не є припиненням взаємодії між випробуваним і експериментатором, а виправним моментом для зав'язування більш тісної співпраці.

Психологічний експеримент розглядається як цілісна ситуація. Слід зазначити, що всі психологи визнають значення впливу ситуації експерименту на його результати. Так, встановлено, що процедура експерименту впливає на підлітків, пояснення цьому знаходять в особливостях психіки підлітка. В. Н. Дружинін підкреслює, що [43]:

1. Підлітки більш емоційні при спілкуванні з дорослим. Дорослий для підлітка завжди є психологічно значущою фігурою. Він або корисний, або небезпечний, або симпатичний і заслуговує довіри, або неприємний і від нього треба триматися подалі.

2. Прояв індивідуальних особливостей у підлітка залежить від ситуації більшою мірою, ніж у дорослого. Ситуація конструюється в ході спілкування, підліток має успішно спілкуватися з експериментатором, розуміти його питання й вимоги [43].

На *четвертому (контрольно-оцінному) етапі* проводилась оцінка ефективності роботи програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА.

2.1.2 Обґрунтування та опис методів емпіричного дослідження внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Для емпіричного дослідження психологічних особливостей внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового

апарату було підібрано комплекс психодіагностичних методик, який виявляє особливості ВКЗ у складі сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного та поведінкового компонентів:

- 1) метод аналізу документації;
- 2) авторська анкета для підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату «Діагностика компонентів ВКЗ» (додаток А.1);
- 3) опитувальник SF-36 - коротка форма неспецифічного опитувальника для визначення якості життя (The 36-Item Short Form Health Survey) (додаток А.2);
- 4) тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (модифікація В. В. Добрякова) (додаток А.3);
- 5) методика «Незакінчені речення» Сакса і Леві (додаток А.4);
- 6) методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А. К. Осницького) (додаток А.5);
- 7) тест руки (Б. Брайклін, З. Петровський, Е. Вагнер) (додаток А.6).

Метод аналізу документації застосовувався з метою збирання фактів про учасника дослідження. В.М. Дружинін [43] зазначає, що в американській науковій літературі широко вживаним є термін «архівний метод», «архівне дослідження» (англ. «archival research»), яке позначає дослідження, що має на меті проаналізувати зібрану в документах інформацію. Натомість у вітчизняній науковій літературі для позначення цього методу використовують інший термін – «аналіз продуктів діяльності», або «праксиометричний метод». Ми застосовували метод аналізу медико-психологічної документації з метою визначення актуального стану респондентів через аналіз записів щодо діагнозу та прогнозу лікування, рекомендацій щодо реабілітації.

Під час зустрічі з психологом та лікарем підлітка важливо отримати необхідну інформацію про історію набуття ним вади опорно-рухового апарату; стан здоров'я, обмеження, які накладає хвороба на його життя; результати спостереження психолога за особливостями поведінки підлітка з

набутими вадами опорно-рухового апарату та перспективи реабілітації. З цією метою був створена авторська анкета (додаток А.1). Авторська анкета містить запитання, відповіді на які відображатимуть ключові аспекти особливостей ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Основна мета авторської анкети – на основі суб’єктивних думок дітей з функціональними порушеннями визначити особливості їх уявлень і знань, ставлення до свого здоров’я.

Питання опитувальника відображають основні параметри внутрішньої картини здоров’я і побудовані на основі глибокого теоретичного аналізу досліджуваної проблематики. Вони складені таким чином, що відповіді на них дають інформацію про всі структурні компоненти ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Критеріями ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, які представлені в авторській анкеті стали (Додаток А.1):

- суб’єктивна оцінка свого здоров’я та хвороби;
- ставлення до свого здоров’я та хвороби;
- знання про способи підтримки й збереження здоров’я;
- прийняття відповідальності за своє здоров’я;
- залежність від батьків та інших людей;
- поведінка, спрямована на збереження та відновлення здоров’я.

Дані про *сенситивний компонент* представлені в запитаннях 1-5 і відображають стосунки з тілом.

Емоційному компоненту відповідають питання під номерами 6-8, відповіді на які покажуть переживання, відчуття, емоції, пов’язані зі здоров’ям та хворобою дитини.

Когнітивний компонент відображає думки про здоров’я, розуміння та знання способів його збереження і зміцнення, ознаки погіршення здоров’я. Вказані проблемні питання висвітлені під номерами 9-11.

Відповіді з 12 по 14 включно стосуються *ціннісно-мотиваційного компоненту*. Вони визначають цінність та значення здоров'я для підлітка, наявність мотивів, які спонукають турбуватися про своє здоров'я.

Поведінковий компонент представлений у запитаннях 15-18. Поведінковий компонент є моторно-вольовою стороною ВКЗ, що являє собою конкретні дії людини, її зусилля, спрямовані на збереження й підтримання свого здоров'я.

З метою проведення порівняльної діагностики якості життя підлітків – здорових та з набутими вадами ОРА – ми застосовували опитувальник SF-36 – коротку форму неспецифічного опитувальника для визначення якості життя (The 36-Item Short Form Health Survey).

Оцінка якості життя за допомогою опитувальника SF-36 складається з 36 питань, об'єднаних у 8 шкал (додаток А.2). Опитувальник заповнюється пацієнтами самостійно. Аналізуються шкали: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH).

Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF) відображає ступінь порушення при якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень, пов'язаних із самообслуговуванням, ходьбою, підйомом по сходах, перенесенням ваги і вантажу тощо. Ця шкала відображає сенситивний компонент ВКЗ. Низькі показники за цією шкалою вказують на те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.

Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role Physical Functioning – RP), відповідає впливу фізичного стану на повсякденну рольову діяльність, як-от робота, виконання повсякденних обов'язків. Шкала дозволяє дослідити емоційний та поведінковий компоненти ВКЗ. Низькі показники

свідчать, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

Інтенсивність болю (Bodily Pain – BP) характеризує вплив ВКЗ на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу вдома і поза домом. Відображає сенситивний компонент ВКЗ. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

Загальний стан здоров'я (General Health – GH) допомагає оцінити хворому свій стан здоров'я зараз і перспективи лікування. Ілюструє когнітивний компонент ВКЗ. Що нижчий бал за цією шкалою, то нижча оцінка стану здоров'я.

Життєздатність (Vitality – VT) характеризує відчуття пацієнтом повноти сил і енергії або, навпаки, знесилення. Відображає емоційний компонент ВКЗ. Низькі бали вказують на стомленість пацієнта, зниження життєвої активності.

Соціальне функціонування (Social Functioning – SF) визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стани обмежують соціальну активність (спілкування). Демонструє сенситивний та емоційний компоненти ВКЗ. Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану.

Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role Emotional – RE), передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі затрати часу та зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо). Дає можливість оцінити емоційний та поведінковий компоненти ВКЗ. Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, зумовлене погіршенням емоційного стану.

Психічне здоров'я (Mental Health – MH) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги та є загальним показником позитивних емоцій. Ця шкала

відображає емоційний компонент ВКЗ. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічне неблагополуччя (додаток А.2).

Обробка результатів дослідження опитувальника SF-36 здійснювалась згідно ключа (додаток А.2).

З метою дослідження сенситивного та емоційного компонентів для аналізу причин неадекватного ставлення підлітка до перешкод, а також труднощів, що виникають у підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату в спілкуванні з дорослими і однолітками ми застосовували *методику незакінчених речень*, яка належить до вербальних проєктивних методів (додаток А.3).

Емоційний компонент є одним із компонентів ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, який виявляється в емоційному реагуванні на здоров'я, в тому числі переживань у ситуації його погіршення. Сенситивний компонент підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату пов'язаний з наявністю гарного самопочуття, відчуття активності, бадьорості. Зіткнувшись із ситуацією набуття вади, підлітки стають тривожними, агресивно налаштованими, оскільки хвороба може становити загрозу втрати незалежності, викликати занепокоєння і страх невідомого [71].

Дослідження показали, що в дітей із підвищеною особистісною тривожністю спотворена внутрішня картина здоров'я й хвороби. Відзначено спотворення ВКЗ у бік підвищеної уваги до свого здоров'я, що виявляється в підозріливості, негативному налаштуванні до навколишніх. Вони мають істотне порушення адаптивної поведінки, що нерідко призводить до вторинних особистісних реакцій на хворобу, таких як «втеча у хворобу» [73].

Дана методика дозволила нам виявити вплив внутрішньо-сімейних стосунків на внутрішню картину здоров'я підлітків, їх ставлення до себе та майбутні перспективи.

Існує багато варіантів методики «Незакінчені речення». Ми у своєму дослідженні використовували варіант Сакса і Леві (Тест Сакса SSCT для дітей) з метою діагностики ставлення підлітків до батьків, братів, сестер, до дитячої неформальної і формальної груп, вчителів, школи, своїх власних здібностей, а також з метою виявлення цілей, ціннісних конфліктів і значущих переживань. Використана нами методика «Незакінчені речення» дала змогу виявити такі особливості міжособистісних стосунків, як:

- ставлення до батька;
- ставлення до матері;
- ставлення до себе;
- ставлення до майбутнього;
- страхи і побоювання;
- ставлення до друзів;
- ставлення до свого минулого;
- ставлення до осіб протилежної статті;
- сексуальні стосунки;
- ставлення до сім'ї;
- почуття провини.

Досліджуваному пропонувалася серія незакінчених речень, аби він закінчив їх одним або декількома словами. Такий прийом подібний до асоціативного експерименту, але метод незакінчених речень більше інформативний, оскільки досліджуваний може давати відповідь більше ніж одним словом. При цьому важливою є більша гнучкість і різноманітність відповідей. Певні теми дозволяли розкрити важливі аспекти особистості й життєвого досвіду. Одні незакінчені речення спрямовані на визначення мотивів, потреб і сил середовища, що діють на суб'єкта. Інші стосувалися передусім чи винятково почуттів досліджуваного, чи взаємин в сім'ї, з друзями, колективом тощо. Треті застосовувалися для виявлення таких психологічних механізмів, як почуття самотності, засоби уникання дійсності.

Методика пристосовується до певних ситуацій і мети дослідження, така можливість дає право вивчити як нормальні, так і клінічні випадки.

Поведінковий компонент ВКЗ – це пов'язані з хворобою реакції, які сприяють адаптації або дезадаптації до неї й вироблення певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях у зв'язку з хворобою (прийняття або неприйняття ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування й т. д.).

З метою дослідження даного компоненту та аналізу причин неадекватного ставлення дитини до перешкод, а також труднощів, що виникають у підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату в спілкуванні з дорослими і однолітками ми застосовували *тест фрустраційних реакцій Розенцвейга* (додаток А.3) [132].

Перевагою цієї проективної методики є те, що вона дозволяє отримати результати самовираження чи творчої діяльності досліджуваного. Підліткам пропонувався стимульний матеріал, вони повинні були доповнити, розвинути, інтерпретувати. Великого значення надавалося самому поняттю проекції. Ф. С. Фрімен так визначає проекцію [150]:

- 1) неусвідомлюваний процес, у ході якого суб'єкт наділяє деякими своїми ідеями, поглядами, бажаннями, емоціями чи якостями характеру інших осіб;
- 2) проекція може набувати форму приписування своїх потреб іншим особам із оточення;
- 3) вона може також виражатися в неправильному сприйнятті, зумовленому минулим досвідом.

Даний проективний метод ставив досліджуваних підлітків в такий мотиваційний стан, в якому проявилися їхні особисті потреби, їх особливе сприйняття, інтерпретації та інші характерологічні особливості.

Загалом фрустрацію можна визначити як стан людини, що виражається в характерних особливостях переживань і поведінки, викликаний об'єктивно непереборними труднощами, які виникають на шляху до досягнення мети чи

розв'язання завдань. Розенцвейг [132] ввів важливе поняття про фрустраційну толерантність. В основі цього поняття лежить здатність особистості до адекватної оцінки важкої ситуації і, з іншого боку, здатність побачити вихід із цієї ситуації. Отже, фрустраційна толерантність розуміється як здатність індивіда перенести фрустрацію без втрати своєї психобіологічної адаптації.

Дана методика дозволила респондентам, з одного боку, адекватно оцінити травматичний стан (який виявляється в характерних особливостях переживань і поведінки, викликаних непереборними труднощами, що виникають на шляху до досягнення мети), у якому вони опинилися, а з іншого боку, знайти вихід із цієї ситуації.

Ситуації, запропоновані в методиці, були розділені на такі основні групи:

- 1) в одній будь-яка перепона, персонаж чи предмет зупиняють, насторожують, відбирають дещо, тобто прямим способом викликають фрустрацію (існує 16 ситуацій такого типу);
- 2) суб'єкт слугує об'єктом звинувачення; від нього вимагають відповідальності або звинувачують інші (таких ситуацій 8).

Респондентові давалася інструкція. За оцінкою результатів їх відповіді відносились до певних типів реагування. Кожна відповідь оцінювалася з двох точок зору:

1. З точки зору спрямованості особистості:

- а) екстрапунітивна, з тенденцією звинувачувати джерело фрустрації;
- б) інтрапунітивна, з тенденцією звинувачувати самого себе;
- в) імпунітивна – з тенденцією уникати звинувачення.

2. З урахуванням типу реакцій особистості:

- а) коли досліджуваний робив акцент на перепоні, на оцінці її значущості як несприятливої, сприятливої чи незначної;

б) його реакція мала характер самозахисту, що виражалася у звинуваченні іншого, який звинувачує себе як основного в цій ситуації, заперечення будь-якої вини в тому, що трапилося;

в) акцент робився на вирішенні ситуації (прохання допомоги від інших осіб з цією метою, суб'єкт зобов'язується зробити певні виправлення ситуації чи ж очікував, що нормальний хід подій приведе до виправлення ситуації).

Ми дотримуємося думки, що реакції на фрустрацію і способи пристосування до неї виявляють індивідуальні засоби подолання стресу.

Також з метою дослідження поведінкового компоненту ВКЗ у підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату ми застосовували *опитувальник А. Басса – А. Дарки* для виявлення агресії (додаток А.5).

Агресивність має якісну і кількісну характеристику. Вона може мати різний ступінь вираженості: від майже повної відсутності до її граничного розвитку. Кожна особистість має певний ступінь агресивності. Відсутність її призводить до пасивності, конформності, а її надмірний розвиток призводить до того, що особа може стати конфліктною, нездатною до об'єктивної оцінки ситуації, яка викликає у неї агресію. Сама по собі агресивність не робить суб'єкта свідомо небезпечним, оскільки з одного боку, наявний зв'язок між агресивністю і агресією не є жорстким, а з іншого, сам акт агресії може не приймати свідомо небезпечні і незадовільні форми [73]. Виходячи з цього, можна поділити прояви агресії на два основні типи. Перший – мотиваційна агресія як самоцінність, другий – інструментальна агресія як засіб. При цьому мається на увазі, що обидва види агресії можуть перебувати як під контролем свідомості, так і поза ним та супроводжуватися гнівом, ворожістю [66].

Визначивши рівень таких деструктивних тенденцій, можна з великим ступенем імовірності прогнозувати можливість прояву відкритої мотиваційної агресії.

За допомогою даної методики ми досліджували наступні види реакцій:

- фізичну агресію – використання фізичної сили проти іншої особи;
- опосередковану агресію – спрямовану на іншу особу або ні на кого не спрямовану;
- роздратування – готовність до прояву негативних почуттів (запальність, грубість);
- негативізм – опозиційну манеру в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти усталених звичаїв і законів;
- образу – заздрість і ненависть до навколишніх за дійсні та вигадані дії;
- підозрілість – в діапазоні від недовіри і обережності щодо людей до переконання в тому, що інші люди планують і завдають шкоди;
- вербальну агресію – вираз негативних почуттів як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокльони, погрози);
- почуття провини – суб'єктивне переконання особистості в тому, що вона є поганою людиною та відчуття нею докорів совісті [84].

Водночас для дослідження агресивності підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату було використано *тест руки Вагнера* (додаток А.6). Ми припускаємо, що пропонуючи обстежуваним в якості візуальних стимулів зображення руки, яка виконує різні дії, можна зробити висновки про тенденції активності досліджуваних.

Стимульний матеріал складався з 9 стандартних зображень кисті руки і одна без зображення, при показі якої ми просили уявити кисть руки й описати її уявні дії. Зображення пред'являлися в певній послідовності і положенні. При обробці отриманих результатів кожену відповідь досліджуваного відносили до однієї з категорій: «Агресія», «Вказівка», «Страх», «Емоційність», «Комунікація», «Залежність», «Інвалідність», «Опис», «Демонстративність».

Після категоризації підраховувалася кількість висловлювань у кожній категорії. Максимальна кількість балів, яку міг набрати досліджуваний, враховуючи, що він дає по чотири відповіді на кожену картку, – 40. Однак

можна було давати більше відповідей по одних категоріях і менше по інших. Відповіді, пов'язані з категоріями «Агресія» і «Вказівка», розглядалися як пов'язані з готовністю дитини до вищого прояву агресивності, небажання пристосуватися до оточення. Категорії відповідей «Страх», «Емоційність», «Комунікація» і «Залежність» відображали тенденцію до дії, спрямовану на пристосування до соціального середовища; при цьому вірогідність агресивної поведінки була незначною. Категорії «Активна безособовість» і «Пасивна безособовість» в аналізі не брали участі, оскільки їх вплив на агресивність поведінки не однозначний. Сумарний бал агресивності обчислювався за формулою: $A = (\text{Агресія} + \text{Вказівка}) - (\text{Страх} + \text{Емоційність} + \text{Комунікація} + \text{Залежність})$.

2.2 Результати констатувального емпіричного дослідження та обґрунтування психолого-педагогічного супроводу підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Для обробки всіх вище представлених методик і методів психодіагностики використовувались такі *методи математичної статистики*:

– спочатку «сирі» бали за всіма методиками переводились у стени за стандартною процедурою: обчислювались значення середнього арифметичного та стандартного відхилення, відтак «сирі» бали переводились у стандартні Z-показники за формулою: $Z = (x_i - M) / \sigma$, де x_i – індивідуальний показник досліджуваного за шкалою методики, M – середнє арифметичне, σ – стандартне відхилення [121; с. 46];

– первинний аналіз даних розпочався з побудови таблиць і графіків розподілу частот, з якими зустрічається кожне значення досліджуваних ознак. Підраховувались абсолютна та відносна частоти розподілу даних (результатів

тестування за кожною методикою). Абсолютна частота – вказується скільки разів зустрічається кожне значення ознаки, відносна частота – обчислюється частка спостережень, які припадають на те чи інше значення ознаки, – згідно з формулою

$$f_0 = f_a / N,$$

де f_a – абсолютна частота деякого значення ознаки, N – кількість спостережень (обсяг вибірки), f_0 – відносна частота цього значення ознаки [98; 30–36; 38–39]. На основі отриманих результатів були побудовані графіки (гістограми) розподілу частот даних. Це дозволило наочно проілюструвати, за якими шкалами показники найбільш виражені, а відтак ми отримали можливість проаналізувати основні характеристики експериментальної вибірки [121; с. 30-39];

– метод кореляційного аналізу даних. Нами був обраний коефіцієнт кореляції r -Пірсона (Pearson r).

Оскільки дослідженню підлягають складні багатофакторні ознаки, – психічні якості особистості, емоційні стани, стилі поведінки та ін., то потрібно взяти до уваги, що кореляційний взаємозв'язок між цими ознаками є нелінійним. І для констатації присутності взаємозв'язку достатньо буде отримати невеликий показник величини коефіцієнта кореляції при високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,01$) – наприклад, середньої сили взаємозв'язок – $r = 0.50 < r < 0.69$ чи помірний – $0.30 < r < 0.49$) [121];

– метод факторного аналізу – як метод математичного аналізу, котрий дає змогу проаналізувати кореляційні взаємозв'язки множини змінних та виявити приховані причини цих взаємозв'язків – виокремити факторну структуру даних. Причому фактор інтерпретується як причина спільної мінливості декількох вихідних змінних [121]. Послідовність факторного аналізу включає виконання шести етапів [121]:

1. Вибір вихідних даних. Передбачає представлення всіх ознак в метричній шкалі, причому бажано перейти до єдиної шкали для всіх ознак – в

нашому випадку всі результати експериментального дослідження було переведено в шкалу стенов. Складається матриця інтеркореляцій між досліджуваними ознаками (використовується кореляційний аналіз за Пірсоном).

2. Попереднє визначення кількості факторів. На цьому етапі матриця інтеркореляцій вихідних ознак обробляється з використанням методу аналізу головних компонент – в результаті отримуємо графік власних значень, за допомогою якого визначається кількість факторів. Для цього застосовується критерій відсіювання Р. Кеттела та критерій Кайзера – кількість величин власного значення фактора більшого за 1 вказує на кількість факторів.

3. Факторизація матриці інтеркореляцій. Це технічний етап, результатом якого є побудова матриці факторних навантажень (факторна структура) до їх повороту, вона не підлягає інтерпретації.

4. Поворот факторів та їхня попередня інтерпретація. На цьому етапі вибирається один з аналітичних методів повороту факторів, зазвичай – варимакс-поворот (Varimax normalized). В результаті повороту досягається факторну структуру, найбільш доступну для інтерпретації.

5. Прийняття рішення про якість факторної структури. Сьогодні не існує однозначної системи формальних критеріїв перевірки якості факторної структури. Тому основним критерієм є можливість доброї змістовної інтерпретації кожного фактора за двома і більше вихідними змінними. Здебільшого дослідники керуються вимогою однозначного співвіднесення кожної змінної лише з одним із факторів.

6. Обчислення факторних коефіцієнтів та оцінок. Це найпростіший етап факторного аналізу. Оцінки факторних коефіцієнтів є коефіцієнтами лінійного рівняння, який зв'язує значення фактора та значення вихідних змінних. Вони показують, з яким навантаженням входять вихідні значення кожної змінної в оцінку фактора. При обробці експериментальних даних використовувався пакет статистичних програм для ПК SPSS 13.0–15.0 for

Windows та пакет програм Microsoft Office (Excel) for Windows XP Professional. [121]; для перевірки достовірності відмінностей між виокремленими в межах експериментальної вибірки групами було використано багатфункціональний критерій порівняння двох незалежних вибірок – критерій φ^* – кутового перетворення Фішера. Критерій дозволяє співставляти вибірки як за кількісно, так і за якісно виміряними ознаками [121]. Суть методу кутового перетворення Фішера полягає у переведенні відсоткових часток у величини центрального кута, який вимірюється у радіанах. Більшій відсотковій частці буде відповідати більший кут φ , а меншій частці – менший кут, але співвідношення тут не лінійні:

$$\varphi = 2 * \arcsin (\sqrt{P}),$$

де P – відсоткова частка.

При збільшенні розходження між кутами φ_1 і φ_2 та збільшенні чисельності вибірок значення критерію зростає. Чим більша величина φ^* , тим більш ймовірно, що відмінності достовірні (величина ймовірності перевіряється за допомогою визначення рівня статистичної значущості p). Критерій φ^* дозволяє визначити, чи справді один із кутів статистично достовірно переважає інший за даних обсягів вибірок [121].

Нижче представляємо результати діагностики внутрішньої картини здоров'я підлітків через аналіз їх *якості життя*.

Здоров'я підлітка є характеристикою багатовимірного динамічного процесу його пристосування до умов навколишнього середовища і становить не лише біологічну, але й соціальну категорію, що визначається можливістю учнів повноцінно виконувати свої громадські обов'язки та функції. Комплексна оцінка стану здоров'я дитячого населення на сучасному етапі розвитку науки передбачає вивчення критеріїв, що мають важливе соціальне, психологічне, медичне та педагогічне значення [35].

Проблема якісної оцінки стану здоров'я підлітків у першу чергу передбачає необхідність чіткого визначення комплексу його найбільш інформативних та валідних критеріальних показників. Наукові дослідження, які були проведені в останні роки, свідчать, що аналіз стану здоров'я має ґрунтуватися на даних про рівень та ступінь гармонійності фізичного розвитку, фізичної підготовленості та працездатності, індивідуальних особливостей реагування організму у відповідь на вплив чинників навколишнього середовища та соціальних умов життя, враховувати віддалені результати соціальної та професійної адаптації учнів, а також дані суб'єктивного скринінг-дослідження наявності ознак соматичного та психічного благополуччя, якості життя. На особливу увагу заслуговує поняття “якість життя”, яке використовують для комплексної характеристики об'єктивних і суб'єктивних умов, а також рівня життя населення й визначення фізичного, ментального, соціально-культурного розвитку людини, групи або співтовариства людей [36].

Якість життя є характеристикою на основі суб'єктивного сприйняття фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування. У медицині якість життя – рівень благополуччя і задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба чи її лікування. Якість життя хворої людини є інтегральною характеристикою її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів, кожен з яких у свою чергу включає цілий ряд складників, наприклад, фізичний – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо [34].

Нині концепція якості життя сприймається як гуманістичний напрям у практиці відновлення здоров'я (І. В. Абрамова, І. Я. Гурович, Н. О. Марута, Т. В. Панько, Н. Н. Петрова, М. Ю. Поливяная, J. H. Foster, K. L. Kraemer, J. E. Mezzich).

У соціологічних, психологічних та медичних дослідженнях широко використовується феномен якості життя, та кількість робіт щодо емпіричного дослідження якості життя підлітків (здорових та хворих) обмежена.

Метою цієї частини роботи є порівняльна діагностика якості життя підлітків: здорових та з набутими вадами ОРА .

Для дослідження якості життя підлітків був використаний загальний опитувальник SF-36, який найчастіше використовується у міжнародній практиці для популяційних і клінічних досліджень, SF-36 - коротка форма неспецифічного опитувальника для визначення якості життя (The 36-Item Short Form Health Survey) (Додаток А.2).

Методика SF-36 дає змогу отримати інформацію, яка відображатиме ВКЗ підлітка. Так, шкали «Соціальне функціонування», «Рольове функціонування», обумовлене емоційним станом», «Психічне здоров'я» дадуть інформацію про показники емоційного компоненту внутрішньої картини здоров'я. Шкали «Фізичне функціонування», «Інтенсивність болю», «Соціальне функціонування» – дані щодо сенситивного компоненту внутрішньої картини здоров'я. Шкала методики «Життєздатність» діагностує особливості ціннісно-мотиваційного компоненту внутрішньої картини здоров'я. Дослідження поведінкового компоненту відбувалося за шкалами «Рольове функціонування», обумовлене фізичним станом», «Рольове функціонування обумовлене емоційним станом» та «Соціальне функціонування». З метою вивчення когнітивного компоненту ВКЗ, рівня сформованості навичок здорового способу життя, самооцінки здоров'я проводилася бесіда.

Для повноцінної оцінки кожного з компонентів додатково використовували результати спостереження, бесіди та консультування.

Якість життя як інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування особистості ґрунтується на суб'єктивному сприйнятті власного здоров'я в контексті певного

навколишнього середовища. Шкали відображають суб'єктивне означення підлітком власних відчуттів за визначеними темами. Вони не фіксуються будь-якими статистичними величинами і практично існують лише у свідомості, в їх особистісних суб'єктивних думках й оцінках [30].

За основу було взято адаптований варіант цього опитувальника [161] і проведено аналіз відповідно до інструкції, яку розроблено компанією Евіденс.

Вибірка цієї частини емпіричного дослідження становила 120 підлітків з яких 60 – з набутими вадами ОРА і 60 здорових.

Загальна характеристика здорових підлітків. Переважна більшість підлітків – із міських шкіл. За соціально-демографічною характеристикою серед досліджених підлітків в неповних сім'ях жили 15% хлопців. Понад 48% батьків і 55% матерів мали вищу освіту. Родинні стосунки характеризувалися більшою довірою до матері, ніж до батька. Лише 24% школярів заперечили досвід паління, а 38% прийняли рішення відмовитися від паління, головною причиною чого є шкода для здоров'я, понад 13% дев'ятикласників палять «регулярно» . Протягом попереднього місяця хоча б один раз були в компанії, де вживали алкоголь – майже 90% , а 10 % має досвід його вживання.

Загальна характеристика підлітків з набутими вадами ОРА. Підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату, які взяли участь у дослідженні, навчаються в Івано-Франківській обласній дитячо-спортивній школі інвалідів та в Івано-Франківському регіональному центрі з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт». Вибіркова сукупність становила 60 осіб. З них – 18 осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, набутими внаслідок перенесеного у дитинстві захворювання (рахіт): 15 хлопчиків та 3 дівчат у віці 10-13 років. 42 особи – з набутими вадами опорно-рухового апарату (пошкодження, отримані внаслідок падіння та ін.): 29 хлопців та 13 дівчат (10-13 років). У вибірку не ввійшли підлітки з тяжкими вадами опорно-

рухового апарату, які потребують супроводу медичного персоналу та які є лежачими.

Таблиця 2.2

Якість життя підлітків – здорових та з набутими вадами опорно-рухового апарату

Шкали якості життя	Підлітки віком 10-13 років (n=120)	
	Підлітки здорові (n=120)	Підлітки з набутими вадами ОРА (n=120)
Фізичне функціонування (PF)	86,9±21	52,4±20
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	73,3±20	43,3±20
Інтенсивність болю (BP)	81,8±13	55,1±22
Загальний стан здоров'я (GH)	67,2±21	45,4±16
Життєва активність (VT)	75,5±15	44,4±17
Соціальне функціонування (SF)	82,2±17	45,9±21
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE)	82,0±27	46,7±25
Психічне здоров'я (MH)	73,5±16	55,1±24

Аналіз результатів дослідження якості життя здорових та хворих підлітків показує, що існують істотні відмінності між їх показниками. Загалом у здорових підлітків за всіма шкалами методики високі показники. Підлітки відчують своє благополуччя у більшості сфер реалізації. Дещо нижчі показники за шкалою «Загальне здоров'я», хоча розкид значень є великими (67,2±21), бесіда показала, що підлітки відображають думку своїх батьків про часті застуди. За показниками шкал можемо стверджувати, що підлітки позитивно ставляться до власної життєвої та соціальної активності. Аналізуючи ставлення здорових підлітків до рольового функціонування, обумовленого емоційним станом, спостерігаємо високий показник з великим розкидом значень за шкалою. Причинами такого розкиду є неоднозначне

ставлення підлітка до соціальної активності та перепади емоційного стану, обумовлені, зокрема, і гормональними бурями.

Бесіда зі здоровими підлітками показала, що над питаннями здоров'я, здорового способу життя вони особливо не задумуються, картина внутрішнього здоров'я дещо розмита, локус контролю зовнішній, часто на запитання про сферу здоров'я доводилося чути вислови: «як мама скаже», «маму запитайте», «не думав», «може, це знають дорослі», тощо. На запитання, «Що може зашкодити здоров'ю?» відповідають коротко, кальками з розмов з учителями чи батьками, емоційно не включаючись: «куріння», «алкоголь», «наркотики», «інфекція».

Для наочності відмінності результатів здорових підлітків та підлітків з набутими вадами ОРА за шкалами методики представлено на діаграмі (рис.2.1).



Рис. 2.1 Порівняльна діаграма якості життя підлітків, здорових та з набутими вадами опорно-рухового апарату

Примітки: ряд 1- здорові підлітки, ряд 2- підлітки з набутими вадами ОРА

Як бачимо з діаграми, показники жодної зі шкал двох вибірок не співпадають. За суб'єктивним визначенням у хворих підлітків якість життя значно нижча, захворювання позначилося на всіх сферах їх життя.

Підлітки з набутими вадами ОРА відчують проблему з власним фізичним функціонуванням, що має під собою об'єктивні причини. Проблема в тому, що свідомість досліджуваних цієї категорії фокусується на хворобі, більше ніж на будь-чому. Хворий підліток знецінює свою соціальну роль, відмовляється від соціального життя, у нього знижена життєва активність. Такі результати в сукупності показують деструктивну картину внутрішнього здоров'я підлітка.

Невисокі показники за шкалою «Фізичне функціонування» (PF) свідчать про недовіру до власного тіла, знецінення фізичного ресурсу організму особливо низькі показники спостерігалися у досліджуваних з іпохондричним ставленням до життя, в наслідок чого хвороба стає чинником фрустрації і появи фіксації на хворобливих симптомах; порушується образ тілесного Я, настає соціальна дезадаптація. Це можна відмітити у підлітків, що не так давно зіткнулися з хворобою.

Вищі показники за шкалою характерні для підлітків з ейфорійним ставленням до хвороби, у них спостерігається надмірна правда, безпечність, ігнорування симптомів хвороби тощо. Вищі результати можемо також спостерігати при сприйнятті хвороби як виклику: такий підліток вважає, що можливо подолати симптом вольовими зусиллями тощо.

Низькі показники за фізичним функціонуванням (PF) обумовлені перш за все тяжкістю захворювання, перспективою довготривалої реабілітації. Такі підлітки низько оцінюють свої можливості у виконанні повсякденних обов'язків (шкала рольового функціонування – RP), вони вважають, що їх повсякденна діяльність значно обмежена хворобою, а часто і близькими, які своєю гіперопікою обмежують найменшу діяльність.

Додатковий аналіз причин великого розкиду значень за показником шкали показав, що величина показника залежить від низки чинників: тривожності, типу ставлення до хвороби тощо. Страх втрати контролю над своїм життям провокує прискіпливий аналіз втрат своїх можливостей і негативні прогнози щодо майбутнього.

Підлітки суб'єктивно оцінюють «Інтенсивність болю» (BP) як таку, яка сильно заважає виконувати повсякденну діяльність, обмежує активність, позитивніше оцінюють свій стан і насамперед больові відчуття підлітки з надією на одужання та з відсутністю гіперопіки з боку батьків.

Шкала «Загальний стан здоров'я» (GH) допомагає оцінити свій стан здоров'я зараз і перспективи реабілітації. Низькі бали за цією шкалою свідчать про невіру у перспективу видужання, знецінення прогресу реабілітації. Ця шкала відображає і ставлення батьків до хвороби, їх надмірні обговорення, проекції страхів.

Особливу інформацію несе шкала «Життєздатність» (VT). Захворювання відбирає фізичні ресурси і психічну енергію, емоційно виснажує, знижуючи життєву активність. Цей показник відображає і страх за майбутнє – як перед довготривалими процесами реабілітації, так і перед життям загалом.

За показниками шкали «Соціальне функціонування» (SF) досліджувані з набутими вадами ОРА вважають, що хвороба значно обмежує їхню соціальну активність; саме через їх фізичний та емоційний стан, на думку респондентів, зменшується кількість контактів, страждає якість спілкування.

Шкала «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» (RE) оцінює ступінь перешкоджання через свій емоційний стан виконанню повсякденної діяльності. Низькі показники за шкалою демонструють суб'єктивне відчуття втрати контролю над життям. Підлітки стають емоційно вразливими, більшість із них наголошує на важливості сім'ї, значенні підтримки рідних. Передаючи частину відповідальності за своє життя

рідним, вони приймають зміну свого рольового статусу. Більш оптимістичне налаштування спостерігається у підлітків з відсутністю гіперопіки з боку батьків [2].

Шкала «Психічне здоров'я» (МН) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги та є загальним показником позитивних емоцій. Невисокі показники свідчать про наявність тривожних настроїв, про негативний емоційний фон.

Про акцент на внутрішній картині хвороби (інколи цілковиту підміну ВКЗ) свідчать і бесіди, проведені з досліджуваними. Так, підлітки вільно говорять про нюанси діагнозу, способи лікування, вони легко судять про доцільність/недоцільність того чи іншого методу лікування, інколи оперують назвами ліків. Розповідають про те, як набули захворювання, міфологізують причини хвороби, звинувачують зовнішні обставини в повільному прогресі лікування. Локус контролю зовнішній. Про те, що може зашкодити здоров'ю, говорять обґрунтовано, з прикладами, емоційно.

Дослідження показало значну відмінність якості життя здорових та хворих підлітків з набутими вадами ОРА. У ході дослідження підтверджено, що вагомими причинами зниження якості життя хворого є вікові, індивідуально-психологічні відмінності та соціальні.

Диференціація виявлених факторів дозволить розробляти програми реабілітації підлітків з набутими вадами ОРА з урахуванням чинників впливу та залучення відповідних спеціалістів зі збереженням індивідуального підходу.

У результаті емпіричного дослідження було встановлено, що соціальна ситуація розвитку підлітка передовсім залежить від сім'ї. Залежність від батьків та інших людей може викликати в підлітків труднощі, що негативно позначатимуться на формуванні їхньої ВКЗ. Підлітки з функціональними порушеннями потребують підтримки, любові від людей, які їх оточують.

Нижче представляємо результати діагностики показників емоційного, ціннісно-мотиваційного, поведінкового компонентів, які відображені у шкалах методики «Незакінчені речення»: «Ставлення до батька», «Ставлення до матері», «Ставлення до родини», «Ставлення до протилежної статі», «Ставлення до товаришів», «Ставлення до хвороби», «Ставлення до себе», «Провина», «Страхи», «Ставлення до майбутнього», отримані за методикою «Незакінчені речення».

Хворий підліток, якщо у відносинах з батьками не враховуються його потреби і можливості, важко долає труднощі у навчанні та спілкуванні. Доведено, що взаємини в сім'ях, які мають дитину-інваліда, носять несприятливий характер, оскільки зазвичай батьки не забезпечують дитині необхідну соціально-психологічну адаптацію до дорослого життя. Дорослішання затримується, підліток залишається пасивним, невпевненим у собі.

Так, як видно з показників шкали "Ставлення до батька" ставлення до батька у досліджуваних неоднозначне: 56,67% досліджуваних вважають, що батько приділяє їм недостатньо уваги, 36,67 що достатньо, і лише 6,67% вважають, що батько надзвичайно переживає за їхнє здоров'я. Діти потребують більше уваги з боку батька, вони вважають, що він недостатньо переймається домашніми турботами, у тому числі їхнім захворюванням, та мало докладає зусиль для зміцнення добробуту.

Провідною темою відповідей дітей є незадоволеність матеріальним станом сім'ї (припускаємо, що таку думку у дитини може формувати невдоволення з боку матері), котра звинувачує батька. Тож, можна зробити проміжний висновок, що ставлення до батька у 56,67 % досліджуваних переважно носить негативний характер, значно менше підлітків (36,67 %) ставляться з розумінням до батька і відчують його підтримку (рис. 2.2).

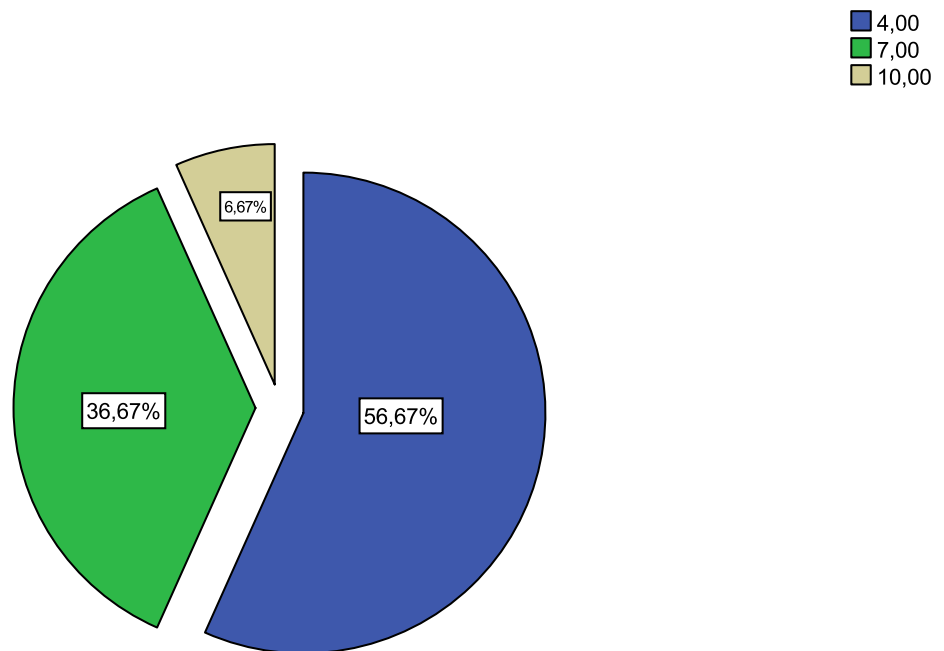


Рис.2.2. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Ставлення до батька»

Примітки:

4,00; 7,00; 10,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Ставлення до батька». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Варто наголосити, що більшу частину вибірки складають хлопчики, що й зумовило отримані результати. Як наголошують науковці Ц. Р. Достовалов та С. Л. Мальцева, роль батька у вихованні хлопчиків надзвичайно велика та зводиться до двох головних обов'язків:

- батько вводить дитину у світ соціальних відносин, вчить її адекватно сприймати й оцінювати себе та інших, що визначає особистісний і соціальний розвиток хлопчика;
- батько допомагає синові в усвідомленні себе як чоловіка, що зумовлює нормальний психічний розвиток хлопчика і запобігає проблемам у сфері взаємини з протилежною статтю.

Тому недостатня участь батька у житті дитини призводить до негативних наслідків: у першу чергу страждає емоційний та ціннісно-мотиваційний компоненти ВКЗ дитини, відбувається зниження самооцінки,

з'являються проблеми у встановленні контактів з протилежною статтю, страх реалізації себе у житті.

У відповідях, які висвітлюють ставлення до матері, спостерігаємо, що воно частково протилежне ставленню до батька. Так, 20 % досліджуваних вказали на те, що вони у дружніх стосунках з матір'ю і повністю їй довіряють; 6,67% досліджуваних вказали на те, що вона є їх авторитетом, а 40% досліджуваних вважають, що більшість матерів погано ставиться до своїх дітей і не є відповідальними по відношенню до них; продовження речення «Я люблю свою матір, але...» не отримало підтримки у досліджуваних (рис. 2.3.)

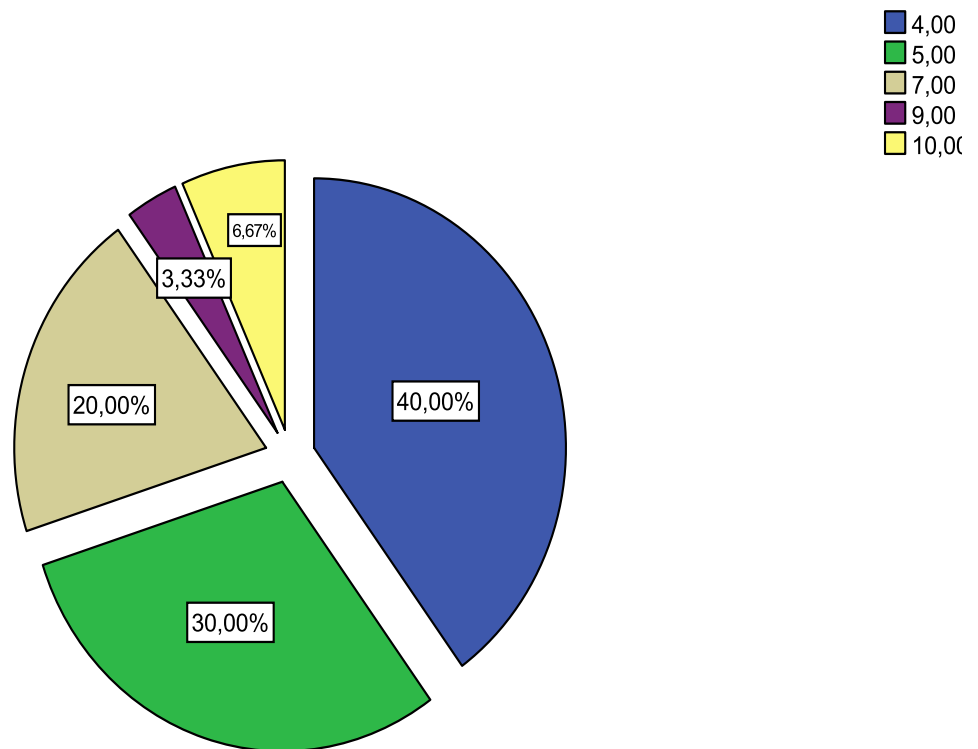


Рис. 2.3. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Ставлення до матері»

Примітки:

4,00; 5,00; 7,00; 9,00; 10,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Ставлення до матері». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Мати закладає базові засади світовідчужування, глибоко несвідомі, ті, які стають душевною силою дитини. Саме мати, знайомлячи дитину зі світом,

розставляє смислові акценти в картині світу, що формується. Мати, яка заглибилась у власні переживання через набуту травму дитини, не завжди може побачити, об'єктивно оцінити її душевний стан, не завжди може помітити, що у психологічному плані з дитиною коїться щось недобре, що ще більше деформує емоційний, поведінковий, ціннісно-мотиваційний компоненти підлітка. Часто спостерігається гіперопіка матір'ю хворої дитини через страх за її здоров'я [87].

Цікаві дані було отримано за показником «Ставлення до родини». Так, 86,67 % досліджуваних зазначили, що не відчують розуміння і підтримки з боку родичів, а також відзначили негативне їхнє оцінне ставлення до набутої вади і обмеження, які вона накладає.

І лише 3,33% відсотки респондентів зазначили, що з боку родичів відчують підвищену цікавість до свого здоров'я, увагу до себе, що виявляється у розмовах, підтримці та допомозі сім'ї, де живе підліток (рис. 2.4.).

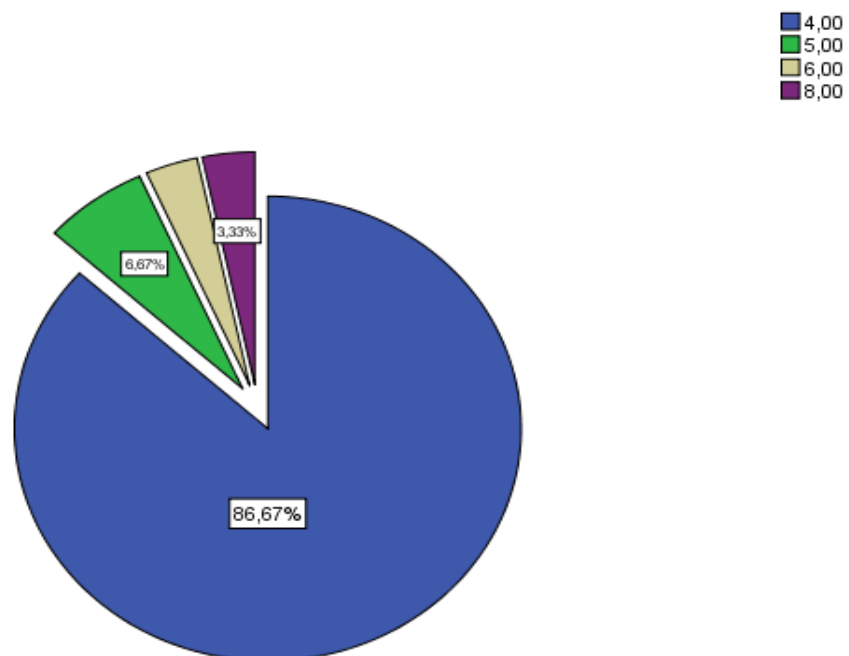


Рис. 2.4. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Ставлення до родини»

Примітки:

4,00; 5,00; 6,00; 8,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Ставлення до родини». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

З розвитком теоретичного мислення змінюється розуміння підлітками з набутими вадами опорно-рухового апарату поняття здоров'я, його значення для життєдіяльності. В цьому віковому періоді діти зацікавлені в об'єктивному знанні про своє здоров'я. У них формується соціальна установка на своє здоров'я, що символізує становлення когнітивного компоненту ВКЗ [62] (Рис.2.5.).

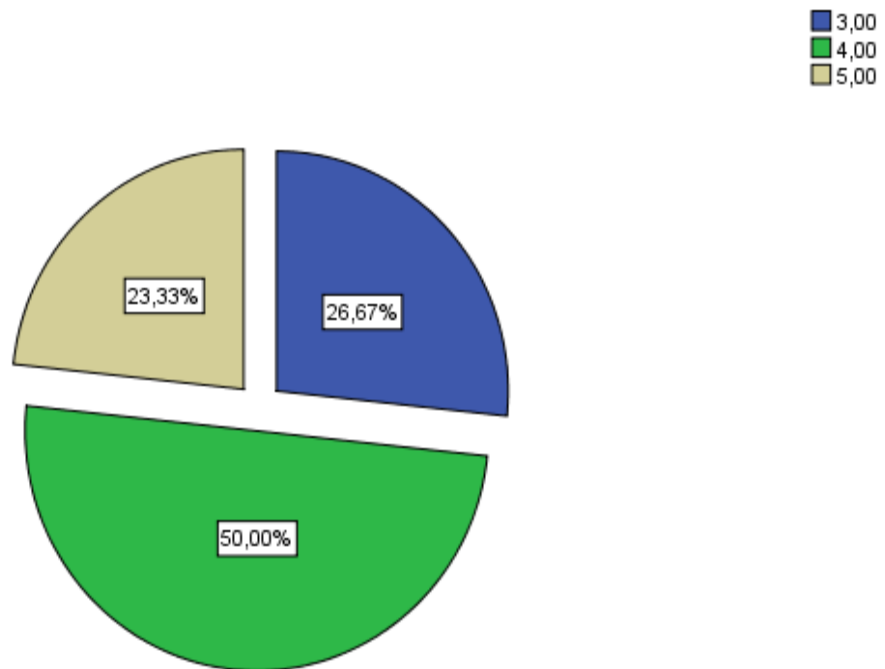


Рис. 2.5. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Ставлення до хвороби»

Примітки:

3,00; 4,00; 5,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Ставлення до хвороби». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Так, 50 % досліджуваних вказали на негативний вплив захворювання на якість їхнього життя, на обмеження, які накладає наявність набутої вади, а

також низький показник віри у видужання. Лише 23,33% підлітків вірять у своє одужання, беруть на себе відповідальність за якість свого здоров'я.

Доведено, що у підлітків з набутими порушеннями опорно-рухового апарату спостерігається розвиток негативного самоствавлення, неприйняття власного Я, зниження самоповаги, спостерігається підвищений рівень агресивності, самозвинувачення. Страждає емоційно-оцінковий складник ВКЗ, який відображає ставлення підлітків до себе, до своєї хвороби. Зазнає порушення і фізичний образ Я.

Підлітки з набутими функціональними порушеннями гостро переживають за те, яке враження їх зовнішній вигляд справляє на однолітків і навколишніх. Так, 56,67% респондентів відзначили високий негативний показник ставлення до себе (Рис. 2.6.).

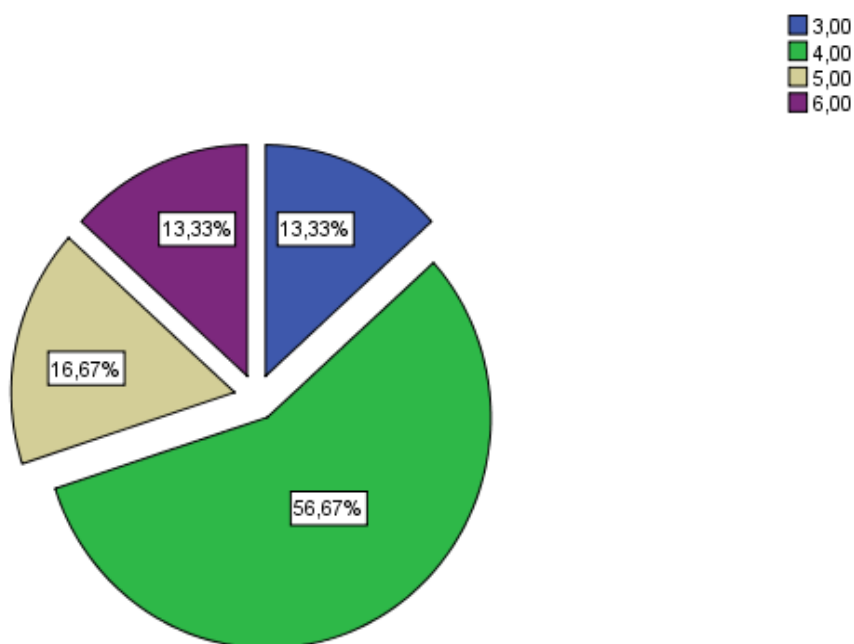


Рис. 2.6. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Ставлення до себе»

Примітки:

3,00; 4,00; 5,0; 6,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Ставлення до себе». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

І лише у 13,33% досліджуваних підлітків відсутнє самозвинувачення за події, що відбулися і вплинули на подальший стан їхнього здоров'я. Діти наголошують, що можна було бути обачнішими та відповідальнішими, що допомогло б уникнути ситуації набуття вади.

Високий показник почуття провини за недостатньо відповідальне ставлення до свого здоров'я спостерігається у 63,33% досліджуваних (Рис. 2.7.).

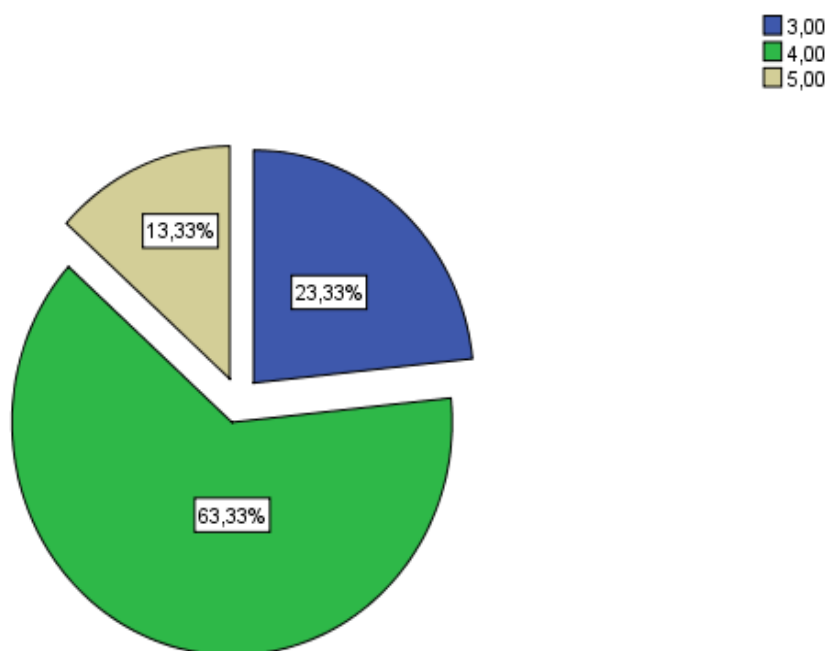


Рис. 2.7. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Провина»

Примітки:

3,00; 4,00; 5,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Провина». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Підліткам з набутими вадами дуже важко, коли їх не сприймають навколишні, вважають їх нерівними собі, що у свою чергу також призводить до виникнення почуття вини.

Важливим показником розвитку мотиваційної сфери підлітків є їхні інтереси. Однак фізичні недоліки звужують коло інтересів підлітка. Вад опорно-рухового апарату обмежують активність дитини, не дозволяють повною мірою реалізувати свої здібності, що може призводити до

виникнення почуття неповноцінності, тривожності, замкнутості, депресивних станів.

Так, 63,33% підлітків вказали, що переживання страху супроводжується почуттям невпевненості, незахищеності, неможливості контролювати ситуацію (рис. 2.8.).

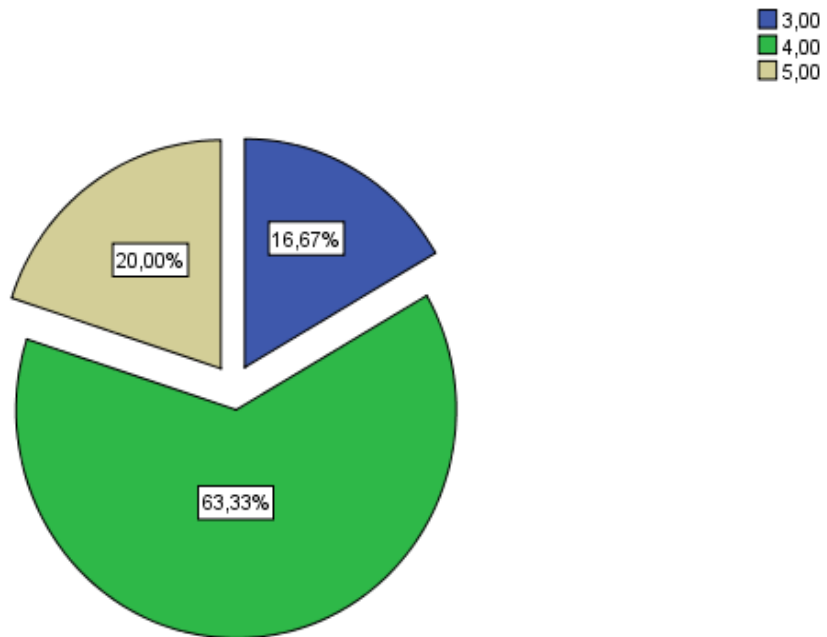


Рис. 2.8. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Страхи»

Примітки:

3,00; 4,00; 5,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Страхи». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Доведено, що страхи, які виникають у підлітковому віці, впливають на формування самооцінки, світогляду підлітків, визначають їх поведінку, в результаті чого страждає поведінковий компонент внутрішньої картини здоров'я.

У підлітковому віці провідними видами діяльності є міжособистісне спілкування з ровесниками, суспільно корисна праця і навчання, що позитивно позначається на розвитку психіки та особистості підлітка. Проте більшість підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату позбавлені повноцінного спілкування. Діти з функціональними обмеженнями

сприймаються здоровими однолітками нещасними, підозрілими, замкнутими і злими, що породжує неприйняття і ворожість. З'являється напруженість у спілкуванні, нещирість, бажання припинити контакт та інше. Ізольованість у зв'язку з недугою підсилюють почуття самотності, що у свою чергу призводить до невротичних розладів, формуванню комплексу неповноцінності (рис. 2.9).

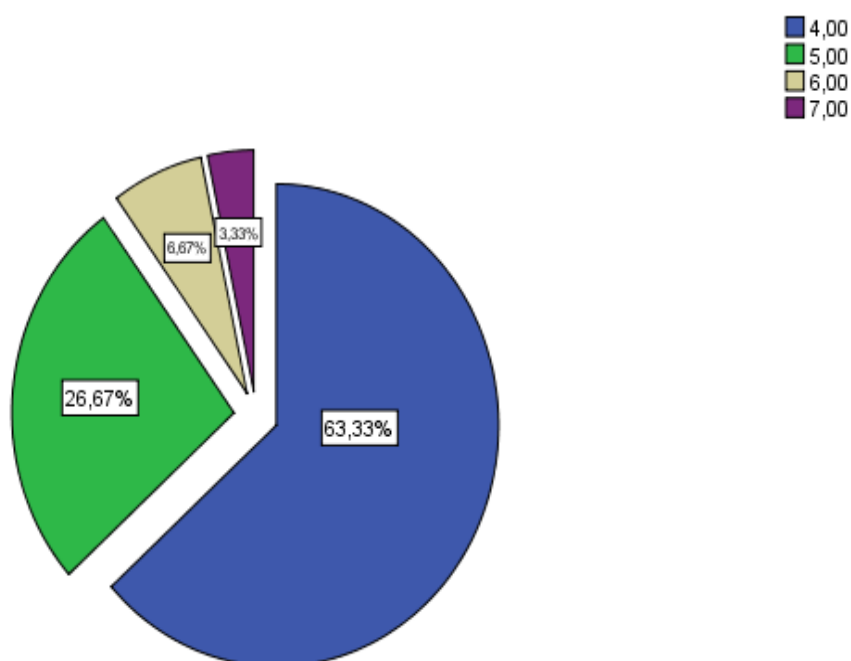


Рис. 2.9. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Ставлення до товаришів»

Примітки:

4,00; 5,00; 6,00; 7,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Ставлення до товаришів». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Так, 63,33% підлітків зазначили, що через наявну ваду вони відчують негативне та упереджене ставлення здорових однолітків до них; 26,67% респондентів зазначили, що ізольованість у зв'язку з недугою викликає у них почуття самотності.

У підлітковому віці прагнення до самоствердження є настільки сильним, що особа не готова поступитися своїми поглядами і переконаннями. На жаль, підлітки з набутими вадами не в змозі повноцінно реалізувати цю

потребу внаслідок власної фізичної вади. У підлітків виникають потреби і прагненні знайти своє місце у групі ровесників, вийти за межі школи та приєднатися до життя і діяльності дорослих. Основним чинником розвитку підлітка є його власна соціальна активність, спрямована на побудову стосунків з дорослими і ровесниками. Здорові підлітки включаються у різні види діяльності, що сприяє засвоєнню соціальних цінностей, формуванню моральних якостей особистості. Наявність фізичних вад часто вимагає перебування у спеціалізованих школах-інтернатах, де потреба в повноцінному спілкуванні з однолітками та цікавими для підлітків дорослими не задовольняється [62]. Причиною їх соціальної обмеженості є неможливість вільно пересуватися (неприспособленість громадського транспорту, недостатнє фінансування спеціальних засобів пересування таких дітей та ін.), що призводить до деякої аутизації особистості, невротичних розладів, почуття неповноцінності, які сприяють формуванню дисгармонійної самосвідомості та ускладнюють процес соціальної адаптації (Рис. 2.10).

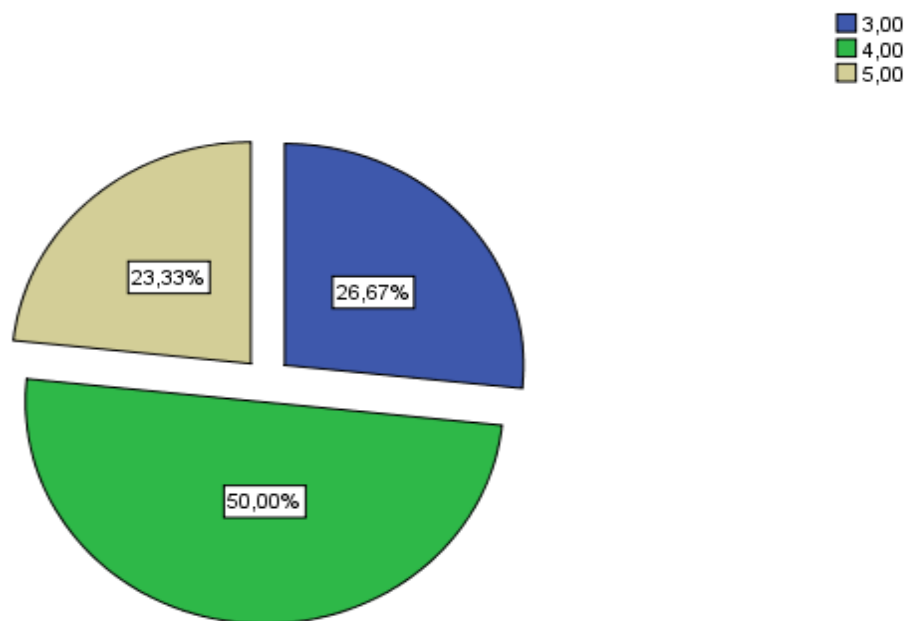


Рис. 2.10. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Ставлення до майбутнього»

Примітки:

3,00; 4,00; 5,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Ставлення до майбутнього». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Відповідно, 50,00% дітей зазначили, що через наявну ваду не впевнені у видужанні, а відтак зможуть бути потрібними суспільству. Результати дослідження поведінкового компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату представлені показниками за шкалами «Агресія», «Комунікація», «Демонстративність».

У процесі експериментального дослідження Е. Б. Жигарева, Б. М. Коган [64] і К. В. Машилов [91] з'ясували, що рівень тривожності, депресивності, агресивності й ворожості вищий у підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, ніж у їхніх здорових однолітків. У досліджуваних спостерігається високий показник агресивності, викликаний наявністю вади, – 33,33%; 30,00 % досліджуваних зазначили, що обмеження, які накладає їхнє захворювання, викликає у них тривогу за своє майбутнє та відповідно незадоволеність власним життям; 16,67% – помірна злість у зв'язку з вимушеними змінами у житті; і лише 3,33 % респондентів зазначили, що не відчують суттєвих змін у житті через наявну набуту ваду.

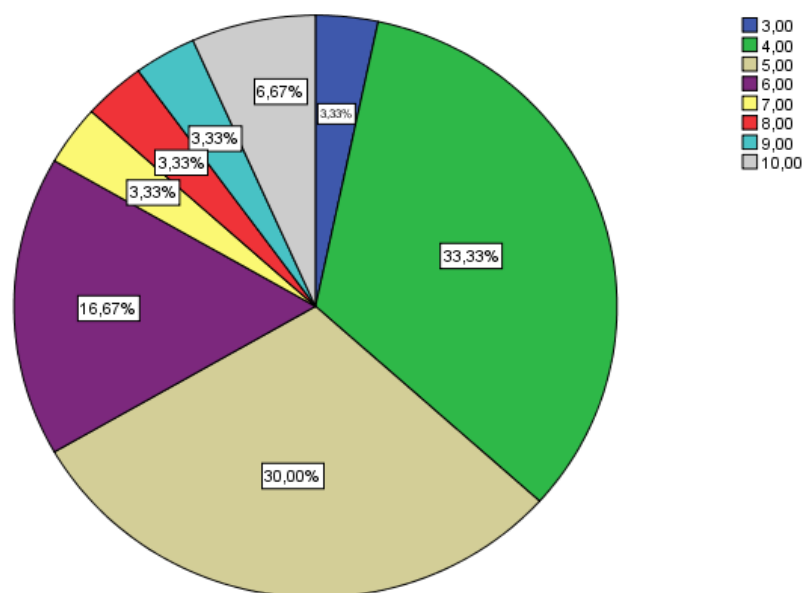


Рис. 2.11. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Агресія»

Примітки:

3,00; 4,00; 5,00; 6,00; 7,00; 8,00; 9,00; 10,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Агресія». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Таким чином, ми спостерігаємо високий рівень агресивності, ворожості через наявне почуття власної неповноцінності, залежність та незадоволення потреби у теплих дружніх контактах з навколишніми.

Цікаві показники було отримано за шкалою «Демонстративність». Набуття підлітком вади ускладнюється внутрішніми переживаннями, конфліктами, почуттям власної неповноцінності, що виражається у поведінці підлітка. З'являється протест у формі неслухняності, грубості, впертості, агресивності.

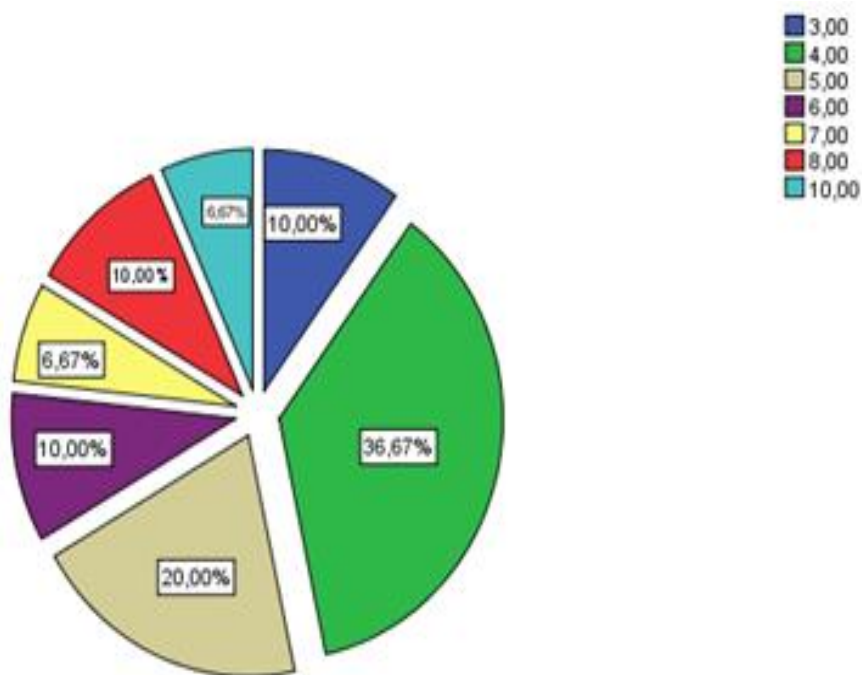


Рис. 2.12. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Демонстративність»

Примітки:

3,00; 4,00; 5,00; 6,00; 7,00; 8,00; 10,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Демонстративність». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Таким чином, у 36,67% досліджуваних – помірний показник демонстративності, у 20,00% підлітків спостерігається середній показник демонстративності, у 10 % - високий рівень демонстративності.

Завданням найближчого оточення, у першу чергу батьків, полягає в тому, щоб зрозуміти психічний стан підлітка, не відповідати агресією, а допомогти спертися на внутрішні ресурси. Участь підлітка у психолого-педагогічній програмі під наглядом кваліфікованого спеціаліста, який підбере найбільш ефективні заняття, сприятиме оптимізації поведінкового компоненту внутрішньої картини здоров'я дитини.

Показники за шкалами «Інвалідність» яскраво відображають *сенситивний компонент* внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

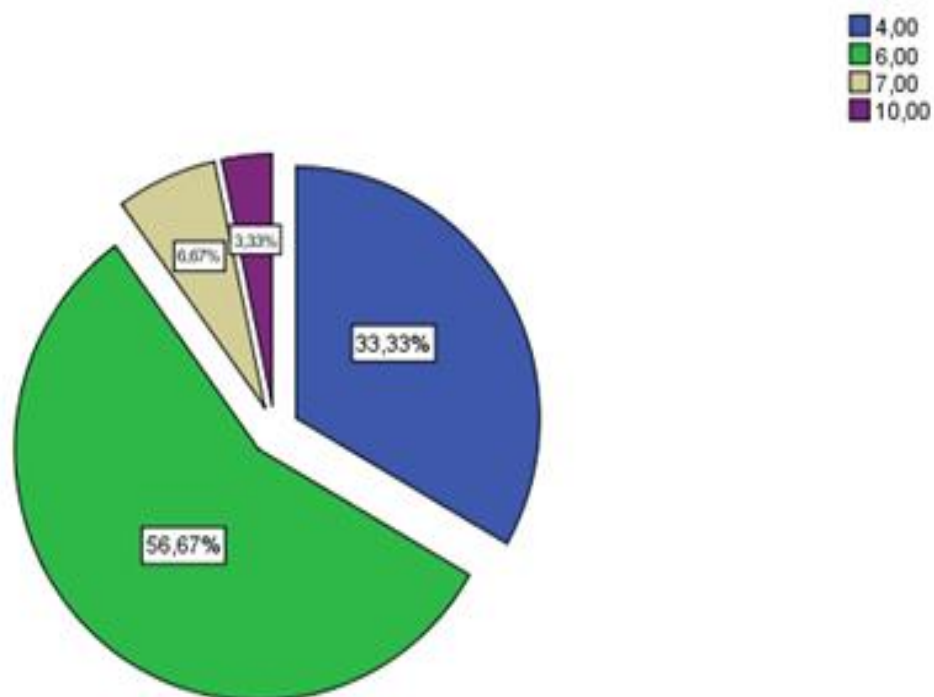


Рис. 2.13. Показники підлітків з набутими вадами ОРА за шкалою «Інвалідність»

Примітки:

4,00; 6,00; 7,00; 10,00 – бали, які виставили підлітки при оцінюванні за шкалою «Інвалідність». Що вищий бал, то яскравіше виражена досліджувана ознака.

Для здорових підлітків характерними є переживання таких емоцій відчуттів, як бадьорість, піднесений настрій, суб'єктивне благополуччя. Протилежну ситуацію спостерігаємо у підлітків з набутими функціональними порушеннями: пригніченість, проблеми з апетитом, тривожність, апатія, дискомфорт, чутливість до болю. Так, 56,67% досліджуваних мають високі показники інвалідності, 33,33% респондентів – помірні, а 6,67% підлітків – вище середнього.

Для визначення достовірності висновків, отриманих за допомогою застосування психодіагностичних методик, використовувалось їх порівняння із двома зовнішніми критеріями – самооцінкою (згідно авторської анкети) досліджуваних ознак та результатами тестування за допомогою методики «Незакінчені речення». Спочатку застосовувався кореляційний аналіз (за методом Пірсона) даних самооцінки досліджуваних та результатів кількісної обробки емпіричних даних. У підсумку ми побудували матрицю кореляцій між шкалами (критеріями) та самооцінкою.

Розглянемо результати кореляційного аналізу показників, отриманих за методикою “Незакінчені речення” та самооцінки досліджуваних. Кореляційний аналіз виявив тісний і достовірний, на високому рівні статистичної значущості взаємозв'язок критеріїв (шкал) методики “Незакінчені речення” з самооцінкою досліджуваних:

Критерій «Ставлення до батька» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,001$) корелює з такими показниками, як «ставлення до статевого життя» ($r=0,35$), «ставлення до родини» ($r=0,26$); помірна негативна кореляція наявна з показником «ставлення до минулого» ($r= -0,36$), «ставлення до майбутнього» ($r= -0,27$). Критерій «Ставлення до протилежної статі» позитивно і достовірно корелює ($p \leq 0,002$) з показниками «страхи» ($r=0,43$), «ставлення до хвороби» ($r=0,42$), «ставлення до минулого» ($r=0,33$) та «ставлення до майбутнього» ($r=0,42$). Значущих негативних кореляцій в межах даної досліджуваної ознаки не виявлено. Так, недостатня

участь батька у житті дитини призводить до негативних наслідків: у першу чергу страждає емоційний та ціннісно-мотиваційний компоненти ВКЗ дитини, знижується самооцінка, виникають проблеми у встановленні контактів з протилежною статтю, страх у повноцінній реалізації себе у житті.

Критерій «Страхи» позитивно і достовірно корелює ($p \leq 0,001$) з показниками «ставлення до протилежної статі» ($r=0,43$), «ставлення до родини» ($r=0,32$), «ставлення до минулого» ($r=0,29$), «ставлення до хвороби» ($r=0,31$), «ставлення до майбутнього». Значущих негативних кореляцій в межах даної досліджуваної ознаки також не виявлено. Так, страхи, які виникають у підлітковому віці, впливають на формування самооцінки, світогляду підлітків, визначають їх поведінку, у результаті чого страждає поведінковий компонент внутрішньої картини здоров'я.

Критерій «Ставлення до минулого» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,004$) корелює з такими показниками, як «ставлення до протилежної статі» ($r=0,33$), «страхи» ($r=0,31$), негативна кореляція наявна з показником «ставлення до батька» ($r= -0,30$), «провина» ($r= -0,27$). Критерій «Ставлення до майбутнього» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,002$) корелює з такими показниками, як «ставлення до протилежної статі» ($r=0,42$), «страхи» ($r=0,58$), «ставлення до хвороби» ($r=0,38$), помірна негативна кореляція наявна з показником «ставлення до батька» ($r= -0,27$). Так, підлітки з набутими вадами ОРА відчують провину за безвідповідальне відношення до власного здоров'я, що призвело до набуття вади. Підлітки вважають, що наявність вади перешкоджатиме їм налагоджувати взаємини з протилежною статтю та повноцінній реалізації себе у майбутньому.

Критерій «Ставлення до хвороби» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,004$) корелює з такими показниками, як «ставлення до протилежної статі» ($r=0,42$), «ставлення до товаришів» ($r=0,40$), «страхи» ($r=0,32$) та «ставлення до майбутнього» ($r=0,40$). Значущих

негативних кореляцій в межах даної досліджуваної ознаки не виявлено. В цьому віковому періоді діти зацікавлені в об'єктивному знанні про своє здоров'я. У них відбувається становлення соціальної установки на своє здоров'я, що є визначальним у формуванні когнітивного компоненту ВКЗ.

Розглянемо результати кореляційного аналізу результатів психодіагностики тесту руки Вагнера та самооцінки досліджуваних.

Кореляційний аналіз виявив тісний і достовірний, на високому рівні статистичної значущості взаємозв'язок критеріїв (шкал) показників тесту руки Вагнера з самооцінкою досліджуваних:

Критерій «Агресія» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,001$) корелює з такими показниками, як «ставлення до протилежної статі» ($r=0,75$), «ставлення до товаришів» ($r=0,40$), «ставлення до минулого» ($r=0,49$). Значущих негативних кореляцій по даному критерію не виявлено. Критерій «Вказівки» позитивно і достовірно корелює ($p \leq 0,003$) з показниками «ставлення до родини» ($r=0,37$), «ставлення до товаришів» ($r=0,41$) та «ставлення до минулого». Негативна кореляція в межах даного досліджуваного критерію спостерігається з показником «ставлення до батька». Критерій «Емоційність» позитивно і достовірно корелює ($p \leq 0,001$) з показниками «агресія» ($r=0,38$), «вказівки» ($r=0,69$). Значущих негативних кореляцій по даному критерію не виявлено. Так, факт набуття вади негативно позначається на емоційному компоненті ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА, викликаючи негативізм, прояви агресії у поведінці.

Критерій «Демонстративність» позитивно, на високому рівні статистичної значущості корелює ($p \leq 0,002$) з такими показниками, як «ставлення до протилежної статі», «ставлення до родини», негативна кореляція наявна з показником «ставлення до минулого». Набута вада викликає у підлітків прояви негативізму до близьких та оточуючих людей.

Показники за шкалою «Інвалідність» яскраво відображають *сенситивний компонент* ВКЗ здоров'я підлітків з набутими вадами ОРА.

56,67% досліджуваних мають високі показники інвалідності. Встановлено кореляційний зв'язок показника шкали «Інвалідність» ($p \leq 0,002$), які позитивно корелюють з показниками «ставлення до хвороби» ($r=0,30$), помірна негативна кореляція з показником «ставлення до родини» ($r= -0,32$).

Розглянемо результати кореляційного аналізу результатів психодіагностики за опитувальником А. Басса – А. Дарки та самооцінкою досліджуваних.

Кореляційний аналіз виявив тісний і достовірний, на високому рівні статистичної значущості взаємозв'язок критеріїв (шкал) емпіричних показників за опитувальником А. Басса – А. Дарки з самооцінкою досліджуваних:

Критерій «Фізична агресія» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,001$) корелює з такими показниками, як «ставлення до родини» ($r=0,41$), , «цілі» ($r=0,36$) . Негативна кореляція наявна з показником «ставлення до товаришів» ($r= -0,30$). Чим більше набута вада викликає у підлітка негативні емоції, тим агресивніше він відноситься до товаришів та близьких людей.

Критерій «Вказівки» позитивно і достовірно ($p \leq 0,003$) корелює з показниками як «ставлення до статевого життя» ($r=0,32$) , «інвалідність» ($r=0,31$). Негативна кореляція в межах даного досліджуваного критерію спостерігається з показниками «ставлення до родини» ($r= -0,48$), «відчуття провини» ($r= -0,34$). Критерій «Опосередкована агресія» позитивно і достовірно корелює ($p \leq 0,001$) з показниками «ставлення до протилежної статі» ($r=0,39$), «ставлення до минулого» ($r=0,31$), «ставлення до майбутнього» ($r=0,29$), «демонстративність» ($r=0,29$). Значущих негативних кореляцій по даному критерію не виявлено. Критерій «Роздратування» позитивно і достовірно корелює ($p \leq 0,001$) з показниками «ставлення до статевого життя» ($r=0,31$), «ставлення до підлеглих» ($r=0,36$), «ставлення до колег по роботі» ($r=0,32$), «інвалідність» ($r=0,32$), «пасивна безособовість»

($r=0,29$). Значущих негативних кореляцій по даному критерію також не виявлено. Факт набуття вади викликає у підлітків почуття роздратування, невпевненості в собі.

Критерій «Негативізм» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,002$) корелює з такими показниками, як «ставлення до товаришів» ($r=0,31$), «ставлення до хвороби» ($r=0,37$), «індекс ворожості» ($r=0,37$). Негативна кореляція наявна з показником «вказівки» ($r = -0,34$), «страх» ($r=0,36$), «емоційність» ($r=0,33$). Негативні переживання, які виникають у підлітка з набутою вадою, викликають страх за своє майбутнє, можливе негативне відношення до здорових однолітків.

Критерій «Образа» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,004$) корелює з такими показниками, як «страхи» ($r=0,43$), «ставлення до майбутнього» ($r=0,39$), «залежність» ($r=0,27$). Помірна негативна кореляція наявна з показником «комунікація» ($r = -0,34$). Через наявну набуту ваду у підлітків виникає почуття образи через, на їхню думку, недостатні прояви любові, уваги, підтримки з боку батьків, близьких людей, товаришів.

Критерій «Підозрілість» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,001$) корелює з такими показниками, як «страхи» ($r=0,25$), «цілі» ($r=0,29$), «ставлення до хвороби» ($r=0,35$), «демонстративність» ($r=0,27$), «активна безособовість» ($r=0,31$), значущих негативних кореляцій не виявлено.

Критерій «Вербальна агресія» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,002$) корелює з такими показниками, як «ставлення до себе» ($r=0,28$), «страхи» ($r=0,33$), «ставлення до минулого» ($r=0,26$), «агресія» ($r=0,49$), «вказівки» ($r=0,48$). Значущих негативних кореляцій не виявлено. Так, свої негативні переживання, пов'язані з хворобою, підлітки виражають у негативних висловлюваннях, поведінці у відносинах з оточуючими.

Критерій «Почуття провини» позитивно, на високому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,001$) корелює з такими показниками, як «ставлення до протилежної статі» ($r=0,39$), «ставлення до минулого» ($r=0,41$), «агресія» ($r=0,28$), «вказівки» ($r=0,32$), помірна негативна кореляція наявна з показниками «ставлення до статевого життя» ($r= -0,36$), «залежність» ($r= -0,22$). Розуміючи обмеження, які накладає набута вада, підлітки відчують почуття провини за безвідповідальне відношення до свого здоров'я що і призвело до факту набуття хвороби.

Результати емпіричного дослідження було піддано факторному аналізу як методу, котрий дає змогу проаналізувати кореляційні взаємозв'язки множини змінних та виявити приховані причини цих взаємозв'язків – виокремити факторну структуру даних. Причому фактор інтерпретується як причина спільної мінливості декількох вихідних змінних [121]. Послідовність факторного аналізу включає виконання шести етапів [121]:

У процесі факторного аналізу даних психодіагностики було виокремлено п'ять факторів. У нашій факторній структурі один фактор однополюсний, інші мають два полюси – позитивний і негативний (від'ємний або протилежний). Позитивний полюс фактора – це сукупність пов'язаних між собою змінних (досліджуваних ознак), які, в єдності, впливають на досліджуваний феномен, входять до його структури. Негативний полюс фактора вказує на ту сукупність змінних, яка виступає крайньою протилежністю до його змісту.

Таблиця 2.3.

**Таблиця факторних навантажень після варимакс-повороту
даних психодіагностики**

Матриця факторних навантажень після варимакс-повороту					
	Фактор				
	1	2	3	4	5
Фактор, його інформативність	19,5%	17,7 %	15,3 %	13,7 %	11,2 %
Ставлення до матері	,130	-,106		-,277*	
Ставлення до батька	-,651**	-,139	-,121	-,110	-,172

Ставлення до родини	-,438*	,126	-,123	,551**	,183
Ставлення до протилежної статі	-,146	,296	,603**		,159
Ставлення до статевого життя				-,113	
Ставлення до товаришів	,222		,447**	-,368*	,259
Страхи		,249	,249	,140	,756*
Провина		,165			
Ставлення до себе	,186	,214	-,160	,149	
Ставлення до минулого	,164	,404			,117
Ставлення до майбутнього			,439**		,678*
Цілі				,678**	
Ставлення до хвороби			,822*		,145
Агресія	,161	,438*		,488*	
Страх	-,137		-,280**	,425*	
Емоційність			-,118		,102
Комунікація	,262	,264		,205	-,588*
Залежність	,324	-,446*			
Демонстративність	,186	,166	,212	,221	,281
Інвалідність	,248	,223	,419*	-,273	-,240
Індекс агресивності	-,451*	,501**			,233
Індекс ворожості	,898*			-,231	,121
Фізична агресія	-,124	,258		,783*	
Опосередкована агресія	-,136	,449**	,357	,243	
Роздратування	,698*			-,149	
Негативізм	,396**	-,104	,380		,134
Образа	,240	-,104		-,245	,744*
Підозрілість	,281	,132	,526*	,250	,137
Вербальна агресія	,115	,899**		,115	
Почуття провини	-,267	,574*	,338	,213	-,222

Вибраний метод: максимальної правдоподібності
Метод повороту: Критерій варимакс за Г. Кайзером
а. поворот досягнений у 6 оберті

Розглянемо отриману факторну структуру докладніше.

Позитивний полюс першого фактору (має найбільшу інформативність – 19,5 %) складають змінні «Індекс ворожості» володіє найбільшим факторним навантаженням – 0,898, «Роздратування», «Негативізм». До *негативного полюсу* даного фактору увійшли змінні «Індекс агресивності» та «Ставлення до батька», «Ставлення до родини».

Перший фактор, виходячи з його змісту, ми назвали «Вплив захворювання на стосунки з батьками як чинник підвищення індексу ворожості у підлітковому віці»: підлітки, яким притаманна ця особливість, характеризуються високим рівнем тривожності, наявністю психологічних проблем у стосунках з родичами та страхом перед майбутнім. Необхідно зазначити, що особливого значення в період росту та становлення особистості підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату відіграє стиль батьківської поведінки у взаєминах з ними, вміння зрозуміти їхні почуття та переживання. Часто підлітку з вадами притаманне переживання тривоги, самотності, також страхи не відповідати вимогам та очікувань батьків, опинитися нижче рівня їхніх сподівань. Всі ці переживання приводять до стану постійної напруги [58]. Такі характеристики притаманні приблизно кожній шостій дитині, поширеність означеного комплексу психологічних характеристик можна пояснити відчуттям незадоволеністю психологічної підтримки родичів [98].

Позитивний полюс другого фактору (інформативність 17,7 %) складає змінна «Вербальна агресія» володіє найбільшим факторним навантаженням – 0,899, тобто довкола неї об'єднуються всі інші, – «Почуття провини», «Опосередкована агресія», «Індекс агресивності», «Агресія».

До негативного полюсу даного фактору увійшли змінні «Залежність», «Ставлення до матері», «Ставлення до батька».

Дослідження показують, що у підлітків з набутими функціональними порушеннями переважає деструктивна форма почуття провини. Це, у свою чергу, може викликати появу пригніченого настрою, почуття невпевненості у собі, заниженої самооцінки та рівня домагань, невротичних проявів. Особливо почуття провини деструктивно проявляється в підлітковому віці. Тому важливим питанням є психолого-педагогічна робота з такими дітьми, спрямована на пошук способів роботи з цими почуттями. Це переживання супроводжується агресією спричиняють також і усвідомлення підлітками

того, що вони не зробили чогось, що можна було б зробити, або не змінили того, що можна було б змінити. У підлітковому віці дитина відчуває провину також за те, що через наявну фізичну ваду не виправдовує очікування своїх близьких [45].

Тому **другий фактор** можна назвати *«Відчуття провини за хворобу та вербальна агресія як характеристика психоемоційного стану підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату»*.

Третій фактор (інформативність 15,3 %) також двополюсний. На його **позитивному полюсі** розташувалися змінні *«Ставлення до хвороби»* володіє найбільшим факторним навантаженням – 0,822, *«Ставлення до майбутнього»*, *«Інвалідність»*, *«Підозрілість»*, *«Ставлення до товаришів»*, *«Ставлення до протилежної статі»*.

До негативного полюса даного фактора, як і слід було чекати, увійшли змінні *«Страх»* та *«Ставлення до себе»*. Підлітків із вадами опорно-рухового апарату надзвичайно хвилюють взаємини з оточенням. Дослідження показують, що третина з них відчуває до себе зневажливе ставлення [4]. Так, здорові ровесники не хочуть спілкуватися з хворими, віддають перевагу спілкуванню, яке не потребує тісного контакту. Діти з функціональними обмеженнями сприймаються здоровими однолітками як нещасні, підозрілі, замкнуті й злі [2]. Тому таке ставлення поряд із симпатією та співчуттям породжує неприйняття й ворожість. З'являється напруженість у спілкуванні, нещирість, бажання припинити контакт тощо [9]. Реакція однолітків на підлітків із функціональними обмеженнями зводиться до цікавості, глузування. Усі ці обставини призводять до того, що, маючи потенційні можливості, дитина-інвалід не може брати активну участь у соціальному житті й через це відчуває жалість до себе, недоброзичливість до інших, чекає величезної опіки над собою. Часто взаємини в сім'ях, які мають дитину-інваліда, мають несприятливий характер, оскільки зазвичай батьки не забезпечують дитині необхідну соціально-психологічну адаптацію до

дорослого життя. Дорослішання затримується, підліток залишається пасивним, невпевненим у собі. Підлітки з функціональними обмеженнями потребують любові, підтримки, розуміння від людей, які їх постійно оточують [9].

Третій фактор отримав назву *«Ставлення до хвороби і власної інвалідності, як чинник ставлення до протилежної статі, товаришів і майбутнього»*.

До позитивного полюсу **четвертого фактору** (інформативність 13,7%) увійшли такі шкали: *«Фізична агресія»* – володіє найбільшим факторним навантаженням – 0,783, *«Агресія»*, *«Страх»*, *«Цілі»*.

На його *негативному полюсі* розташувалися змінні *«Ставлення до матері»* і *«Ставлення до товаришів»*.

У підлітковому віці агресивна поведінка є своєрідним захисним механізмом, оскільки саме у цьому віці найгостріше постає дана проблема. Серед підлітків з набутими вадами посилюється негативізм, демонстративна стосовно дорослих поведінка, частішають випадки виявів жорстокості й агресивності. Агресивність супроводжують неадекватне самооцінювання (занижене або завищене), неадекватний рівень домагань, що не відповідає можливостям підлітка; підвищена емоційна напруженість і тривожність; різний ступінь неадекватності уявлень підлітків про своє місце в сім'ї через наявний інвалідизуючий чинник, про ставлення до них однолітків, низький рівень сформованості комунікативних навичок тощо [56].

Отже, **четвертий фактор** можна назвати *«Самоствердження через фізичну агресію»*, що негативно позначається на ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Позитивний полюс п'ятого фактору (інформативність 11,2 %) складають змінні *«Страхи»* – володіє найбільшим факторним навантаженням – 0,756, *«Ставлення до майбутнього»*, *«Образ»*.

До негативного полюсу увійшли змінні – «Комунікація», «Демонстративність», «Почуття провини».

Надзвичайно важливою умовою розвитку страхів у підлітковому віці є нестабільна самооцінка як наслідок невпевненості в завтрашньому дні. Низька самооцінка також тісно пов'язана з високою тривожністю, страхами через наявний інвалідизуючий чинник. На появу і формування причин виникнення страхів у підлітків з набутими функціональними порушеннями великий вплив мають такі чинники, як: нестійкість психіки у дітей підліткового віку; невизначене майбутнє через наявну ваду; неможливість бути самостійним при невизначеному соціальному статусі; недостатня сформованість самооцінки і саморегуляції; невдала спроба вести “доросле” життя приводить до виникнення великої кількості страхів; конфліктний клімат у сім'ї; наявність тривожності, як ситуативної, так і особистісної, неминуче веде до виникнення страхів [74].

Отже, *п'ятий фактор можна назвати «Низький рівень комунікабельності як чинник страху ставлення до майбутнього».*

Факторну структуру ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату схематично зображено на рисунку 2.14.

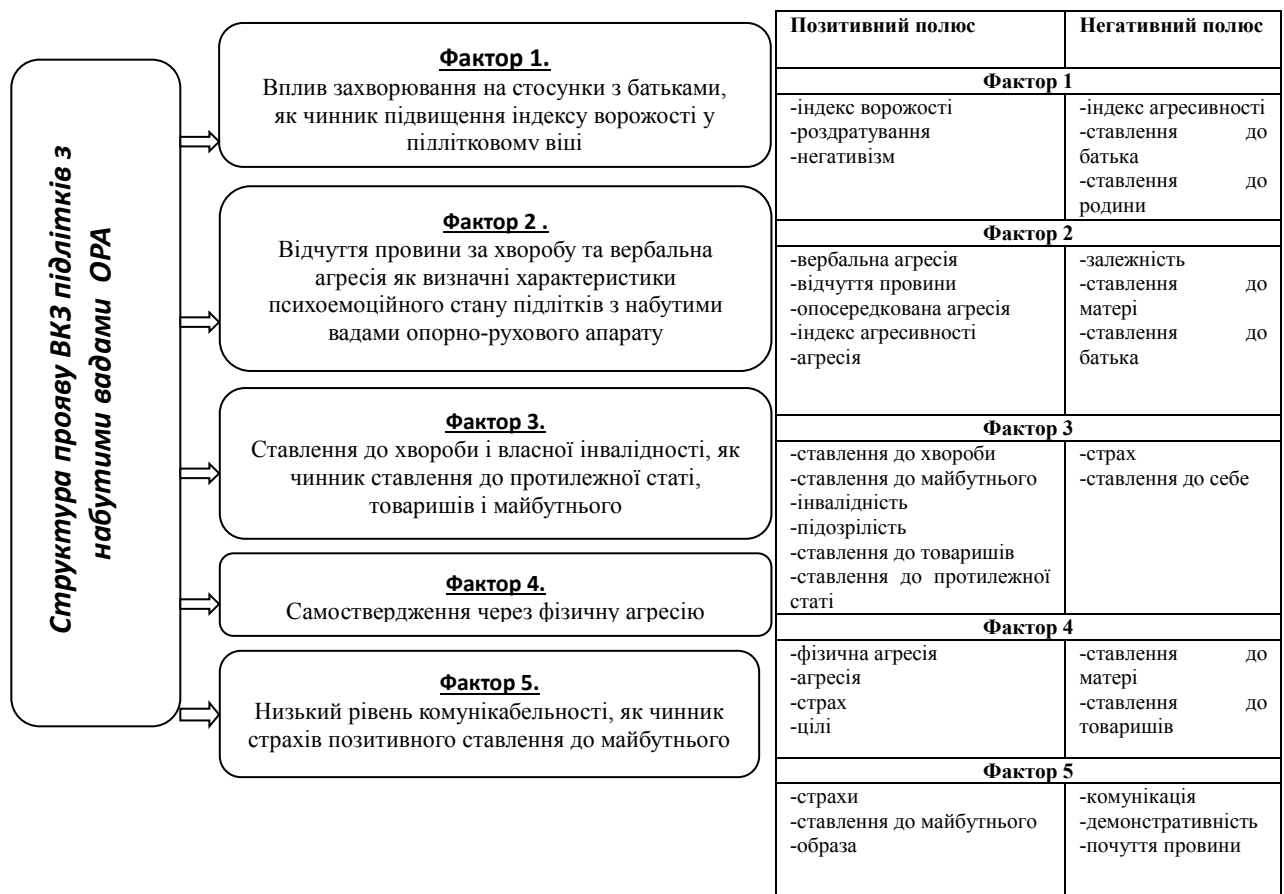


Рис. 2.14 Структура прояву ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА

Зміни тіла, розпочаті в період статевого дозрівання, негативно впливають на емоційне самопочуття підлітків. Незадоволеність своїм тілесним образом «Я» призводить до різних афективних реакцій, таких як депресивний фон настрою, іпохондрія, фобія, емоційна ізоляція, фрустрованість, агресивність.

Для визначення достовірності (рівня статистичної значущості) виявлених відмінностей між вибірками хлопців і дівчат з набутими вадами опорно-рухового апарату застосовувався критерій φ^* – кутового перетворення Фішера. Його результати дозволи виявити гендерні відмінності у показниках впливу захворювання на відносини з батьками, родичами, друзями, у рівнях почуття провини, тривоги, агресії, характерні риси психоемоційного стану, відмінності у показниках відношення до минулого та

майбутнього дівчат та хлопців з набутими вадами ОРА. Отож, результати перевірки (за допомогою φ^* - критерію кутового перетворення Фішера) виявлених в результаті застосування побудови графіків частотного розподілу даних відмінностей між досліджуваними вибірками хлопців і дівчат з набутими вадами ОРА дозволили зробити такі висновки:

Ставлення до матері $\varphi_{емп}^* = 2,14$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,016$).

Ставлення до родини $\varphi_{емп}^* = 3,28$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Ставлення до протилежної статі $\varphi_{емп}^* = 1,97$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,024$).

Ставлення до статевого життя $\varphi_{емп}^* = 3,4$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Ставлення до товаришів $\varphi_{емп}^* = 2,48$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,006$).

Страхи $\varphi_{емп}^* = 2,14$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,016$).

Провина $\varphi_{емп}^* = 2,42$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,007$).

Ставлення до себе $\varphi_{емп}^* = 3,41$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Ставлення до минулого $\varphi_{емп}^* = 2,9$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Ставлення до майбутнього $\varphi_{емп}^* = 2,82$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Цілі $\varphi_{емп}^* = 2,79$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Ставлення до хвороби $\varphi_{емп}^* = 2,73$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,002$).

Агресія $\varphi_{емп}^* = 1,95$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,025$).

Емоційність $\varphi_{емп}^* = 3,21$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Комунікація $\varphi_{емп}^* = 2,28$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,011$).

Залежність $\varphi_{емп}^* = 1,96$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,025$).

Демонстративність $\varphi_{емп}^* = 2,9$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Інвалідність $\varphi_{емп}^* = 3,85$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Активна безособовість $\varphi_{емп}^* = 3,07$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Пасивна безособовість $\varphi_{емп}^* = 2,9$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Індекс агресивності $\varphi_{емп}^* = 7,17$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Індекс ворожості $\varphi_{емп}^* = 3,4$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Фізична агресія $\varphi_{емп}^* = 6,82$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Опосередкована агресія $\varphi_{емп}^* = 3,58$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Роздратування $\varphi_{емп}^* = 3,41$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Негативізм $\varphi_{емп}^* = 2,9$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Образ $\varphi_{емп}^* = 2,6$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,006$).

Підозрілість $\varphi_{емп}^* = 2,42$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,007$).

Вербальна агресія $\varphi_{емп}^* = 3,77$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Почуття провини $\varphi_{емп}^* = 3,57$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Коефіцієнт групової конформності $\varphi_{емп}^* = 3,07$; $\varphi_{кр}^* = 1,64$ ($p \leq 0,05$), $\varphi_{кр}^* = 2,31$ ($p \leq 0,01$), $\varphi_{емп}^* > \varphi_{кр}^*$ ($p \leq 0,001$).

Таким чином, розроблений підхід до інтерпретації результатів методик дозволив виокремити певні емпіричні шкали, які відображають компоненти ВКЗ. Так, показники емоційного, ціннісно-мотиваційного компонентів відображено у шкалах : «Ставлення до батька», «Ставлення до матері».

Показники когнітивного та поведінкового компонентів відображено у шкалі «Ставлення до хвороби». Показники сенситивного, емоційного, когнітивного та поведінкового компонентів відображено у шкалі «Ставлення до себе».

Показники емоційного та ціннісно-мотиваційного компонентів відображено у шкалах «Провина», «Страхи».

Результати дослідження поведінкового компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату представлені у шкалах «Агресія», «Комунікація», «Демонстративність».

Показники за шкалами «Інвалідність» яскраво відображають сенситивний компонент внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Здійснений кореляційний аналіз окреслених шкал дав такі результати:

- у житті хворого підлітка батько відіграє надзвичайно велику роль. Тому недостатня участь батька у його житті дитини, призводить до негативних наслідків, а саме: самозвинувачення, страх щодо

- перспектив реалізації себе у майбутньому, проблеми у налагодженні спілкування з протилежною статтю;
- підлітки з набутими вадами відчують провину за часом безвідповідальне у минулому ставлення до власного здоров'я, що й зумовило необережність у поведінці і, як наслідок, набуття вади. Без відчуття підтримки батька почуття провини, нахил до самозвинувачення буде лише посилюватися;
 - з прагненням підлітка швидше стати дорослим пов'язана провідна для нього потреба в самостійності і незалежності. На жаль, у підлітка з вадами така ситуація самостійності унеможлиблюється наявністю вад, через які він постійно або частково потребує допомоги дорослого. А це у свою чергу викликає у нього почуття невпевненості за своє майбутнє;
 - у підлітковому віці важливу роль відіграє, яке враження підліток справляє на друзів, протилежну стать, для друзів. Доведено, що наявність вади провокує переживання страху невизнання їх однолітками, обмеженого спілкування з ними;
 - наявність вади призводить до виникнення у підлітків почуття меншовартості, до самозвинувачення, до заниженої самооцінки. І переживання щодо набутого дефекту викликає у них агресію за недостатньо відповідальну поведінку в минулому, внутрішню агресію по відношенню до однолітків через обмежене спілкування з ними;
 - у підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату негативних змін зазнає емоційно-оцінковий складник «Я-концепції», який відображає ставлення підлітків до себе, до своєї хвороби. Зазнає порушення і фізичний образ-Я. Так, підлітки з набутими функціональними порушеннями гостро переживають те, яке враження їх зовнішній вигляд справляє на однолітків і оточуючих, які обмеження це накладе у майбутньому. Тому важливим є батьківська, сімейна підтримка дитини;

- фізичні вади гостро переживаються підлітками. Для таких дітей притаманним є виникнення емоційних зривів і криз, що проявляються у вигляді поведінкових порушень та ефективних розладів, які є особливо небезпечними у цьому віці у зв'язку з загостренням соціальних, психічних, фізичних протиріч у розвитку дитини;
- через недостатність умов для повноцінного розвитку, через рухові дефекти та захисне витіснення травмівного усвідомлення своїх якостей, у підлітків спостерігається більш низький ступінь розвитку когнітивного компоненту «Я-образу» порівняно зі здоровими однолітками.
- у підлітків з набутими порушеннями опорно-рухового апарату спостерігається розвиток негативного самостворення, неприйняття власного Я, зниження самоповаги, спостерігається підвищений рівень агресивності, самозвинувачення.

Результати емпіричного дослідження показали тісний зв'язок ВКЗ підлітків з віковими особливостями, психологічними характеристиками хвороби, суб'єктивною оцінкою стану свого здоров'я й підтвердили необхідність створення програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

РОЗДІЛ III. ОПТИМІЗАЦІЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ З НАБУТИМИ ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

У третьому розділі представлено авторську психолого-педагогічну програму оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. Обґрунтовано доцільність даної програми, описано зміст занять, відображено її ефективність та результативність. Аргументовано ефективність застосування програми в психолого-педагогічному супроводі підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

3.1 Роль внутрішньої картини здоров'я у психологічному супроводі підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Аналіз сучасних психологічних досліджень дозволив висунути припущення про те, що підвищити ефективність лікування можливо через зміну ставлення хворого підлітка до себе в цілому і до свого здоров'я зокрема.

Діагностика внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату включає в себе аналіз міри відчуття тілесного комфорту, енергетичного резерву; перевірку чіткості диференціації почуттів та можливості їх вираження; діагностику рівня напруги, тривожності, депресії (пов'язаних зі здоров'ям хворого підлітка); ступінь поінформованості й компетентності у сфері здоров'я; характер самооцінки здоров'я; місце здоров'я у системі ціннісних орієнтацій та суб'єктивне співвідношення його цінності/доступності; рівень внутрішньої мотивації до здорового стилю життя; міра активності позиції щодо власного здоров'я; міра

суб'єктивної цінності різних аспектів здоров'я (фізичного, афективного, інтелектуального, соціального, духовного) [107], [125], [148].

Переосмислення наявних підходів до аналізу поняття «внутрішня картина здоров'я» щодо підлітків набутими вадами опорно-рухового апарату дозволили нам визначити, що воно включає не лише знання своїх можливостей і уміння користуватись істинними та нерозкритими резервами, а й усвідомлення та прийняття обмежень, які накладає набуте захворювання у теперішньому та майбутньому часі. Збереження та відновлення здоров'я залежить від адекватної та конгруентної внутрішньої картини здоров'я, де ставлення до хвороби (внутрішня картина хвороби (ВКХ) є тільки одним з її елементів [35], [37].

Внутрішня картина хвороби підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату розглядається як сукупність не лише емоційних порушень, але й певних процесів інтелектуального та вольового порядку, пов'язаних зі свідомістю, переживанням і ставленням до хвороби [67], [107],[125]. Основним і первинним компонентом цієї структури є емоційна реакція підлітка на факт захворювання. Думки хворого підлітка опираються не на логічні закономірності, а на емоційну значущість тих чи інших фактів. Хвороба займає непропорційно велике місце, витісняючи інші сфери (навчання, відносини у сім'ї, суспільна активність) [3], [5], [6] (див. таб. 3.1):

Таблиця 3.1

**Порівняльна характеристика внутрішньої картини здоров'я
здорових підлітків та підлітків з набутими вадами опорно-рухового
апарату**

Характеристика ВКЗ	Здорові підлітки	Підлітки з набутими вадами опорно-рухового апарату
Сенситивний компонент	Відчуття бадьорості, здатність до активності, відсутність відчуття дискомфорту чи болю.	Пригнічення, тривожність, апатія, проблеми з апетитом, недовіра до тіла, дискомфорт, чутливість до

		болю.
Емоційний компонент	Насолода здоров'ям і відчуттям наявності енергетичного резерву, динамічний/оптимальний рівень тривоги за своє здоров'я, адекватна самооцінка здоров'я.	Занижена самооцінка, зневіра у швидкому чи повному одужанні, агресія до себе, рідних, здорових однолітків, образа на світ, неадекватна оцінка власного здоров'я (занижена чи завищена), відчуття провини перед рідними.
Когнітивний компонент	Недостатня поінформованість і компетентність у сфері здоров'я, байдужість до знань про критерії здоров'я і «здорової поведінки».	Високий ступінь поінформованості й компетентності у сфері хвороби. Страх перед зусиллями для одужання, низька самомотивація на одужання, небажання підтримувати «здорову поведінку» через жалість до себе, перевищення значення ролі здоров'я для власного соціального життя, знецінення або перевищення значення своїх досягнень.
Ціннісно-мотиваційний компонент	Пріоритетність цінності активності, незалежності, побудови соціальних контактів з ровесниками, мотивація до здорового способу життя залежить від оточення, установки на активне ставлення до здоров'я у стадії формування. Увага на теперішньому і безоціночна віра майбутнє. У зоні уваги профорієнтація.	Здоров'я як надцінність, бажання виздоровлення, не прийняття реальної ситуації зміщений локус контролю за здоров'я і життя в цілому. Амбівалентні стосунки з рідними. Страх перед новими контактами з ровесниками. Міфологічність мислення. Зміщення уваги в минуле, знецінення теперішнього, страх перед майбутнім. Підвищена чутливість до питання профорієнтації.
Поведінковий компонент	Висока соціальна активність. Поведінка спрямована на засвоєння соціального досвіду та реалізації власних якостей, можливостей. Участь у різних сферах дорослого життя.	Несамостійність, прояви агресії у поведінці, узалежненість від батьків, занижена активність, безініціативність у поведінці, спрямованої на

	Можлива поведінка, що загрожує здоров'ю.	відновлення здоров'я. Уникнення будь якої активності, страх перед імовірним ризиком.
--	--	--

Як наголошують М. Б. Гасюк [35], Р. В. Нестерак [99], у людей зі слабкою волею захворювання може призвести до переживання страху, провини, тривоги, пасивності, депресії, що нівелює будь-які успіхи у лікуванні. Навпаки, у людей сильної волі спостерігається прийняття і впровадження у життя рішень, спрямованих на боротьбу з хворобою, проте ці зусилля без відповідних компетенцій можуть зашкодити здоров'ю, тобто, неадекватне розуміння обмежень хвороби ускладнює раціональну адаптацію до нового стану, знижує ефективність лікування та може стати причиною подальших соматичних ускладнень.

Побудова конгруентної внутрішньої картини здоров'я – це шлях до прийняття хвороби як частини життя. Приймаючи захворювання, свій новий стан, хворий будує уявлення про хворобу та її реальні обмеження, інтегрує внутрішню картину хвороби у нову внутрішню картину здоров'я. Здатність побачити хворобу тільки як частину здоров'я є стратегією поведінки самозбереження та самовідновлення.

Ми розглядаємо внутрішню картину здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату як особливе суб'єктивне ставлення до свого здоров'я, яке виражається в усвідомленні його цінності й активно-позитивному прагненні до його відновлення та вдосконалення у ситуації хвороби.

ВКЗ хворого підлітка завжди коригується складністю захворювання, рівнем загрози його життю, життєвим досвідом, соціальною адаптацією, стосунками з батьками тощо. Що більшу загрозу несе захворювання, то складніше відокремити хворобу від здоров'я, виникає загроза генералізації хвороби. Шлях до зменшення негативного впливу хвороби на життя – це корекція уявлень про теперішній стан здоров'я та майбутні перспективи

одужання, комплекс заходів щодо контролю емоційних переживань і відчуттів, пов'язаних із симптомами захворювання, а також побудова системи поведінки щодо збереження та відновлення здоров'я.

Формування ВКЗ пов'язане з проекцією об'єктивної реальності здоров'я на самосвідомість людини, із суб'єктивним сприйняттям і переживанням свого здоров'я/хвороби [36]. Під час побудови ВКЗ підлітка з набутими функціональними порушеннями важливе місце займає схема тіла – відсутність/прийняття тілесного дискомфорту у будь-якій його частині. Сприйняття підлітком тілесного дискомфорту як попередження щодо загрози здоров'ю є поштовхом до дій, спрямованих до його відновлення, і шляхом отримання вчасного лікування та збереження здоров'я на ранніх етапах захворювання.

Пропонуємо аналіз ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату у проекції багатовимірної теоретичної моделі Лісової О. С. [99], через сенситивний, емоційний, когнітивний, ціннісно-мотиваційний та поведінковий компоненти з оцінкою оптимізуючого потенціалу кожної.

Так, *сенситивний компонент ВКЗ* хворого підлітка у своїй основі має схему тіла, його психологічний образ, (проявляє себе у відчуттях фізичного комфорту чи дискомфорту), розширених чи обмежених можливостей володіння своїм тілом. Загалом, схема тіла безпосередньо впливає на формування актуального та ресурсного стану людини. Актуальний стан, у якому індивід перебуває у конкретний момент чи відрізок часу, визначає характерні для індивіда поставу, ходу, спосіб дихання, міміку і жести, а також звичну міру фізичної активності. Актуальний стан підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату дає інформацію про захворювання через симптом, який важливий як для постановки діагнозу, так і для розуміння динаміки захворювання. Завдяки відчуттям хворий підліток будує своє уявлення про перспективи одужання та можливості тіла у теперішньому.

Переоцінка своїх можливостей веде до виснаження, а відтак розчарування і депресії, знецінення – гальмує прогрес лікування, реабілітації.

Оптимум фізичних можливостей, якого хворий підліток зможе досягнути після лікування та реабілітації визначається ресурсним станом; прагнення його досягнути є мотивацією одужання та пошуку шляхів реабілітації. Корекція актуального стану як шлях до ресурсного можлива за участі різнопланових фахівців: лікаря, лікаря-реабітолога, психолога, педагога, фізіотерапевта, тощо. При цьому лікар-реабітолог є носієм реальних відомостей про потенційний ресурсний стан хворого підлітка, а психолог відповідає за прийняття та осмислення цих відомостей хворим підлітком.

Основними завданнями оптимізації сенситивного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є забезпечення:

- почуття бадьорості;
- здатності до активності;
- усунення відчуття дискомфорту чи болю;
- усунення проблем з апатитом;
- подолання почуття тривоги і створення мажорного настрою.

Звичні способи переживання підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату власних життєвих ситуацій визначаються *емоційним компонентом ВКЗ*. Емоції є відбитком ставлення хворого підлітка до свого здоров'я і самого себе у формі специфічних переживань. Цей компонент має особливе значення, оскільки емоційні відреагування можуть бути причиною цілого спектру соматичних захворювань.

Емоційний компонент ВКЗ має великий психокорекційний потенціал у відновному лікуванні і реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. Здатність диференціювати та контролювати свої емоції, зміна емоційного ставлення хворого підлітка до хвороби та симптому з різко негативних на більш нейтральні чи/і позитивно забарвлені дає можливість

активізувати резервні можливості організму і сприяти реабілітації та видужанню.

Важливою частиною емоційного компоненту ВКЗ є емоційні зв'язки з родиною, сім'єю, відповідальність за своє одужання перед рідними, здатність прийняти емоційну підтримку сім'ї. Лікар та психолог виступають з'єднувальною ланкою між хворим та його близькими, допомагаючи їм зрозуміти специфіку захворювання, обмеження, які воно накладає у теперішньому та майбутньому, їх місце у процесі одужання та реабілітації хворого підлітка [83].

Емоційний компонент ВКЗ відповідає і за прихильність до лікування, що проявляється у довірі до системи лікування, до лікаря і тих лікарських засобів, які він пропонує. Негативні емоції порушують зв'язок між лікарем та пацієнтом і можуть стати причиною негативного прогнозу щодо одужання.

Корекція емоційного стану хворого підлітка можлива за участі, в першу чергу, психолога, його компетентне втручання дає можливість лікуючому лікарю зменшити час адаптації хворої дитини до захворювання, а також контролювати прихильність до лікування протягом усього процесу лікування та реабілітації.

Основними завданнями оптимізації емоційного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є:

- розвиток емоційної самосвідомості, удосконалення здатності аналізувати свій настрій;
- покращення саморозуміння й самопізнання;
- сприяння засвоєнню навичок подолання руйнівного впливу емоцій на здоров'я;
- зниження рівня тривожності, покращення самопочуття;
- формування успішних стратегій розвитку впевненості й оптимізація емоційного реагування на своє здоров'я;
- усвідомлення значення емоцій для здоров'я;

– зміна емоційного ставлення до ситуації хвороби та її симптомів.

Виконання поставлених завдань сприяє удосконаленню вміння підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату аналізувати свій настрій, краще розуміти вплив емоцій на здоров'я, засвоїти навички подолання руйнівного впливу емоцій на здоров'я, знизити рівень тривожності й емоційної залежності від батьків.

Когнітивний компонент ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату має два складники. Перший – знання про актуальний стан, усвідомлення складності захворювання, ролі психологічних чинників розвитку хвороби і прийняття факту закономірностей розвитку хвороби, зокрема, перспектив одужання чи прийняття інвалідизації як неминучості. Невід'ємною частиною когнітивного компоненту ВКЗ хворого підлітка є довіра до лікування, до комплексу лікувальних засобів (ліків зокрема), розуміння, що таке побічна дія ліків і визнання значення дисципліни під час прийому ліків.

Другий складник когнітивного компоненту визначається знаннями про ресурсний стан здоров'я, потенційні можливості організму, узгоджені з віковими особливостями; роль психологічних чинників у відновленні здоров'я; розуміння потреб тіла та доцільності зусиль, спрямованих на збереження і відновлення здоров'я. Знання про здоров'я передбачає також і розуміння закономірностей його розвитку у віковій перспективі.

Когнітивний компонент залежить від інтелектуального потенціалу хворого підлітка та реалістичності сприйняття дійсності, освіти, а також від віку, тяжкості захворювання, досвіду, тривалості хвороби.

Раціональною стороною ВКЗ є сукупність суб'єктивних або міфологічних умовиводів, думок про причини, зміст, можливі прогнози захворювання. а також оптимальні способи збереження, зміцнення та розвитку здоров'я.

Корекція когнітивного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату може бути основою свідомого вибору стратегії відновлення здоров'я та реабілітації і прийняття відповідальності за своє здоров'я. Лікуючий лікар несе відповідальність за змістовність та повноту інформації, тоді як лікар-реабілітолог – за узгодженість знань і дій пацієнта. Психолог контролює прийняття та усвідомлення отриманої інформації, її інтеграцію у внутрішню картину здоров'я.

Основними завданнями оптимізації когнітивного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є:

- удосконалення спектру знань щодо способів підтримки й покращення здоров'я;
- поглиблення знань про особливості вад опорно-рухового апарату;
- покращення самопізнання, усвідомлення й осмислення життєво важливих рішень, які впливають на здоров'я;
- розширення ресурсів, розвиток уміння виділити успішні стратегії покращення здоров'я.
- розуміння конгруентних шляхів адаптації до життя.

Шляхом виконання поставлених завдань щодо оптимізації когнітивного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату можна отримати такі результати: досягнути вищого рівня поінформованості про здоров'я, про особливості захворювань опорно-рухового апарату залежно від їх складності, про способи підтримки та покращення здоров'я, усвідомити дії, які шкодять здоров'ю, розвинути вміння застосовувати успішні стратегії покращення здоров'я.

Ядром внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є *ціннісно-мотиваційний компонент*. Найсильнішими стимулами до прийняття певної стратегії поведінки є переконання і цінності особистості, тому формування цінності здоров'я та

мотивації одужання може стати підґрунтям побудови поведінки підлітка, що має порушення ОРА.

Здоров'я для здорового підлітка є звичним явищем. Так, Ю. Г. Фролова [114] доводить, що здоровій людині не властиво звертати увагу на тілесні прояви здоров'я. У зв'язку з цим ВКЗ практично здорової людини може бути не настільки чіткою, емоційно-яскравою; не мати сформованого ядра, тобто ціннісно-мотиваційного компоненту. У зв'язку з хворобою у структурі ВКЗ з'являються нові елементи, які відображають новий хворобливий стан організму. При цьому частина ВКЗ трансформується у внутрішню картину хвороби (ВКХ). Якщо хвороба стає домінантною, вона породжуватиме яскравіші образи, її внутрішня картина стає чіткішою і глибшою [114]. Завдання психолога – розмежувати ВКХ і ВКЗ, оптимізувати кожний компонент ВКЗ підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату і тим самим розкрити нові психологічні механізми відновлення та збереження здоров'я.

Адекватне, усвідомлене, послідовне емоційно-ціннісне ставлення до себе є необхідною умовою збереження особистісної цілісності, а отже, і одного з центральних складників внутрішньої картини здоров'я підлітка з набутими функціональними порушеннями. В іншому випадку відбуваються деструктивні зміни у його ВКЗ, що нерідко проявляється у вигляді психологічних захистів, тривоги, депресії, немотивованої агресії, апатії, порушенні контакту з навколишнім соціальним середовищем [35].

Таким чином, шляхом консультативної, корекційної роботи через оптимізацію компонентів ВКЗ у підлітків з набутими вадами ОРА формуються переконання, що здоров'я є найвищою цінністю. Важливо вибудовувати стратегії оптимізації стану здоров'я з метою одужання, шукати індивідуальні шляхи реабілітації згідно з власною системою цінностей та переконань хворого підлітка. З'являється можливість уникнути внутрішнього опору та вибудувати несуперечливу картину світу підлітка з набутими

вадами ОРА і завдяки цьому швидше досягнути оптимальних результатів лікування та реабілітації [37].

Основними завданнями оптимізації ціннісно-мотиваційного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є:

- підвищення мотивації лікування й ведення здорового способу життя;
- розвиток відповідальності за своє здоров'я й усвідомлення власної значущості для прийняття життєво важливих рішень;
- покращення розуміння власної системи цінностей та цінності здоров'я;
- усвідомлення цінності стосунків з рідними, друзями як рушійної сили мотивації одужання;
- розширення життєвих перспектив, висування нових життєвих цілей.

Виконання поставлених завдань сприяє тому, що у підлітка знижується рівень тривоги, відбувається формування усвідомлення цінності свого здоров'я, вітальних цінностей, відповідальності за своє здоров'я, власної значущості для прийняття життєво важливих рішень, розвивається самостійність.

Поведінковий компонент ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА – важливий компонент в адаптації до навколишньої дійсності, сукупність зусиль, прагнень, конкретних дій, обумовлених системою знань та рішень і спрямованих на досягнення суб'єктивно значущих цілей щодо відновлення здоров'я. За Г.С. Нікіфоровим [32], поведінковий рівень пов'язаний з актуалізацією діяльності людини зі збереження здоров'я. Це найвищий рівень ставлення до здоров'я, тому він вимагає активної діяльності суб'єкта, спрямованої на збереження і підтримку свого здоров'я. Поведінковий компонент включає в себе конкретні дії, які можуть викликатися образом «Я» і самооцінкою.

Основними завданнями оптимізації поведінкового компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є:

- спрямованість на здоровий спосіб життя, пошук і усвідомлення поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я;
- розвиток розуміння наслідків власної поведінки для здоров'я,
- формування установки про значущість своєї особистості для збереження здоров'я;
- підвищення життєвої активності й розширення сфер діяльності;
- усвідомлення сильних якостей, розкриття внутрішніх ресурсів, прийняття нових стратегій вирішення складних життєвих ситуацій;
- сприяння розвитку мотивації виконувати лікарські призначення;
- формування уявлення про незворотність наслідків дій стосовно здоров'я;
- формування активної позиції щодо лікування.

Виконання поставлених завдань сприяє тому, що підліток набуває уявлення про наслідки власної поведінки для здоров'я, формування установки про значення власних дій для збереження й зміцнення здоров'я, розвивається відповідальність за своє здоров'я та прийняття життєво важливих рішень, своїх сильних якостей, розкриваються внутрішні ресурси, усвідомлення й осмислення негативних для здоров'я звичок, усвідомлення стимулів для саморозвитку.

Основними проблемами підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату є стрес, сором, глибоке розчарування у своїх силах, втрата довіри до тіла, страх за майбутнє, а тому спонукати його до активності можливо тільки у зв'язку з корекцією усіх компонентів ВКЗ [31], [35], [168]. Повернення довіри до тіла, розуміння значення симптому (сенситивний компонент); емоційне налаштування, надія, радість від найменшого прогресу (емоційний компонент); узгодження своїх дій з релевантними знаннями про свої можливості та з рекомендаціями лікарів, фізіотерапевтів (когнітивний компонент); узгодження своїх переконань і особистісних цінностей, мотивація до одужання та прийняття відповідальності за своє майбутнє

(ціннісно-мотиваційний компонент) – основа оптимізації поведінкового компоненту ВКЗ. Якщо будь-який компонент ВКЗ є дисфункціональним то це позначиться й на поведінковому компоненті, відповідно досягнути ресурсного стану організму буде складно, а то і не можливо.

Таким чином, здійснений аналіз внутрішньої картини здоров'я як особливого суб'єктивного ставлення до здоров'я у ситуації хвороби дозволяє стверджувати, що через оптимізацію всіх компонентів ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату отримуємо можливість підвищити якість відновного лікування та реабілітації.

Зміст роботи визначатиметься як індивідуально-психологічними характеристиками людини, так і специфікою захворювання. Перспективним є розробка програми психологічного супроводу лікування та реабілітації на основі ВКЗ підлітка у тісній співпраці з профільним лікарем та лікарем-реабілітологом.

3.2 Оптимізація внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Особливості перебігу захворювання підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату ускладнюють формування адекватного ставлення до хвороби та сприяють деформації внутрішньої картини здоров'я (ВКЗ) [37].

Психологічна діагностика підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату довела, що специфіка захворювання впливає на формування внутрішньої картини здоров'я та внутрішньої картини хвороби підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Результати теоретичних та емпіричних досліджень, представлених у попередніх частинах дисертації показали необхідність розробки системи

психолого-педагогічного супроводу підлітків з набутими функціональними порушеннями, що спрямована на оптимізацію ВКЗ.

Нами створена програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату для стабілізації психоемоційного стану, підвищення рівня психологічного та соматичного здоров'я шляхом формування конструктивного ставлення до здоров'я, відповідальної поведінки та включення здоров'я до структури життєвих домагань підвищення якості життя в цілому. Метою програми є оптимізація ВКЗ, через корекцію кожного з компонентів (сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного, поведінкового).

Основними завданнями програми:

- підвищення довіри до тіла;
- розвиток розуміння тілесних відчуттів;
- розвиток рефлексії внутрішніх емоційних станів та переживань підлітків;
- формування відповідального ставлення до здоров'я;
- усвідомлення здоров'я як базової цінності;
- включення здоров'я до структури життєвих домагань;
- створення мотивації щодо здорового способу життя;
- відпрацювання навичок здорової поведінки та пошук шляхів досягнення здоров'я на фізичному, психічному та соціальному рівнях.

Успішність реалізації психолого-педагогічного супроводу через оптимізацію ВКЗ значною мірою залежить від суб'єктивних (налаштування на роботу, психоемоційне ставлення) і об'єктивних (тяжкості стану, індивідуально-психологічних особливостей хворого підлітка) чинників.

В цілому до негативних чинників, що здатні впливати на ефективність психолого-педагогічного супроводу є:

- емоційне неблагополуччя;
- наявність особистісних конфліктів (внутрішніх);

- наявність міжособистісних конфліктів;
- особливі форми особистісного розвитку (невротична особистість);
- вплив психотравмуючого чинника (у теперішньому чи минулому);
- високий рівень тривожності;
- постійна фрустраційна напруженість.

На поведінковому рівні такі чинники можуть проявлятися як:

- наявність адиктивних форм поведінки (різноманітні форми залежності: наркотична, алкогольна, ігрова, інтернет-залежність тощо) [65];
- неадекватність самооцінки (завищена чи занижена, що провокує подальший розвиток внутрішньо-особистісних і міжособистісних конфліктів) [43], [110].
- патологічна фіксація на власному здоров'ї (неадекватне суб'єктивне заниження його показників, схильність до іпохондричних проявів, млявість, тривожність, апатичність, песимістичні прогнози щодо картини майбутнього або її відсутність) [91].
- нехтувальне ставлення до себе та свого здоров'я (низький рівень контролю поведінки, схильність до ризикованої поведінки, імпульсивність, невірноваженість тощо) [34], [35].

Психологічну допомогу підліткам з метою оптимізації ВКЗ Г. С. Нікіфоров розглядає як складну систему психолого-педагогічних чинників, спрямованих [33]:

- на зміцнення соціальної позиції особистості хворого підлітка у родині й у колективі однолітків;
- на формування системи ціннісних установок і орієнтацій щодо здоров'я;
- на розвиток Я-концепції (самосвідомість, самооцінка, самоставлення);

- на пом'якшення емоційного дискомфорту й усунення вторинних особистісних реакцій, зумовлених емоційними порушеннями у зв'язку з порушенням Я-концепції;

- на формування емоційної стійкості і саморегуляції [34];

- на формування стійких поведінкових стратегій відновлення та збереження здоров'я.

Можемо зробити висновок, що оптимізація ВКЗ підлітка з вадами ОРА в своїй основі має систему психологічних чинників, які були враховані при побудові програми оптимізації ВКЗ:

- 1) проактивна позиція у сфері здоров'я, здатність до саморегуляції, пов'язані з сенситивним компонентом ВКЗ;
- 2) система ціннісних установок і орієнтацій щодо здоров'я, компетентність у сфері власного здоров'я, пов'язані з поведінковим, ціннісно-мотиваційним та когнітивним компонентами ВКЗ;
- 3) емоційно-мотиваційна компетентність, здатність до програмування своїх дій і поведінки, пов'язані з емоційним, когнітивним, ціннісно-мотиваційним та поведінковим компонентами ВКЗ;
- 4) адекватність самооцінки і рівня домагань у сфері власного здоров'я, пов'язаний з ціннісно-мотиваційним та емоційним компонентами ВКЗ;
- 5) здатність до оцінювання та корекції способів досягнення результату відновлення та збереженні здоров'я, пов'язаний з ціннісно-мотиваційним, поведінковим та когнітивним компонентами ВКЗ;
- 6) фрустраційна толерантність та здатність до рефлексії, пов'язані з когнітивним та поведінковим компонентами ВКЗ.

Авторська програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату актуалізує педагогічні чинники її корекції: вправи із застосуванням арттерапії, тілесно-орієнтованої терапії, музикотерапії, психотерапії.

3.2.1 Організація психолого-педагогічного супроводу підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Організація психологічного супроводу підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату в умовах стаціонару складалася з наступних етапів: підготовчого, діагностичного, формування та реалізації програми психологічного супроводу із застосуванням оцінки ефективності проведеної роботи. Важливим є залучення суміжних спеціалістів: педагога, лікаря, реабілітолога, фізіотерапевта, це забезпечує міждисциплінарний підхід у супроводі хворого підлітка.

I етап. Підготовчий етап включав зустріч із лікарем-куратором, аналіз медичної документації (картки хворого) та первинну зустріч із підлітком.

Під час зустрічі з лікарем та в результаті аналізу медичної документації було отримано необхідну інформацію про історію хвороби підлітка, стан його здоров'я, ставлення до госпіталізації та лікувальних процедур, результати спостереження лікаря за особливостями поведінки хворого з набутою вадою ОРА.

Перша зустріч психолога з підлітком проходила у формі інтерв'ю, під час якого було отримано інформацію щодо усвідомлення хворим стану свого здоров'я, впливу захворювання на різні сфери його життя.

Під час інтерв'ю визначалися:

- наявність/відсутність у підлітка труднощів у вербалізації власних міркувань щодо питань функціональних порушень;
- поінформованість підлітка щодо питань про набуті вади ОРА та можливі ускладнення;
- потреба та шляхи одержання ним інформаційної та психологічної підтримки;
- вплив соціального (шкільного) оточення на підлітка з набутими вадами ОРА;

- особливості емоційного реагування підлітка в контексті особливостей тілесного розвитку;
- ставлення підлітка до лікування.

Основними завданнями первинної зустрічі з підлітками на цьому етапі були збирання психологічного анамнезу, встановлення контакту та формування мотивації щодо спільної роботи.

Підготовчий етап закінчувався аналізом отриманої інформації та плануванням подальшої діяльності. У нашому випадку цей етап збігався з діагностичним етапом емпіричного дослідження. Основними завданнями психологічного супроводу на даному етапі було:

1. Зменшення негативних емоцій і стресу, відновлення адекватного сприйняття реальності (оптимізація емоційного компоненту ВКЗ).
2. Усвідомлення й прийняття діагнозу; побудова вихідної внутрішньої картини хвороби (оптимізація когнітивного й ціннісно-мотиваційного компонентів ВКЗ).
3. Первинна адаптація до захворювання, навчання поведінки під час погіршення здоров'я (оптимізація поведінкового компоненту ВКЗ)
4. Встановлення довірливих стосунків з лікарем-куратором; прийняття стратегії лікування; налаштування на процес видужання; оцінка реальної перспективи (оптимізація емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного й поведінкового компонентів ВКЗ).

У результаті психодіагностичного обстеження підлітків з набутими вадами ОРА, визначалися особливості кожного компоненту ВКЗ підлітка, з метою визначення напрямів їх оптимізації.

На цьому етапі зокрема визначали:

- показник когнітивної складності ВКЗ;
- якісний склад змістовних та динамічних компонентів ВКЗ;
- цілісну ВКЗ шляхом поєднання кількісного та якісного аналізу її характеристик.

Результати, отримані у процесі цього дослідження, є основою для розуміння психолога на які саме теми необхідно зробити акцент у груповій та індивідуально-психологічній роботі з підлітками.

II етап. Реалізація корекційної програми ПС підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

На корекцію дезадаптивних типів ВКЗ було спрямовано:

- інформування щодо набутих функціональних порушень;
- формування адекватного ставлення до хвороби;
- формування відповідальності за підтримку та збереження власного здоров'я;
- формування активних поведінкових стратегій щодо збереження та зміцнення власного здоров'я.

Завдання психологічного супроводу реалізації II етапу є:

1. Емоційна підтримка; формування адекватних способів емоційного реагування на особливості здоров'я; відновлення емоційної рівноваги, зменшення тривоги.

2. Розвиток самоповаги, впевненості, ініціативності, навичок міжособистісної взаємодії.

3. Розкриття ресурсів і способів підтримки.

4. Формування гармонійного типу ставлення до хвороби.

5. Просвітницька робота, спрямована на навчання правильного способу життя.

6. Організація життєдіяльності підлітків в сім'ї та школі з урахуванням її особливостей хвороби.

Кожне групове заняття з підлітками, які мають набуті вади ОРА, призначене для оптимізації усіх компонентів ВКЗ, але певний компонент перебуває у суперпозиції на конкретному занятті. Зміст оптимізації кожного компонента представлено в таблиці (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Зміст оптимізації компонентів ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Компоненти ВКЗ які оптимізує «Програма»	Зміст оптимізації
<u>Сенситивний компонент</u>	-прийняття та розуміння сенсу фізичного комфорту чи дискомфорту; -здатність отримати інформацію про захворювання через симптом; -розширення можливостей володіння своїм тілом -розуміння актуального та ресурсного стану. Розуміння закономірностей динаміки захворювання; -через довіру до відчуттів тіла у теперішньому, побудова перспективи видужання та можливості тіла у майбутньому; -прийняття оптимуму фізичних можливостей, якого можна досягнути під час та після лікування та реабілітації
<u>Емоційний компонент</u>	-розвиток емоційної самосвідомості, удосконалення здатності аналізувати свій настрій; -покращення саморозуміння і самопізнання; -сприяння засвоєнню навичок подолання руйнівного впливу емоцій на здоров'я; -зниження рівня тривожності, покращення самопочуття; -формування успішних стратегій розвитку впевненості та оптимізація емоційного реагування на своє здоров'я.
<u>Когнітивний компонент</u>	-удосконалення спектру знань щодо способів підтримки і покращення здоров'я; -поглиблення знань про всі компоненти ВКЗ -отримання достовірних знань про індивідуальні особливості захворювання; -покращення самопізнання, усвідомлення і осмислення життєво важливих рішень, які впливають на здоров'я; -розширення когнітивних ресурсів, розвиток вміння виділити успішні стратегії покращення здоров'я.
<u>Ціннісно-мотиваційний компонент</u>	-підвищення мотивації лікування та ведення здорового способу життя; -розвиток відповідальності за своє здоров'я та усвідомлення власної значущості для прийняття життєво важливих рішень; -покращення розуміння власної системи цінностей та цінності здоров'я; -розширення життєвих перспектив, знаходження нових життєвих цілей -налаштування на здоровий спосіб життя, пошук і усвідомлення поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я;
<u>Поведінковий компонент</u>	-формування стратегії поведінки спрямованої на відновлення та збереження здоров'я; -формування установки на розширення зони відповідальності у діях спрямованих на здоров'я; -підвищення життєвої активності та розширення сфер діяльності;

	-усвідомлення сильних якостей, розкриття внутрішніх ресурсів, реалізація стратегій вирішення складних життєвих ситуацій; -виконання лікарських призначень, та фізіотерапевтичних реабілітаційних вправ.
--	--

III етап. Оцінка ефективності роботи. Наприкінці останньої зустрічі з підлітками проводилися повторні психодіагностичні обстеження та діагностика самооцінки психічних станів. Показниками успішної оптимізації ВКЗ були значущі зміни сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного та поведінкового компонентів ВКЗ у їх тісному взаємозв'язку, покращення психічного стану підлітка.

3.2.2. Програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

До цільової групи програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА належать підлітки віком від 11 до 16 років. В апробації програми взяли участь підлітки віком 11-14 років, які навчаються в Івано-Франківській обласній дитячо-спортивній школі інвалідів та в Івано-Франківському регіональному центрі з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт». Вибіркова сукупність становила 60 осіб. З них – 18 осіб з порушеннями ОРА, набутими внаслідок перенесеного у дитинстві захворювання: 15 хлопців та 3 дівчат у віці 10-13 років. 42 особи – з набутими вадами ОРА (пошкодження, отримані внаслідок падіння та ін.): 29 хлопців та 13 дівчат (10-13 років).

У вибірку не ввійшли підлітки з тяжкими вадами опорно-рухового апарату, які потребують супроводу медичного персоналу та які є лежачими. Заняття проводилося групами по 10 підлітків.

В групу забезпечення програми входять психолог, лікар-реабілітолог та фізіотерапевт.

Організація психолого-педагогічної роботи з підлітками з набутими вадами опорно-рухового апарату:

1. Форма проведення – групова й індивідуальна за запитом.
3. Тривалість занять: 40-45 хв.
4. Частота проведення занять – раз на тиждень.

Програма психолого-педагогічних занять включала 5 зустрічей. Заняття є циклічними.

Обрана нами форма роботи дозволяє перебувати в режимі бесіди, діалогу між психологом та учасниками.

У разі необхідності й за запитом пацієнта проводять індивідуальну роботу, яка дає можливість нівелювати недоліки групової роботи (зокрема, недостатню глибину опрацювання особистісних проблем, обмежене саморозкриття тощо).

Методи й форми роботи з дітьми: вправи (на розвиток пізнавальної сфери та на розвиток емоційно-вольової сфери), комунікативні й рухливі ігри, релаксаційні вправи, а також інформаційні повідомлення у вигляді міні лекцій.

Програма оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА містить підібрані і спеціально розроблені вправи відповідно до мети конкретного заняття із врахуванням результатів емпіричного дослідження.

Програма складається з п'яти занять. Циклічна форма роботи на заняттях дозволяє перебувати в режимі бесіди, діалогу між психологом, суміжними спеціалістами та учасниками.

Кожне групове заняття призначене для оптимізації всіх компонентів ВКЗ, проте один із компонентів перебуває у суперпозиції на конкретному занятті (Додаток Б).

Для прикладу представляємо концептуальну модель побудови базового заняття, спрямованого на оптимізацію сенситивного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА.

Перше заняття побудоване так, що у суперпозиції знаходиться сенситивний компонент ВКЗ, а всі інші є підпорядкованими, і їх зміст розглядається через призму сенситивного компоненту (Рис.3.1).

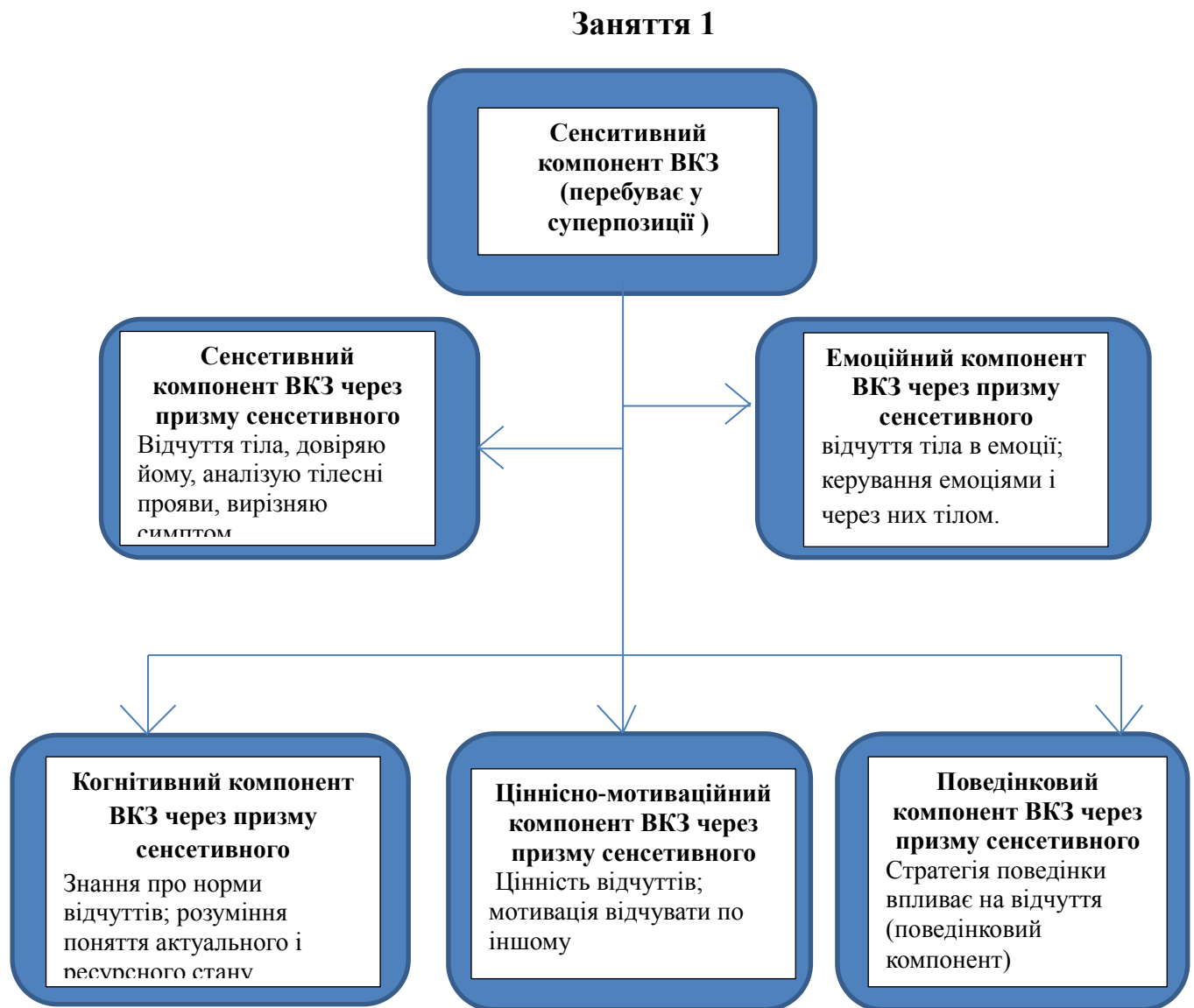


Рис.3.1 Модель побудови заняття, спрямованого на оптимізацію сенситивного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА

Зміст заняття 1

Мета: оптимізація ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА, а саме через сенситивний компонент (перебуває у суперпозиції). Серед пріоритетів заняття організація групової роботи, налагодження позитивної психоемоційної атмосфери, налагодження контактів між учасниками групи.

Таблиця 3.3 Заняття 1

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Мій образ»	— підготовка учасників до роботи, — створення позитивної атмосфери, — вивчення особливостей кожного.
2	Вправа «Шляхи здорового способу життя»	— формування розуміння суті здорового способу життя, того, в яких діях і поведінці воно проявляється.
3	Вправа «Створи себе»	— продовжити знайомство підлітків, — створити позитивну атмосферу.
4	Вправа «Супермаркет»	— формування навичок самоаналізу, самопізнання, рис характеру, які сприяють одужанню, — поглиблення знань одне про одного через розкриття якостей кожного учасника.
5	Вправа «Мої поради»	— навчитися відчувати своє тіло.

Друге заняття побудоване так, що у суперпозиції знаходиться емоційний компонент ВКЗ, а всі інші є підпорядкованими, і їх зміст розглядається через призму емоційного компоненту (Рис.3.2).

Зміст заняття 2

Мета: оптимізація ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА через роботу з емоційним компонентом, який перебуває у суперпозиції на занятті. Пріоритетом заняття є перетворення емоційної сфери у потужний ресурс самоудосконалення підлітка

Таблиця 3.4 Заняття 2

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Знайомство без слів»	— створення невимушеної, доброзичливої атмосфери.
2	Вправа «Вгадай емоцію»	— формування вміння розпізнавати різні емоції за мімікою, жестами чи інтонацією.
3	Вправа «Фантом»	— формування вміння відчувати емоції свого тіла.
4	Вправа «Маска»	— формування вміння усвідомлювати власні почуття та емоції.
5	Вправа «Як можна впоратися з негативними емоціями»	— формування вміння шукати цивілізовані способи «викиду» негативних емоцій.
6	Вправа «Позитивні емоції»	— закріпити позитивні емоції, отримані на

		занятті.
--	--	----------

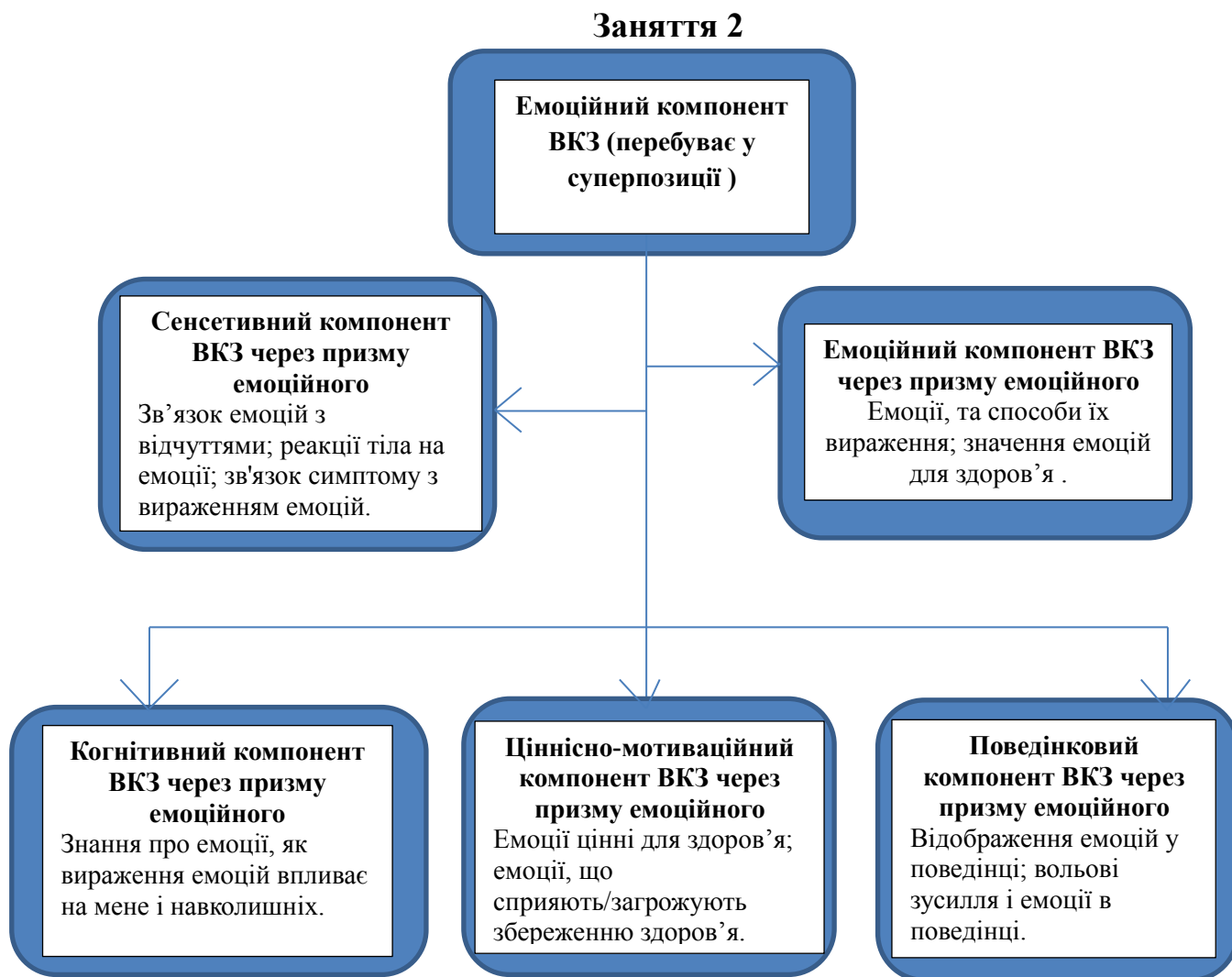


Рис.3.2 Модель побудови заняття, спрямованого на оптимізацію емоційного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА

Трете заняття побудоване так, що у суперпозиції знаходиться когнітивний компонент ВКЗ, а всі інші є підпорядкованими, і їх зміст розглядається через призму когнітивного компоненту (Рис.3.2). Оптимізація когнітивного компоненту ВКЗ має на меті і розвиток когнітивної сфери підлітка в цілому, підвищення цінності знань у всіх сферах життя.

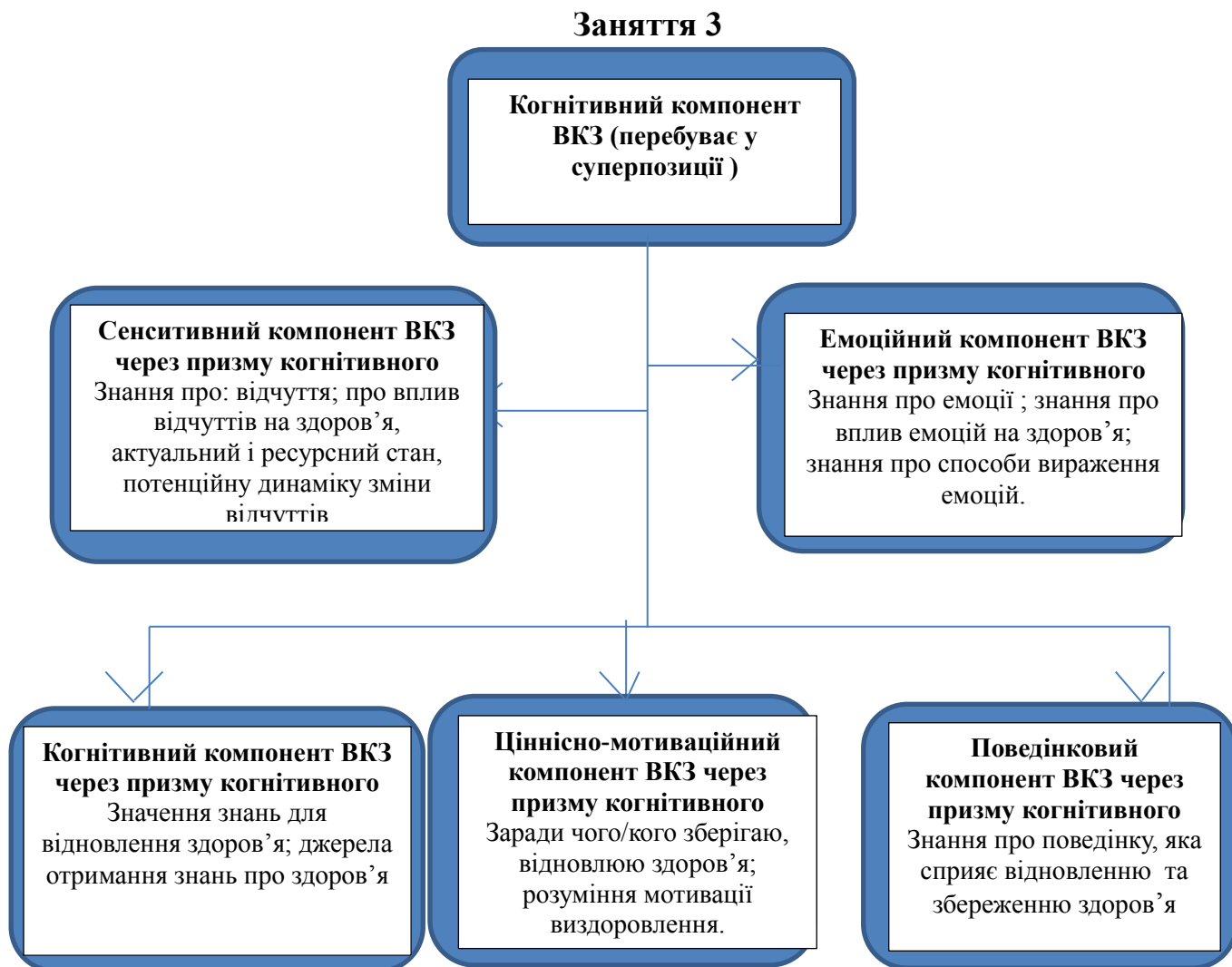


Рис.3.3 Модель побудови заняття, спрямованого на оптимізацію когнітивного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА

Зміст заняття 3

Мета: оптимізація ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату через активізацію когнітивного компоненту. Пріоритетом заняття є підвищення інтересу до знань про своє здоров'я та специфіку захворювання.

Таблиця 3.5 Заняття 3

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Ланцюжок імен»	— розвиток уважності один до одного.
2	Вправа «Визначення особистісного визначення поняття здоров'я»	— стимулювання когнітивних процесів

3	Вправа «Казка по колу»	– формування позитивного образу самого себе.
4	Вправа «Кроки до здоров'я»	– усвідомлення та осмислення життєво важливих рішень, які впливають на здоров'я

Четверте заняття побудоване так, що у суперпозиції знаходиться ціннісно-мотиваційний компонент ВКЗ, а всі інші є підпорядкованими, і їх зміст розглядається через призму ціннісно-мотиваційного компоненту (Рис.3.4).

Заняття 4

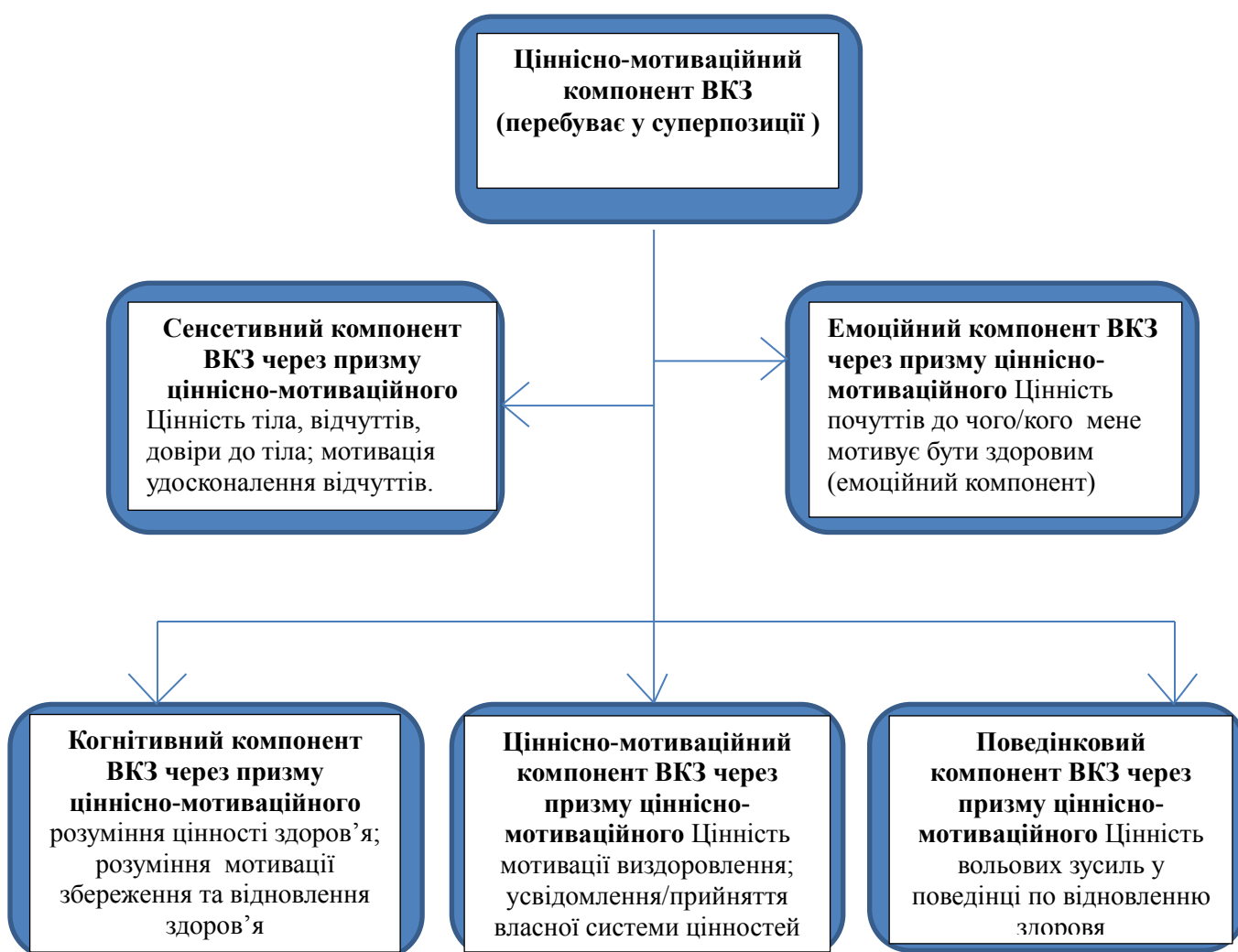


Рис.3.4 Модель побудови заняття, спрямованого на оптимізацію ціннісно-мотиваційного компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА

Зміст заняття 4

Мета: оптимізація ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату через активізацію ціннісно-мотиваційного компоненту. Пріоритетом заняття є активізація мотивації збереження та відновлення здоров'я, та підвищення цінності відповідальності за себе.

Таблиця 3.6. Заняття 4

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Що в імені?»	— створення в групі почуття довіри та захищеності.
2	Вправа «Я – щаслива людина»	— формування в учасників усвідомлення життєвих цінностей як основи бачення власної життєвої перспективи.
3	Вправа «Дорога здоров'я»	— сприяти формуванню відповідальності за своє здоров'я.
4	Вправа «Перешкоди»	— формування усвідомлення цінності свого здоров'я й прийняття особистої відповідальності за нього.
5	Вправа «Найцінніше, що є у моєму житті»	— усвідомлення власної системи цінностей.

П'яте заняття побудоване так, що у суперпозиції знаходиться поведінковий компонент ВКЗ, а всі інші є підпорядкованими, і їх зміст розглядається через призму сенситивного компоненту (Рис.3.5).

Зміст заняття 5

Мета: оптимізація ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату через оптимізацію та активізацію поведінкового компоненту. Пріоритетом заняття є переведення сукупності теоретичних знань та психроемоційних усвідомлень у конкретні дії які принесуть результат на рівні тіла. Заняття спрямоване на побудову проактивної позиції у сфері здоров'я.

Таблиця 3.7

№	Назва вправи	Терапевтична цінність
1	Вправа «Назви ім'я та покажи рух»	— розвиток внутрішньої розкутості.
2	Вправа «Модель здоров'я»	— актуалізувати розуміння здоров'я,

		складності його досягнення й збереження, – актуалізувати розуміння та необхідності дбайливого та відповідального ставлення до нього.
3	Вправа «10 заповідей здоров'я»	– звернути увагу учасників на власні звички та необхідність здорового способу життя – закріплення знань, отриманих на занятті.
4	Вправа «Корисна поведінка»	– формування свідомого ставлення до своєї поведінки.
5	Вправа «Запитання-відповіді»	– спрямування учасників на здоровий спосіб життя, – пошук і усвідомлення поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я.

Заняття 5



Рис.3.5 Модель побудови заняття, спрямованого на оптимізацію поведінкового компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА

Представлена програма по оптимізації ВКЗ є цілісною і може бути реалізованою через врахування означених вище психолого-педагогічних чинників оптимізації ВКЗ підлітка.

3.3 Оптимізація внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату: ефективність формувального експерименту

Ефективність програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, що описана вище, засвідчують результати її впровадження в практичну діяльність. Після проходження програми ми отримали показники ВКЗ і порівняли їх із показниками констатувального емпіричного дослідження, представленого у Розділі 2.

Порівняння якості життя здорових підлітків та підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату показало значну відмінність якості життя здорових та хворих підлітків. У ході дослідження було підтверджено, що вагомими причинами зниження якості життя хворого є вікові, індивідуально-психологічні відмінності та соціальні чинники. Опитувальник якості життя SF-36 використовувався нами до початку участі підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату у корекційній програмі і після закінчення занять (Табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Якість життя підлітків – здорових та з набутими вадами опорно - рухового апарату

	Підлітки віком 10-14 років (n=120)		
	Підлітки здорові (n=60)	Підлітки з набутими вадами ОРА	Підлітки з набутими вадами ОРА

		до реалізації програми (n=60)	після реалізації програми (n=60)
Фізичне функціонування (PF)	87±21	52±20	62±18
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	73±20	43±20	65±21
Інтенсивність болю (BP)	82±13	55±22	60±15
Загальний стан здоров'я (GH)	67±21	45±16	53±17
Життєва активність (VT)	76±15	44±17	66±16
Соціальне функціонування (SF)	82±17	45±21	60±20
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE)	82±27	47±25	63±20
Психічне здоров'я (MH)	74±16	51±24	67±23

Для наочного представлення відмінності результатів такого дослідження представляємо порівняльну діаграму (Рис 3.6)

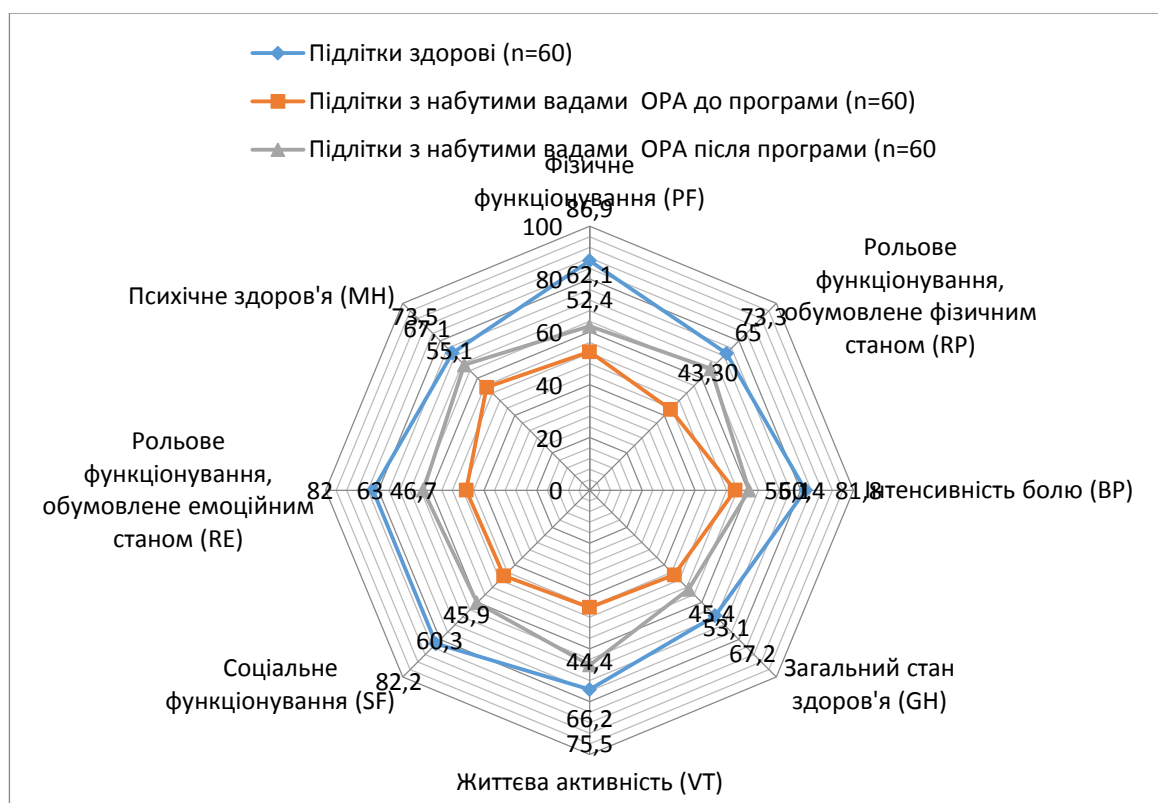


Рис.3.6 Показники якості життя підлітків з набутими вадами ОРА до участі у програмі психологічного супроводу та після участі за результатами опитувальника SF-36

Для перевірки достовірності ефективності програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків нами був використаний t-критерій Стюдента, що застосовують для порівняння показників двох груп, між елементами яких існує зв'язок, за його допомогою порівнюють параметри одних і тих самих осіб до і після формувального експерименту. Цей критерій використовують для порівняння показників одних і тих самих осіб до і після експерименту. Значення критерію Стюдента для рівнів довірчої (статистичної) значущості (p) згідно значень математичної статистики становить $t_{kp}=2,62$ для $p=0,01$; $t_{kp}=1,97$ для $p=0,05$. Результати обчислень наведено у табл. 3.4.

Результати статистичної перевірки доводять, що статистично значущими є зміни за всіма шкалами методики, окрім результатів за шкалою «Інтенсивність болю (ВР)» (1,44), що пояснюється тим, що програма не може впливати на особливість самого захворювання.

Звертає на себе увагу показник фізичного функціонування (PF), який до початку проходження програми становив 52 ± 20 балу. Так, підлітки вказували, що набута вада значно обмежує їхню активність, виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги та інше), вказували на зневіру у повному одужанні, на провину перед рідними. Це підтверджується і відповідями на запитання авторської анкети, які відображали сенситивний компонент ВКЗ. Після проходження програми оптимізації ВКЗ показники фізичного функціонування (PF) і зріс до 62 ± 18 (PF) бали, показник Стюдента значно перевищує критичний, за рівня значущості 99%.

Таблиця 3.9

Достовірність ефективності програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату за показником «Якість життя» за t-критерієм Стюдента

	Підлітки віком 10-14 років (n=60)		
	Підлітки з набутими вадами ОРА до реалізації програми (n=60)	Підлітки з набутими вадами ОРА після реалізації програми (n=60)	t-критерій Стюдента достовірно ефективності програми ($t_{кр}=2,62$ для $p=0,01$; $t_{кр}=1,97$ для $p=0,05$)
Фізичне функціонування (PF)	52±20	62±18	2,85
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	43±20	65±21	5,83
Інтенсивність болю (BP)	55±22	60±15	1,44
Загальний стан здоров'я (GH)	45±16	53±17	2, 63
Життєва активність (VT)	44±17	66±16	7,25
Соціальне функціонування (SF)	45±21	60±20	3,71
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE)	47±25	63±20	3,85
Психічне здоров'я (MH)	51±24	67±23	2,77

Примітки:

t-критерій Стюдента достовірно ефективності програми ($t_{кр}=2,62$ для $p=0,01$; $t_{кр}=1,97$ для $p=0,05$)

У відповідях повторно проведеного авторського опитувальника підлітки вказували на зниження у них рівня тривожності, покращення самопочуття, саморозуміння та самопізнання. Таким чином, спостерігаємо оптимізацію *сенситивного компоненту* ВКЗ.

Показники рольового функціонування під впливом фізичного стану (RP) до початку проходження програми перебували в діапазоні 43,3±20 бала. Підлітки вказували на прояви агресії у своїй поведінці по відношенню до родичів та здорових однолітків, і що їхня повсякденна діяльність значно обмежена їхнім фізичним станом. Після проходження психолого-педагогічної

програми оптимізації ВКЗ показники рольового функціонування (RP) підвищилися та становили 65 ± 21 бала. У відповідях повторного анкетування підлітки вказували на наявність у них знань про розуміння наслідків власної поведінки для здоров'я та розуміння і дотримання поведінки, яка сприяє зміцненню здоров'я. Таким чином, спостерігаємо оптимізацію *емоційного та поведінкового компонентів ВКЗ*.

Середній показник за шкалою болю (BP) у підлітків з набутими вадами ОРА на початку проходження програми становив $55,1 \pm 22$ бала. У відповідях на запитання авторської анкети підлітки суб'єктивно оцінювали наявність больових відчуттів через хворобу як таких, що заважають їм виконувати повсякденну діяльність, обмежуючи активність. А після проходження програми показник за шкалою болю (BP) збільшився до $60,4 \pm 15$ бала. Показник Стюдента становить $t_{\text{емп}} = 1,44$, відмінності не є значними.

Перед початком проходження програми підлітки з набутими вадами ОРА досить низько оцінили показник загального здоров'я (GH), який становив $45,4 \pm 16$ бала. Даний показник свідчив про наявність недовіри до видужання, знецінення прогресу реабілітації. При оцінці його після проходження програми показник зріс і складав $53,1 \pm 17$. При повторному анкетуванні (після участі у програмі) підлітки вказували на поглиблення своїх знань щодо способів підтримки і покращення здоров'я, а також прийняття життєво важливих рішень, які впливають на їхнє здоров'я. Підлітки вказували на високий рівень мотивації до одужання, підтримання «здорової поведінки», зниження рівня тривожності, покращення апетиту. Таким чином, спостерігається оптимізація *сенситивного та когнітивного компонентів ВКЗ*.

Показник за шкалою життєздатності (VT), який залежить від самопочуття підлітка, його настрою, відчуття повноти сил також був досить низьким ($44,4 \pm 17$ бала), що вказує на наявність страху за майбутнє як перед довготривалими процесами реабілітації, так і перед життєвим шляхом в

цілому. Після проходження програми оптимізації ВКЗ показник за шкалою життєздатності (VT) значно покращився і становив $66,2 \pm 16$ бала. На повноту сил та енергії після проходження програми вказують підлітки і в повторних відповідях на авторську анкету. Таким чином спостерігаємо оптимізацію *емоційного* компоненту ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА.

Сумарна шкала, яка характеризує соціальне функціонування під впливом фізичного та емоційного стану підлітка (SF), теж показала, що проходження програми оптимізації ВКЗ суттєво покращує її показники. Так, до проходження програми показник SF становив $45,9 \pm 21$ бала. Підлітки наголошували, що спілкування з дорослими могло супроводжуватися неприязню, що призводило до формування стійких комплексів неповноцінності, депресії; через набуті обмеження вони не в змозі повноцінно реалізувати потребу у спілкуванні з однолітками, що призводило до зменшення кількості товаришів та друзів. При опитуванні після проходження програми показник SF зріс до $60,3 \pm 20$ бала (показник Стюдента значно перевищує критичний, за рівня значущості 99%). Таким чином, спостерігаємо оптимізацію *сенситивного* та *емоційного* компонентів ВКЗ.

Оскільки під впливом фізичних вад у підлітків з набутими порушеннями ОРА суттєвих негативних змін зазнає емоційно-оцінковий складник Я-концепції, для таких дітей притаманні емоційні зриви і переживання криз, що проявляються у вигляді поведінкових та афективних розладів, тому і показник рольового функціонування під впливом емоційного стану (RE) теж був досить низьким до початку проходження програми оптимізації ВКЗ і становив $46,7 \pm 25$ бала, тоді як після проходження програми цей показник значно покращився і був у межах $63,0 \pm 20$ бала. Це підтверджується і відповідями на запитання авторської анкети, які відображали *емоційного* та *поведінкового* компонентів ВКЗ, де підлітки зазначали покращення свого емоційного стану та підвищення активності

власної поведінки. Відповідно спостерігаємо оптимізацію емоційного та поведінкового компонентів ВКЗ.

За шкалою самооцінки психічного здоров'я (МН) показники до відвідування тренінгових занять становили $55,1 \pm 24$ бала. Ці показники свідчили про наявність тривожних настроїв, депресії, психічного неблагополуччя у підлітків.

Після проходження програми показники психічного здоров'я (МН) зросли до $67,1 \pm 23$ бала. У відповідях на запитання анкети, які відображають показники емоційного компоненту ВКЗ, після впровадження експериментальної колекційної програми підлітки вказували на покращення самопочуття, наявність енергетичного резерву, зниження тривожності. Відповідно спостерігаємо оптимізацію *емоційного компоненту* ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА.

Таким чином, визначення якості життя за методикою SF-36 показало, що наявність набутої вади ОРА спричиняє поведінкові та емоційні проблеми, порушується соціальне функціонування і погіршується загальний стан здоров'я хворих підлітків. Спостерігаємо деструктивний вплив вади на сенситивний, емоційний, когнітивний, ціннісно-мотиваційний та поведінковий компоненти їх ВКЗ.

Важливим показником ефективності «Програми» є підвищення толерантності до фрустрації підлітка. Фрустрація як психічний стан, що виявляється у відчуттях напруження, тривожності, відчаю, у появі агресивності, зниженні узгодженості поведінки і рівня регуляції діяльності, може призводити до негативних характерологічних змін та неврозів [1 Шамне]. Вплив переживання стану фрустрації на розвиток особистості є особливо небезпечним у кризові періоди розвитку (підліткового віку) і особливо в період відновлення здоров'я. Оптимізація ВКЗ передбачає підвищення толерантності (стійкості) підлітка до фрустрації

Різні аспекти проблеми фрустраційних станів та реакцій розкриваються у роботах С. Розенцвейга, Ф. Ю. Василюка, М. Д. Левітова, Є. П. Ільїна, А. Шамне та інших.

Основною та найбільш відомою на сьогодні є методика вивчення фрустраційних реакцій, розроблена С. Розенцвейгом (Rosenzweig Picture – Frustration Study, PF Study). Малюнковий тест С. Розенцвейга має дві форми – дитячу та дорослу, що суттєво від різняться за змістом стимульного матеріалу.

Стимульним матеріалом тесту є схематичні контурні малюнки із зображенням різних фруструючих ситуацій, що відтворюють розповсюджені сценарії повсякденного життя людини. В нашому дослідженні було використано дитячу форму методики.

Процес обробки отриманих даних пройшов декілька стадій: підрахунок кількості реакцій (за типами і напрямком); побудова профілів підлітків; визначення зразків; аналіз наявних тенденцій; інтерпретація результатів. Загальна оцінка окремих категорій доповнювалася характеристикою окремих факторів, що дозволило визначити вклад кожного з них в сумарний показник і описати способи специфічного реагування у ситуаціях перепони або звинувачення. Підвищення або зниження оцінки по одній з категорій може бути пов'язане із завищенням (або відповідно заниженням) одного або декількох складників її факторів [1].

Тест Розенцвейга є структурованою методикою, спрямованою на певну царину поведінки, яка має відносно об'єктивну процедуру оцінки та більш доступна статистичному аналізу, ніж більшість проєктивних методик. Л. Ф. Бурлачук і С. М. Морозов, спираючись на дані зарубіжної літератури, наводять високі показники коефіцієнта ретестової надійності та валідності (особливо за параметром екстрапунітивності) [2, 3].

Методика складається з 15 малюнків (модифікація В. В. Добрякова (Додаток В). Всі ситуації, які зображені на малюнках, можна поділити на дві основні групи:

1) ситуації “перешкоди” (“егоблокінгові”, за термінологією С. Розенцвейга). В цих випадках перепона, персонаж або предмет фруструє якимось чином персонаж, що знаходиться на малюнку справа;

2) ситуації “звинувачення” (“суперегоблокінгові”). В цих ситуаціях персонаж, намальований справа, звинувачується в чомусь або його притягують до відповідальності. Процедура експерименту організовується згідно з інструкцією, яка додається до набору малюнків інструкцією, яка додається до набору малюнків.

Оцінка отриманих результатів, згідно з теорією С. Розенцвейга, здійснюється за напрямом реакції (агресії) та її типу.

За напрямком фрустраційні реакції поділяються на:

а) екстрапунітивні (extrapunitive) – реакції, спрямовані на живе або неживе оточення, в яких засуджується зовнішня причина фрустрації, або підкреслюється ступінь фруструючої ситуації; в комплексі з самозахисним типом заперечується власна вина особи у виникненні проблеми;

б) інтропунітивні (intropunitive) – реакції, спрямовані на самого себе з прийняттям провини або ж відповідальності за виправлення ситуації, яка виникла; у зв’язці з перешкоджаюче-домінантним типом ситуація по суті розглядається як благо. У відповідях може підкреслюватися причетність суб’єкта до фрустрації іншої особи;

в) імпунітивні (impunitive) реакції є такими, в яких фруструюча ситуація розглядається як щось несуттєве та незначне, тобто те, що може минути з плином часу само собою; звинувачення навколишніх осіб або самого себе повністю відсутні.

Для позначення описаних реакцій використовуються літери Е, І, М відповідно. Крім цього, існує поділ за типом реакцій:

- а) перешкоджаюче-домінантні (E,I,M);
- б) самозахисні (E,I,M);
- в) “дозвільні” (потребово-настійливі) (e,i,m).

Крім кількісної та якісної оцінок спрямованості і типу реакцій, у фруструючих ситуаціях на основі стандартних відповідей розраховується “показник групової конформності” (GCR), який дозволяє визначати ступінь соціальної адаптації індивіда.

Особі підліткового віку, яка фізично та психологічно відчуває себе дорослою людиною (“почуття дорослості”, статеве дозрівання), дійсно важко сприйняти як фруструючі ситуації, важливі для дитини дошкільного і молодшого шкільного віку. В сучасних соціокультурних умовах (розвиток суспільства інформаційних технологій, нові суспільно політичні та ідеологічні реалії, явище прогресуючої акселерації тощо) дитячий варіант методики фрустраційних реакцій С. Розенцвейга виявляється недостатньо чутливим за своїм змістом до соціально психологічних характеристик сучасних підлітків. А. Шамне доводить обмеженість та непрезентативність класичних варіантів методики при діагностуванні фрустраційних реакцій підлітків [78]. Існує багато модифікацій малюнкового тексту С. Розенцвейга.

Нами використано модифікацію В. В. Добрякова [19], а саме стимульний матеріал методики, який відповідає віковим особливостям підліткового віку за критеріями доступності, розуміння, значущості тощо. В запропонованій методиці зміст малюнків модифіковано щодо еталонних ситуацій тесту Розенцвейга. Стимульний матеріал нашої “підліткової” методики складається з 15 схематичних контурних малюнків, які відтворюють достатньо типові ситуації спілкування підлітка з ровесниками, батьками, вчителями.

Зміст питань був визначений з урахуванням вікових особливостей підліткового віку, зокрема, пов’язаних з виникненням потреб та мотивів (потреба бути дорослим, компетентним в особливостях свого захворювання,

потреба у визнанні своєї дорослості, у прийнятті референтною групою, у підтвердженні позитивного Я–образу тощо).

Персонажі, що діють у ситуаціях, розрізняються за статтю, віком та соціальним ролями. 10 тестових завдань кваліфікуються як ситуації “перешкоди”, 5 - як ситуації “звинувачення”.

Таблиця 3.10

Фактори класифікації відповідей в тесті Розенцвейга

Спрямованість реакції	Типи реакцій		
	<i>O-D</i> <i>Перешкоджаюче-домінантний</i>	<i>E-D</i> <i>Его-захисні</i>	<i>N-P</i> <i>Потребово-нестійкі</i>
Е-екстрапунітивна	Е – визначально виділяється, підкреслюється наявність фруструючої ситуації, перешкоди.	Е - звинувачення. Ворожість і т. п. Проявляється щодо зовнішнього оточення (іноді - сарказм): «Це Ви винні в тому, що сталося», «не повторюйте цього більше». Е - суб'єкт активно заперечує свою провину, проявляючи ворожість до обвинувача.	е - міститься вимога до іншої конкретної особи виправити фруструючу ситуацію: «Ви повинні вирішити це питання, допомогти мені».
І - інтропунітивна	І - фруструюча ситуація тлумачиться як сприятлива або як заслужена покарання, або ж підкреслюється сором через хвилювання інших інших.	І - звинувачення, осуд суб'єкт пред'являє самому собі: «Я винен в тому, що сталося». І - суб'єкт визнає свою провину, але заперечує відповідальність, посиляючись на пом'якшуючі обставини.	і - суб'єкт, визнаючи свою відповідальність, береться самостійно виправити становище, компенсувати втрати іншій особі

М - імунітивна	М - заперечує значущість або несприятливість перешкоди, обставин фрустрації	М - явно уникає осуду когось, об'єктивний винуватець фрустрації виправдовується суб'єктом	п - суб'єкт сподівається на благополучне вирішення проблем з часом, характерні поступливість і комформність.
----------------	---	---	--

В ході роботи з методикою була створена таблиця відповідей респондентів. Шляхом порівняння результатів, отриманих на вибірці до та після реалізації «Програми» виявлено зміну толерантності до фрустрації. Після аналізу отриманих даних були визначені частоти виділених факторів, що категоризують відповіді досліджуваних на кожну ситуацію тесту. Після первинної обробки даних ми виявили основні тенденції відповідей на кожну ситуацію тесту до та після впровадження «Програми».

Аналізуючи відносну частоту факторів, що зустрічаються серед відповідей досліджуваних на певну ситуацію тесту, можна зробити наступні висновки:

До впливу «Програми» найбільший процент відповідей підлітків стосувався фактора Е, це відповіді з екстрапунітивною реакцією із фіксацією на самозахисті – 39 дітей (65%); причому підлітки не тільки відразу підкреслювали наявність перешкоди (О-Д) – 33 дітей (53%), але звинувачували зовнішнє оточення (Е-Д) – 30 дітей (50%), висували вимоги до інших (N-P) – 27 підлітків (45%)

Після участі в «Програмі» відсоток відповідей з екстрапунітивною реакцією значно зменшився, до 30% - 18 підліток, причому підлітки, які фіксуються на перешкоді, майже перестали звинувачувати інших (Е-Д – 5%), у своїх твердженнях не висувають вимог до інших.

До впливу «Програми» за фактором І, з інтропунітивними реакціями ми зафіксували 18 підлітків (30%), причому більшість відповідей з фіксацією на самозахисті 13 дітей (22%); з фіксацією на перешкоді 12 дітей (20%) (Е-Д); реакцій (N-P), де суб'єкт визнає свою провину, не було.

Після впливу програми за фактором І значно збільшилася кількість реакцій, це 42 % – 25 підлітків. Фрустраційна ситуація тлумачиться як сприятлива, або заслужена, підлітки визнають провину об'єкта, але шукають пом'якшуючі обставини (20 % – 12 підлітків); з'явилися реакції, що відображають прийняття відповідальності, прагнення самостійно виправити ситуацію, компенсувати втрати іншому (22 % – 13 підлітків)

За фактором М (імунітивні реакції) до впровадження програми ми зафіксували тільки 5% відповідей підлітків, це відповіді з імунітивними реакціями з фіксацією на вирішенні проблеми.

Якщо до реалізації «Програми» дуже мало підлітків реагували за імунітивним типом, і навіть зафіксовані реакції стосувалися заперечення проблеми, фрустраційної ситуації, то після проходження «Програми» з'явилися реакції, коли об'єкт не осуджує інших (E-D) (28% – 17 підлітків). Зафіксовані реакції типу m, коли суб'єкт сподівається на благополучне вирішення проблем з часом, проявляє поступливість, підліток шукає компромісу, його поведінка є дещо конформною (20 % – 12 підлітків).

Збільшення толерантності до фрустрації підлітка є наслідком оптимізації ВКЗ в цілому та кожного з компонентів зокрема. Будучи більш компетентним у сфері здоров'я, отримавши досвід довіри до свого тіла та навички керування своїми емоціями, підліток екстраполює ці знання і його реакції стають більш конгруентними, що відображається на толерантності до фрустрації.

Після участі у заняттях, спрямованих на оптимізацію кожної з компонентів ВКЗ, показники якості життя у підлітків були достовірно вищі, ніж до відвідування занять. Аналіз показників якості життя та психофізіологічного функціонування за опитувальником SF-36 дозволив виявити позитивний ефект від відвідування корекційних занять. Покращилися показники якості життя, а також самопочуття, активність, настрій.

Розроблена система психологічного супроводу показала свою високу ефективність, що зумовлено її комплексністю та індивідуальним підходом до формування програми психологічної корекції дезадаптивних типів ВКЗ та оптимізації психоемоційного стану хворих підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату.

Програма чинить сприятливий вплив на психоемоційний стан підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, рівень їхньої психо-соціальної адаптації і зменшує частоту соматичних проявів гострих та хронічних захворювань, а, отже, сприяє корекції негативних проявів, викликаних викривленням ВКЗ.

Підсумовуючи результати реалізації психолого-педагогічної програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату можемо констатувати наступне:

1. Психологічний супровід підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату на етапі реабілітації є затребуваним та вимагає системного підходу. Такий супровід може бути здійснений через побудову програм оптимізації ВКЗ.

Психологічними чинниками внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, якими є:

- 1) проактивна позиція у сфері здоров'я, здатність до саморегуляції, пов'язані з сенситивним компонентом ВКЗ;
- 2) система ціннісних установок і орієнтацій щодо здоров'я, компетентність у сфері власного здоров'я, пов'язані з поведінковим, ціннісно-мотиваційним та когнітивним компонентами ВКЗ;
- 3) емоційно-мотиваційна компетентність, здатність до програмування своїх дій і поведінки, пов'язані з емоційним, когнітивним, ціннісно-мотиваційним та поведінковим компонентами ВКЗ;

4) адекватність самооцінки і рівня домагань у сфері власного здоров'я, пов'язаний з ціннісно-мотиваційним та емоційним компонентами ВКЗ;

5) здатність до оцінювання та корекції способів досягнення результату відновлення та збереженні здоров'я, пов'язаний з ціннісно-мотиваційним, поведінковим та когнітивним компонентами ВКЗ;

6) фрустраційна толерантність та здатність до рефлексії, пов'язані з когнітивним та поведінковим компонентами ВКЗ.

Авторська програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату актуалізує педагогічні чинники її корекції: вправи із застосуванням арттерапії, тілесно-орієнтованої терапії, музикотерапії, психотерапії.

2. Програма спрямована на формування в підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату навичок і вмінь подолання труднощів, пов'язаних із хворобою; підвищення толерантності до фрустрації; підтримку зусиль, спрямованих на оптимізацію ВКЗ, і мотивації до ведення здорового способу життя; підвищення інформованості про здоров'я й хворобу; розширення ресурсів і можливостей, необхідних для покращення якості їхнього життя.

Програма розроблена з урахуванням особливостей розвитку ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, їхніх психологічних характеристик і мікросоціальних умов, які детермінують ВКЗ. Застосування авторської програми на етапі психологічної реабілітації полягає в емоційній підтримці, відновленні емоційної рівноваги; розвитку самоповаги, впевненості та ініціативності; розкритті ресурсів; мобілізації особистості до життєвої активності.

3. Ефективність програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату підтверджують показники стандартизованих методик, аналіз бесід і самозвітів досліджуваних.

Програма сприяла формуванню в підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату активної відповідальної позиції стосовно збереження й зміцнення свого здоров'я. Завдяки засвоєнню підлітками навичок прийняття рішень, розвитку активності й незалежності в них спостерігають позитивні тенденції зміни очікувань, наявність установки на самореалізацію, зростання цілеспрямованості.

Доведено, що результативність авторської програми залежить від індивідуально-психологічних особливостей досліджуваних, рівня усвідомлення ними мети й завдань роботи, мотивації участі.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено узагальнення теоретичних та емпіричних результатів дослідження психолого-педагогічних чинників оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, що дало змогу дійти таких висновків:

1. Необхідною умовою досягнення благополуччя та покращення якості життя підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є вивчення суб'єктивної сторони здоров'я. Ставлення до здоров'я характеризується поняттям «внутрішня картина здоров'я» – складним динамічним утворенням у самосвідомості людини, що містить суб'єктивне уявлення про своє здоров'я; усвідомлення своїх біологічних ресурсів і можливостей; самооцінку здоров'я, способи його підтримання та збереження; емоційні переживання, пов'язані зі здоров'ям. Аналіз основних підходів до вивчення ВКЗ доводить, що вона формується у процесі розвитку особистості й зумовлюється психологічними особливостями кожного вікового періоду, станом здоров'я та ставленням оточення.

2. Стратегія емпіричного дослідження ВКЗ полягала в покроковому аналізі компонентів ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату (сенситивного, когнітивного, емоційного, ціннісно-мотиваційного та поведінкового). Встановлено, що сенситивний компонент підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату пов'язаний з наявністю гарного самопочуття, відчуття активності, бадьорості. Ціннісно-мотиваційний компонент ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату характеризується тим, що вони розглядають здоров'я як найбільшу цінність, яка, на їхню думку, частково залежить від матеріального добробуту людини. У підлітків розвивається прагнення до самореалізації, виражене через волю до здоров'я. Вони поповнюють і уточнюють знання про здоров'я та особливості хвороби, відображені в когнітивному компоненті. Починаючи з підліткового віку, діти наголошують, що для того, щоб бути здоровими, їм

потрібно самим піклуватися про своє здоров'я. Поведінковий компонент внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату пов'язаний із їхньою активною позицією стосовно одужання. Зміни періоду статевого дозрівання позначаються на емоційному компоненті й у поведінці за типом «дратівливої слабкості», тому підлітки схильні вбачати причини погіршення здоров'я у зовнішніх чинниках, що проявляється в неврастенічному чи паранояльному типах ставлення до хвороби.

3. Емпіричне дослідження особливостей розвитку внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату свідчить, що необхідним є збільшення диференційованості уявлень про здоров'я, відповідальності, автономності та опори на особистий досвід під час вибору стратегій поведінки щодо покращення здоров'я. Доведено, що оптимізації потребують усі компоненти ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, а саме: *сенситивний компонент* (пригнічення, тривожність, апатія, проблеми з апетитом, недовіра до тіла, дискомфорт, чутливість до болю), *емоційний компонент* (занижена самооцінка, втрата віри у швидке чи повне одужання, агресія до себе, рідних, здорових однолітків, образа на світ, неадекватна оцінка власного здоров'я, почуття провини перед рідними), *когнітивний компонент* (страх перед зусиллями, необхідними для одужання, низька самомотивація на одужання, переоцінка ролі здоров'я для власного соціального життя, неадекватна оцінка своїх досягнень), *ціннісно-мотиваційний компонент* (неприйняття реальної ситуації, зміщений локус контролю за здоров'я і життя в цілому, амбівалентні стосунки з рідними, страх перед новими контактами, міфологічність мислення, зміщення уваги в минуле, знецінення теперішнього, страх перед майбутнім), *поведінковий компонент* (несамостійність, у залежненість від батьків, занижена активність, безініціативність у поведінці, спрямованої на відновлення здоров'я, прояви агресії у поведінці). За всіма компонентами ВКЗ підлітки з набутими вадами

опорно-рухового апарату значуще відрізняються від своїх здорових ровесників.

4. Розроблена програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітка з набутими вадами опорно-рухового апарату є комплексною, побудованою на основі міждисциплінарного підходу з урахуванням індивідуальних потреб і ресурсів одужання. Програма розроблена з урахуванням особливостей розвитку ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА, їхніх психологічних характеристик і мікросоціальних умов, які детермінують ВКЗ. При побудові програми були враховані психологічні чинники оптимізації ВКЗ підлітків з вадами ОРА зокрема: проактивна позиція у сфері здоров'я, здатність до саморегуляції; система ціннісних установок і орієнтацій щодо здоров'я, компетентність у сфері власного здоров'я; емоційно-мотиваційна компетентність, здатність до програмування своїх дій і поведінки; адекватність самооцінки і рівня домагань у сфері власного здоров'я; здатність до оцінювання та корекції способів досягнення результату відновлення та збереженні здоров'я; фрустраційна толерантність та здатність до рефлексії.

Педагогічними чинниками оптимізації сенситивного, емоційного, когнітивного, ціннісно-мотиваційного та поведінкового компонентів ВКЗ підлітків з набутими вадами ОРА є вправи з розряду арттерапії, тілесно-орієнтованої терапії, музикотерапії, психотерапії.

Ефективність програми оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату підтверджують порівняльні результати констатувального і контрольного етапів формувального експерименту.

Подальшу перспективу досліджень убачаємо в уточненні чинників оптимізації ВКЗ підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату та перенесення досвіду її корекції на роботу з підлітками, які мають інші набуті функціональні порушення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология . Москва: Академ, проект, 2001. 704 с.
2. Аверин В.А. Психология детей и подростков: учеб. пособие. - 2-е изд., переработанное. Санкт-Петербург: Изд- во Михайлова В.А., 1998. 379с.
3. Агарков В.А. Агарков В.А. Диссоциация и посттравматический стресс. Тарабрина Н. В., Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Калмыкова Е.С., Макаrchук А.В. и др. *Психология посттравматического стресса* под ред. Тарабриной Н.В., Москва: Когито-Центр, 2001. С. 76-94
4. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация : пограничные нервно-психические расстройства. Москва: Наука, 1976. 269 с.
5. Аршава І. Ф., Корнієнко В. В. Особливості гармонізації "образу-я" підлітків з патологією опорно-рухового апарату. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 32(2). С. 264-272.
6. Балакірева О. М. Моніторинг і оцінка діяльності з формування здорового способу життя. Київ: Укр. ін-т соц. досліджень, 2005. 152 с. (Формув. здорового способу життя молоді).
7. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене: монография. Москва: Медицина, 1976. 186 с.
8. Бернс Р. Я-концепция и воспитание. Москва, 1989. С. 169.
9. Беспалько В. Слагаемые педагогической технологии. Педагогика, 1989. 223 с.
10. Бех И. Д., Т. В. Воронцова, В. С. Пономаренко, С. В. Страшко. Основы здоровья: учебник для 6-го кл. общеобразов. уч. зав. Київ: Изд-во «Алатон», 2014. 200 с.
11. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов / под ред. С. Н. Бокова. Воронеж, 1995. 640с.

12. Блюм В.В. Структура внутренней картины здоровья у школьников: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04; Санкт-Петербург, 2011. 25 с.
13. Бовина И. Б. Представление о здоровье и болезни в молодежной среде. Вопросы психологии. 2005. № 3. С. 90 – 97
14. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. Санкт-Петербург: Речь, 2006. 440 с.
15. Боднар В. І. Психологічне попередження виникнення та подолання внутрішньо-особистісних конфліктів у підлітковому віці (на прикладі тренінгової програми "Учимося конструктивно вирішувати конфліктні ситуації") *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*, 2015. Вип. 6. С. 69-74.
16. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. (Психологическое исследование). Москва, 1968. 464 с.
17. Бойченко Т. Здоров'я як категорія: понятійна специфікація у валеології, медицині і педагогіці. *Вісник Інституту розвитку дитини. Сер.: Філософія, педагогіка, психологія*. 2014. Вип. 35. С. 69-75.
18. Борщевська Л. В., Зіброва А. В, Іванова І. Б. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами. Київ, 1999. С. 145-147.
19. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
20. Булах І.С. Психологія особистісного зростання. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2003. 340 с. Бібліогр.: С. 318-336.
21. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 528с.
22. Вакуленко О. В. Теоретичні стратегії і моделі профілактики негативних явищ та ФЗСЖ. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 11: Соціальна робота. Соціальна педагогіка*. 2017. Вип. 23. С. 14-19.

23. Вакуленко О. В. Умови та спосіб життя молоді як чинники ризику та збереження здоров'я. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 11 : Соціальна робота. Соціальна педагогіка*, 2018. Вип. 24(1). С. 34-40.

24. Вікова і педагогічна психологія. О. В. Скрипченко, Л. В. Долінська, З. В. Огороднійчук та ін. 2-е вид., допов. Київ: Каравела, 2009. 400 с.

25. Вікова психологія / за ред. Г. С. Костюка. Київ: Рад. шк., 1976. 269 с.

26. Володарська Н. Д. Модель життєвих стратегій особистості з вадами здоров'я: способи оптимізації практикування в рекреаційній системі. *Наука і освіта*, 2016. №9. С. 36-41.

27. Выготский Л.С. Психология развития человека. Москва: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.

28. Гасюк М. Б., Дзюбинська М. Я. Домінуючий психоемоційний стан матері дитини, хворої на епілепсію: емпіричне дослідження. Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць. Кам'янець-Подільський, 2017. С. 83-94.

29. Гасюк М. Гринів О. Суб'єктивне сприйняття теперішнього, минулого та майбутнього у структурі психологічного благополуччя особистості. *Соціальна психологія: наук. Журнал*, 2013. № 55. С. 10-16.

30. Гасюк М. Дзюбинська М. Оцінка якості життя батьків дітей хворих на епілепсію. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського: збірник наукових праць. Психологічні науки*. 2017. №1(17) квітень. Миколаїв, 2017. С. 47-51.

31. Гасюк М. Етапи психологічного супроводу хворого у кардіологічному відділенні / International Research and Practice Conference “Modern Methods, Innovations and Operational Experience in the Field of Psychology and Pedagogist”. Lublin, Republic of Poland, October 2017, 20-21, P 215-219.

32. Гасюк М.Б. Роль внутрішньої картини здоров'я в лікуванні та реабілітації соматично хворого. *Збірник наукових праць. Теорія і практика сучасної психології. Класичний приватний університет*. Запоріжжя. 2019. Т.1, №1. 124-129.

33. Гасюк М. Чайка Я. Психологічна допомога людям, які переживають постравматичний стресовий розлад. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ, 2014. Том 11, вип.13. С.135-140.

34. Гасюк М. Б. Гринів О. М. До питання психотерапевтичної роботи з клієнтом із психосоматичною симптоматикою. *Інститут психології імені Г. С. Костюка АПН України. Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. 2011. Т.11, №5. С. 125-232.

35. Гасюк М. Б., Нестерак Р. В. Внутрішня картина здоров'я хворих, що перенесли ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда: емпіричне дослідження. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія психологічні науки*, 2018. Вип.2. С.149-155.

36. Гасюк М. Б. Нестерак Р. В. Значення навчання та психологічного супроводу хворих на ІХС на етапах реабілітації та відновного лікування. *International research and practice conference. Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine*. April 28-29, 2017. Lublin, 2017 С.190-192.

37. Гасюк М. Б., Щурик І. М. Особливості психологічної корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія психологічні науки*, 2018. Вип.5. С.260-265.

38. Грецов А. Г. Арт-терапевтические техники в психологических. *Адаптивная физическая культура*. 2004. № 2 (18). С. 36-37.

39. Дзюбинська М. Я. Формування внутрішньої картини здоров'я у дітей хворих на епілепсію. *Актуальні проблеми психології: Психологія*

особистості. *Психологічна допомога особистості: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2015. Т. 11, Вип. 15. С. 127-135.

40. Діагностика психосоціального розвитку та фрустраційних реакцій підлітків в сучасних соціокультурних умовах. URL: <http://problemps.kpnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/58/2017/06/9-78.pdf>.

41. Долинська Л. В., Пенькова О. І. Ціннісна обумовленість сімейної взаємодії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки*, 2012. Вип. 38. С. 84-90. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2012_38_14.

42. Дорожевець А.Н. Когнітивні механізми адаптації до кризових подій. *Психолог*, 2004. № 17 (травень). С. 20-29.

43. Дружинин В. Н. Экспериментальная психология: учебное пособие. Москва: ИНФРА-М, 1997. С. 130-132.

44. Дубровина И. В. Психическое здоровье детей. Москва: Академия, 2000. 256 с.

45. Дуванова, С. П. Основы специальной педагогики и психологии: учебное пособие для вузов. Санкт-Петербург: Питер, 2010. 304 с.

46. Єжова О.О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я у юних хортингістів. *Хортинг у фізично-духовному розвитку особистості: збірник наукових праць*. Київ, 2014. № 1. С. 10 – 20.

47. Жаліло Л. Стан здоров'я дітей і молоді України. URL: <http://www.health.gov.ua/publ/conf.nsf>.

48. Запорожец А. В. Значение ранних периодов детства для формирования детской личности. *Избранные психологические труды*: в 2 т. Москва, 1986. С.56-78.

49. Зубкова І. Ю. Зубкова І. Ю. Психологічні особливості Я-образу вчителя професіонала за структурними компонентами цілісної моделі. *Практична психологія та соціальна робота*, 2003. № 5. С. 4–11.

50. Исаев Д. Н. Отношение родителей и болезнь ребенка. Психосоматическая медицина детского возраста. Санкт-Петербург, 1996. С. 341–344.
51. Исаев Д. Н. Половое воспитание детей: медико-психологические аспекты. Изд. 2-е, перераб. и доп. Ленинград: Медицина, 1988. 160 с.
52. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. Санкт-Петербург, 1996. 454 с.
53. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 400 с.
54. Иванова І. Б. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ПВП «Задруга», 2011. 416 с.
55. Иванова І.Б. Концепції нормалізації в інтегрованому соціальному середовищі. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : зб. наукових праць*. Київ: Університет «Україна». № 11 (13). С. 10-26.
56. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида. Психогенные и психосоматические расстройства: тезисы научной конференции 24-25 ноября 1988 г. Часть 1. Тарту, 1988. С. 201-204.
57. Каган В. С. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? *Вопросы психологии*. Санкт-Петербург, 1993. № 1. С. 124-130.
58. Калдеш Д. Внутренний мир травмы. М.: Академический прехт, 2001. С. 126-141.
59. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев: Выща школа, 1987. С. 145-178.
60. Клопота Е.А. Факторы, влияющие на формирование «Я-образа» личности. *Социальные технологии: актуальные проблемы теории и практики*. 2005. № 26. С. 166-173.
61. Клопота Є.А. Тренінг самопізнання та саморозвитку: навчальний посібник під грифом МОН України. Запоріжжя : ЗНУ, 2013. 208 с.

62. Ковальчук А.М. Ковальчук А. М. Внутрішня картина здоров'я у підлітків і юнаків, які входять до «групи ризику»: автореф. дис. канд. психолог. наук: 19.00.04. /КНУ ім. Шевченка. Київ, 2004. 20 с.
63. Ковальчук М. А. Девиантное поведение : прифилактика, коррекция, реабилитация: учебно-методическое пособие. Серия: Библиотека психолога. Москва: ВЛАДОС, 2014. 286 с.
64. Коган Б. М., Абрамова О.В. Особенности нейропсихологической диагностики детей раннего возраста. *Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева*. Казань, 2011. Т. 43. № 3. С. 55-61.
65. Комер Р. Основы патопсихологии. *Fundamentals of Abnormal Psychology*. 2001.
66. Коркина М. В., Марилов В. В. Принципиальные вопросы развития и профилактики психосоматических расстройств. *Актуальные проблемы пограничной психиатрии (Тез.докл.)*. Москва: Витебск, 1989. С 68-105.
67. 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 імені Лесі Українки, 2011. 316 с
68. Красильников Г. Т., Красильников Г. Т., Сыч Л. Н., Галина Л. Л. Внутренняя картина здоровья как медико-психологическая проблема. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 1996. № 2. С. 19 – 21.
69. Кришталь В. В., Михайлов Б. В. Концепция образования медицинских психологов. *Мед. Исслед*, 2001. №1. Т. 1, вып. 1. С. 87-88.
70. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: науково-методичний збірник. Ред. Кол.Н. Софій, І Єрмаков та ін. Київ: Контекст, 2000. - 336 с.
71. Кукуруза А. В., Кириллова Е. А., Беляева Е. Э. Характеристика внутренней картины здоровья подростков с соматической патологией. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2011. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).

72. Кулагина И. Ю. Возрастная психология. Москва: УРАО, 1999. 176 с.
73. Купрєєва О. И. Методика диагностики отношения к другому людей с инвалидностью. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць*. Київ: Університет "Україна", 2004. С. 301 – 307.
74. Купрєєва О. І. Особливості "Я-концепції" дорослих інвалідів з ампутаційними дефектами кінцівок: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.07. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2003. 20 с.
75. Л. В. Пасічняк, І. М. Щурик. Проблеми впровадження елементів спортивної анімації у програми психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка. Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт*, 2015. Вип. 129. Т.І. С. 199–202.
76. Лебединський В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. Москва: Изд-во МГУ, 1990. 196 с.
77. Левченко І. П., Матюша І. К. Про суть і зміст трудового виховання. *Рад.школа*, 1971. №1. С.25 – 30.
78. Леонтьев А. Н., Л. С. Выготский. Москва, 1990. 124 с.
79. Липа В. В., Липа В. О. Формування життєвих компетенцій дітей з особливими освітніми проблемами. *Гуманізація навчально-виховного процесу: збірник наукових праць (Спецвипуск)*. Слов'янськ, 2006. С. 139 – 145.
80. Литвак А. Г., Сорокин В. М., Головина Т. П. Практикум по тифлопсихологии: учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. Москва: Просвещение, 1989. 110 с.
81. Лісова О.С. Внутрішня картина здоров'я. *Психологія. Збірник наукових праць. НПУ імені М.П.Драгоманова*. Київ, 2002. Вип. 15. С. 69 – 77.
82. Лісова О.С. Гендерні особливості внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу шлунку і 12-палої кишки. *Гендерні стереотипи*

індивідуального здоров'я: Мат. Між нар. наук.-практ. конф. (3 жовтня 2007 р., м. Луцьк). Луцьк, 2007. С. 121 – 128.

83. Лісова О.С. Зміна внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу у процесі лікування. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: зб. наук. праць. Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету. Серія: Психологія. Рівне, РДГУ, 2006. Вип. 33. С. 107 – 112.*

84. Лісова О.С. Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я в осіб з виразковою хворобою: автореф. дис. 19.00.04. Харків, 2008. 20с.

85. Ложкін Г. В. Толкунова І. В. Психологія здоров'я: визначення поняття. *Наук. зап. Терноп. держ. пед. у-ту. Сер.: Педагогіка, 2000. № 7. С. 23–29.*

86. Любота В. В., Солопай С. В., Біланик Н. В., Пшенічна В. С. Інтегрований театр для молоді з розумовою відсталістю. Київ, ІКЦ "Леста", 2002. 48 с.

87. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. Санкт-Петербург, 2001. 220 с.

88. Мамайчук И. И. Психологические аспекты здоровья ребенка. *Психологические и этические проблемы детства. Санкт-Петербург, 1993. С. 5–13.*

89. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. Москва: Просвещение, 1992. 95 с.

90. Махортова Г. Х. Зависимость эмоциональных переживаний детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста от характера внутрисемейных отношений: дис.канд.психол.наук. Москва, 2006. – С. 155 – 165.

91. Машилов К. В., Машилов К. В., Жигарева Е. Б., Коган Б. М. Психологические особенности подростков, страдающих эпилепсией. *Системная*

психология и социология: Всероссийское периодическое издание научно-практический журнал. Москва, 2011. № 4 (II). С. 33 – 36.

92. Менделевич В.Д. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. Москва, 2002. 592с.

93. Місяк С. А. Критерії ефективності реабілітації онкологічних хворих. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: зб. наук. праць*. Київ: Університет "Україна", 2004. С. 509 – 514.

94. Місяк С. А. Організація освіти осіб з фізичними вадами в Україні. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: тези доповідей*. Київ: Університет "Україна", 2005. С. 284 – 285.

95. Мухина В. С. Возрастная психология. Феноменология развития. Москва, 2007. 640 с.

96. Мушкевич М. І. Наукові підходи до сім'ї з проблемною дитиною *Психологічні перспективи. Вип. 21/ Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки; Інститут соціальної та політичної психології АПН України ; гол. ред. ради М. Слюсаревський. Луцьк, 2013. С. 164–175.*

97. Налгаджян А. Агрессивность человека. Санкт Петербург: Питер, 2007. 376 с.

98. Немов Р. С. Психология: учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн. Кн. 2. Психология образования. Москва, 1997. 608с.

99. Нестерак Р В., Гасюк М.Б., Вакалюк І.П. Авторське право на твір «Програма психологічної реабілітації кардіологічних хворих шляом оптимізації внутрішньої картини здоров'я» № 75681, зареєстроване 29.12 2017 .

100. Нижник Л., Сагірова О. Допомога дітям з особливими потребами. - К.: Ред. загальнопед. газ., 2004. - 120 с.

101. Никандров В.В. Экспериментальная психология: учебное пособие. Санкт-Петербург, 2003. 480 с.

102. Обухова Л. Ф. Возрастная психология: учебник. Москва, 2001. 442с.

103. Оржеховська В. Педагогіка здорового способу життя. *Шлях освіти*. 2004. № 7. С. 11–12.
104. Петрова І. В. Проектування в соціально-культурній сфері: Навчальний посібник. Київ: Вид-во КНУКіМ, 2007. 372 с.
105. Поліщук В. М. Вікова та педагогічна психологія. Суми, 2007. 330 с.
106. Психологія здоров'я: учебник для вузов/ под ред. Г. С. Никифорова. Санкт-Петербург, 2006. 607 с.
107. Психологія здоров'я людини/ Г. В. Ложкін, В. І. Носков, І. В. Толкунова. Севастополь: Вебер, 2003. 257 с.
108. Психотерапия детей и подростков/ под ред. Х. Ремшмидта. Москва, 2000. 656 с.
109. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. Санкт-Петербург, 2000. С.85-97.
110. Реан А. А. Психология человека от рождения до смерти. Санкт-Петербург : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 656 с.
111. Резникова Т. Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни». *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике*. Ленинград, 1983. С. 112-145.
112. Романенко О. В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.08/ Ін-т спеціальної педагогіки АПН України. - Київ, 2003. 18 с.
113. Романова О. Л., Романов О.В. Социология и психология управления. Москва: Экзамен, 2002. С.56-60.
114. Ромек В. Г. Психологические особенности уверенной в себе личности. Учебн. пособие. *Социальная психология личности в вопросах и ответах*. Москва: Гардарики, 1999. С. 207–226.
115. Ромек В. Г. Тренинг поведения: теория и практика. Учебно-методическое пособие. Ростов-на-Дону: Изд-во ЮРГИ, 1999. 81 с.

116. Ромек В. Г. Уверенность в себе: этический аспект. *Журнал практического психолога*, 1999. №9. С. 3–13
117. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 "Дефектология". 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Просвещение, 1979. 192 с.
118. Савчин М. В, Василенко Л. П. Вікова психологія. Київ: Академвидав, 2006. 360 с.
119. Селигман М. Э. Новая позитивная психология: научный взгляд на счастье и смысл жизни. Москва: София, 2006. С. 123 – 130.
120. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва, 1982. С. 52 – 83.
121. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. Москва, 2002. С. 34 – 55.
122. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка. Ч. 1 Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофрено-педагогіки): підручник. Київ: Вид-во НПУ ім. Драгоманова, 2007. 238 с.
123. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основы дефектологии: навч. посібник. Київ: Вища шк., 1994. 143 с.
124. Синьова Є. П. Тифлопсихологія: Підручник. Київ: Знання, 2008. 365 с.
125. Смирнов В. М., Резникова Т. Н. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни. *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике: [под ред. М. М. Кабанова, А. Е. Личко, В. М. Смирнова]*. Ленинград: Медицина, 1983. С. 38 – 62.
126. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Москва, 1995. 360 с.
127. Соколова К. Соціальна адаптація та реабілітація обдарованих підлітків і молоді з особливими потребами в області [Електронний ресурс]. *Молодь*. Бібліотека. Книга. (Інформаційний бюлетень) – Вип. 8.

128. Сущенко Л.П. Соціальні технології культивування здорового способу життя людини. Запоріжжя: ЗДУ, 1999. 308 с.
129. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 272 с
130. Тараненко Н. Е. Внутренняя картина болезни у детей с хроническими соматическими заболеваниями. *Практична психологія і соціальна робота*. 2002. № 2. С. 48 – 50.
131. Теплов Б. М. Проблемы индивидуальных различий. Москва, 1981. 25 с.
132. Тест Розенцвейга (детский и взрослый варианты): Учебно-методическое пособие. Санкт-Петербург: Издательство «Речь», 2002. 62 с.
133. Торохтий В. С. Внутрисемейная адаптивность и эмоциональная удовлетворенность как значимые показатели психологического здоровья семьи. *Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы*. 1997. №3. С. 30 – 37.
134. Трофимова Н. М., Дуванова С. П., Трофимова Н. Б., Пушкина Т. Ф. Основы специальной педагогики и психологии. Санкт-Петербург: Питер, 2005. 304 с.
135. Трубицына Л. В. Переживание травмирующего события как проблема психологии личности: автореф. дис. канд. психол. наук. Москва, 2005. С.10 – 15.
136. Трубицына Л. В. Процесс травмы. Москва, 2005. С.11 – 14.
137. Трухін І. О. Соціальна психологія спілкування: Навчальний посібник. Київ: Центр навч. літератури, 2005. 336 с.
138. Туріщева Л. В. Психологічні тренінги для школярів. Харків: Вид. група «Основа», 2010. 124 с.
139. Турубарова А. В. Особливості професійного спілкування психолога з підлітками-інвалідами. *Професіоналізм особистості: теоретико-*

методологічний аспект: Монографія. Під ред. В. Й. Бочелюка. Запоріжжя: ГУ "ЗІ-ДМУ", 2007. С. 219 – 232.

140. Турубарова А. В. Психолого-педагогічні аспекти відношення до підлітків з фізичними вадами. *Соціально-економічний розвиток України: європейський вибір: Матеріали VII Міжнародної наукової конференції студентів та молодих учених: У 2 ч.* Мелітополь: ГУ "ЗІДМУ", 2007. Ч. 2. С. 292 – 293.

141. Турубарова А. В. Соціально-психологічні бар'єри соціалізації підлітків з фізичними вадами. *Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України.* Київ: Міленіум, 2006. Вип. 29. С. 282 – 290.

142. Турубарова А. В. Теоретико-методологічні підходи до дослідження внутрішньої картини здоров'я дитини. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія.* 2013. Вип. 46(1). С. 204 – 211.

143. Турубарова А. В. Фактори, які впливають на процес соціалізації підлітків з дефектами та порушеннями опорно-рухового апарату. *Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України "Проблеми загальної та педагогічної психології". Т. IX, Част. 4.* Київ, 2007. С. 363 – 370.

144. Філоненко М.М. Системний аналіз процесу особистісного становлення майбутнього лікаря. Освіта та розвиток обдарованої особистості: Серія «Педагогіка» та «Психологія». Київ, 2015. № 1(32). С. 17 – 21.

145. Фурман А. В. Принцип модульності в освітній практиці. *Рідна школа.* 1995. № 7-8. С. 80-85.

146. Фурман А. В. Психодіагностика інтелекту в системі диференційного навчання. Київ, 1993. С.54-58.

147. Хохліна О.П. Корекційна спрямованість трудового навчання в допоміжній школі: навчально-метод. Посібник. Київ:Імідж Принт, 2006. 176с.

148. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоров'я. *Психологические исследования процессов и сферы переживания субъектом себя в качестве здоровой личности*. 2012. № 1(21). С. 11.

149. Челпанов В. Б. Феномены внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья как конкурирующие и взаимодополняющие психические реальности. *Учёные записки Курского государственного университета: электронный научный журнал*. 2009. №3 (11). С. 43-45.

150. Шамне А. Діагностика психосоціального розвитку та фрустраційних реакцій підлітків в сучасних соціокультурних умовах. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Вип. 9. С 753-764.

151. Шаповаленко И. В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). Москва: Гардарики, 2005. 349 с.

152. Шаповалова О. У. Педагогічне стимулювання навчальної діяльності старшокласників (на матеріалі предметів гуманітарного циклу) [Текст]: дис. канд. пед. наук: 13.00.01. Київ, 1997. 176 с.

153. Шевцов А. Г. Реабілітологія в системі теоретичного пізнання педагогічної дійсності. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2011. Вип. 17. С. 279-283.

154. Шильштейн, Е. С. Глубинное переживание "Я": содержание и функциональное значение. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2003. № 3. С. 3-15.

155. Щурик І. Особливості формування Я-концепції підлітків з вродженими та набутими вадами опорно-рухового апарату. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка. Том.ІІ: частина 2, вип. 7. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ, 2013. С.579-585.

156. Щурик І. Проблеми впровадження інклюзивної освіти у гірських школах. *Карпати-Аппалачі: формування особистості в контексті сталого*

розвитку гірських регіонів: матеріали II Міжнародної спільної українськоамериканської науково-практичної конференції, 24-26 вересня 2013 р. / гол. Ред. В.Д. Хрущ. Івано-Франківськ: видавництво “НАІР”, 2013. С. 222 – 224).

157. Щурик І. Роль фізичної активності у формуванні Я-концепції підлітків з вадами опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин, 24-25 квітня 2014 р.: матеріали VI міжнародної науковопрактичної конференції/* за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам’янець-Подільський, 2014. С 240 – 243.

158. Щурик І. Шляхи оптимізації я-концепції підлітків із вадами опорно-рухового апарату засобами тілесно-орієнтованої терапії. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія.* Івано-Франківськ: вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2013. Вип. 20, ч. 2. С. 232 – 237.

159. Щурик І. Особливості спілкування підлітків із вадами опорно-рухового апарату з однолітками. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія.* Івано-Франківськ: Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2013. Вип. 18, ч. 2. С. 216 – 223.

160. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. Москва, 1995. 219 с.

161. Якість життя у пацієнтів із вродженими вадами серця. Практичний посібник. І.Г. Лебідь, Н.М. Руденко, А.Ю. Сидоренко [та ін.]. Київ: Вид. НПМЦДКК, 2016. 49с.

162. Callahan K., Secrest J. Health Perception and Social Role Following Cardiac Rehabilitation: *A study of King’s definition of health.: by The University of Arizona College of Nursing.* URL: <http://www.Juns.nursing.arizona.edu/articles/Fall%202002/Callahan.htm>.

163. Christensen A.J., Moran P.J., Wiebe J.S. Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health*

psychology. 1999. V. 18, № 2. P. 169 – 176.

164. Coleman L. The nature of adolescence, London: Methuen.

165. Donna Falvo Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability 3rd ed. United States of America, 2005. 572 p.

166. Eurenus E., Brodin N., Lindblad St. Predicting physical activity and general health perception among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of rheumatology*. 2007. Vol. 34, № 1. P. 10 – 15.

167. Goodwin R., Engstrom G. Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*. 2002. № 32. P. 325 – 332.

168. Nesterak R.V., Gasyuk M.B. Pilot investigation of the method of interactive training of patients at the stage of medical rehabilitation and treatment Deutscher Wissenschaftsherold German Science Herald, N 4/2017 P.38 - 41. DOI:10.19221/2017412

169. Peterson Ch., De Avila M.E. Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*. 1995. Vol. 51, Is. 1. P. 128 – 132.

170. Reis V.A., Zaidel D.W. Functional asymmetry in the human face: Perception of health in the left and right sides of the face. *Laterality*. 2001. № 6 (3). P. 225 – 231.

171. Sacks C.R., Peterson R.A., Kimmel P.L. Perception of illness and depression in chronic renal disease. *American Journal of Kidney disease*. 1999. Vol.15, № 1. P. 31 – 39.

172. Santacroce S. J. Parental uncertainty and posttraumatic stress in serious childhood illness. *Journal Nursing Scholarship*. 2003. Vol.35, No.1, P. 45–51.

173. Schwarzer R. Optimism, goals, and threats: How to conceptualize self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Psychology and Health*. 1998. № 13. P. 759 – 766.

ДОДАТКИ
ДОДАТОК А
ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИКИ
ДОДАТОК А.1

Авторська анкета для підлітків (Дослідження компонентів ВКЗ)

Опитувальник є анонімним, тобто Ваше прізвище та ім'я ніде фігурувати не будуть.
Правильних чи неправильних відповідей тут немає.
Дайте, будь ласка, відповіді на наступні запитання:

Прізвище, ім'я, по батькові _____
Місце проживання _____
Вік _____
Вік, у якому було набуто ваду _____
Статус сім'ї _____
Симптоми захворювання _____
Прогноз реабілітації _____
Опис ситуації набуття вади _____

Дайте, будь ласка, відповіді на наступні запитання::

1. Чи відчуваєте Ви бадьорість? (Відповідь поясніть)
а)Так _____
б)Ні _____
2. Чи відчуваєте Ви внутрішню енергійність? (Відповідь поясніть)
а)Так _____
б)Ні _____
3. Чи наявне у Вас відчуття дискомфорту?
а)Так _____
б)Ні _____
4. З чим Ви пов'яжете погіршення свого здоров'я?

5. Чи здатні Ви до фізичної активності?
а)Так _____
б)Ні _____
6. Як Ви оцінюєте стан свого здоров'я?

7. Чи відчуваєте Ви в собі "приплив сил" (енергетичний резерв)?
а)Так _____
б)Ні _____
8. Чи тривожитесь Ви за своє здоров'я (Відповідь поясніть)
а)Так _____
б)Ні _____
в)Можливо так _____
9. Чи поінформовані Ви про процес Вашої хвороби? Із яких джерел Ви отримуєте інформацію про своє здоров'я?
а)Так _____
б)Ні _____
10. Чи знаєте Ви, що таке "здорова поведінка" і в чому вона полягає? (Відповідь поясніть)

а)Так _____

б)Ні _____

11. На Вашу думку, яку роль відіграє здоров'я у житті людини? _____

12. Яку роль відіграє здоров'я у Вашому житті? _____

13. Оцініть рівень внутрішньої мотивації до здорового способу життя? _____

а) Високий

б) Низький

в) Дуже високий

г) Дуже низький

14. Яке бажання у Вас домінує більше “бути здоровим” чи “не хворіти”?

а) Бути здоровим

б) Не хворіти

в) Інше _____

15. Виберіть варіант відповіді. Чи виникало у тебе бажання зробити що-небудь хороше для себе? (Що саме ти робиш для себе, щоб покращити самопочуття?)

а) немає бажання;

б) бажання особливого немає, але я стараюся що-небудь зробити;

в) так, оскільки це мені подобається, і я буду почувати себе краще;

г) свій варіант _____

16. Яку роботу вдома Ви виконуєте? _____

*Що Ви б хотіли робити? _____

17. Чи чітко Ви виконуєте інструкції, рецепти, призначення лікарів? _____

14. Як Ви підтримуєте, зберігаєте і зміцнюєте своє здоров'я? _____

15. Чи завжди Ви просите про допомогу, усвідомлюєте, що потребуєте її? _____

Так/Ні _____

Дякуємо за приділений Вами час та допомогу в дослідженні!

ДОДАТОК А.2

ОПИТУВАЛЬНИК SF-36

Оцінка ЯЖ за допомогою опитувальника SF-36 складається із 36 питань, об'єднаних у 8 шкал (додаток № 1). Опитувальник заповнюється пацієнтами самостійно. Аналізуються шкали: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH) [7].

➤ Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF) відображає ступінь, при якій фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.). Низькі показники за цією шкалою вказують на те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.

➤ Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role Physical Functioning - RP), відповідає впливу фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за цією шкалою свідчать, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

➤ Інтенсивність болю (Bodily Pain - BP) характеризує вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому і поза домом. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

➤ Загальний стан здоров'я (General Health - GH) допомагає оцінити хворим свій стан здоров'я зараз і перспективи лікування. Чим нижчий бал за цією шкалою, тим нижча оцінка стану здоров'я.

➤ Життєздатність (Vitality - VT) характеризує відчуття пацієнтом повноти сил і енергії або, навпаки, знесилення. Низькі бали вказують на стомленість пацієнта, зниження життєвої активності.

➤ Соціальне функціонування (Social Functioning - SF) визначається якому ступенем, в фізичний або емоційний стани обмежують соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану.

➤ Рольове емоційним станом (Role функціонування, обумовлене Emotional - RE), передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу та зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

➤ Психічне здоров'я (Mental Health - MH), характеризує настрій, наявність депресії, тривоги та є загальним показником позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічне неблагополуччя.

Ключ до опитувальника SF-36

Підсумок і кодування відповідей проводиться стандартизовано, де показники кожної шкали варіюють між 0 і 100 (100 представляє повне здоров'я) [8]. Перед підрахунком показників 8 шкал проводиться перекодування відповідей (перерахунок необроблених балів опитувальника у бали ЯЖ), потім для отримання значень кожної шкали - підсумок перекодованих відповідей. Розрахунок балів ЯЖ за кожною шкалою проводиться за формулою $[E - \text{Min}] / [\text{Max} - \text{Min}] * 100$, де: E- сумарний рахунок шкали, Min-мінімально-можливе значення, Max- максимально-можливе значення шкали. Для кожної шкали респондента по всіх шкалах розраховується Z-рахунок по відношенню різниці значення кожної шкали з його середнім значенням в популяції до стандартного відхилення.

питання	шкала	загальний показник
3а	Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF)	Фізичний компонент Ph sum
3б		
3в		
3г		
3д		
3е		
3ж		
3з		
3и		
3к		
4а	Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role Physical Functioning - RP)	
4б		
4в		
4г		
7	Інтенсивність болю (Bodily pain - BP)	
8		
1	Загальний стан здоров'я (General Health - GH)	
11а		
11б		
11в		
11г		
9а	Життєздатність (Vitality - VT)	Психічний компонент Mh sum
9д		
9ж		
9и		
6	Соціальне функціонування (Social Functioning - SF)	
10		
5а	Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role Emotional - RE)	
5б		
5в		
9б	Психічне здоров'я (Mental Health - MH)	
9в		
9г		
9е		
9		

Для стандартизації значень кожної шкали відображається 50% рівень від ідеального здоров'я і однакове стандартне відхилення, що дорівнює 10. Проводиться стандартизація умовних показників за такими формулами: $PH = (Ph\ sum * 10) + 50$ і $Mh = (Mh\ sum * 10) + 50$ [8].

Отримано також 2 сумарних виміри:

Фізичний компонент (Ph sm),

що включає:

- фізичне функціонування;
- рольове функціонування;
- біль;
- загальне здоров'я.

Психічний компонент (Mh sm),

що включає:

- життєздатність;
- соціальне функціонування;
- емоційне функціонування;
- психічне здоров'я.

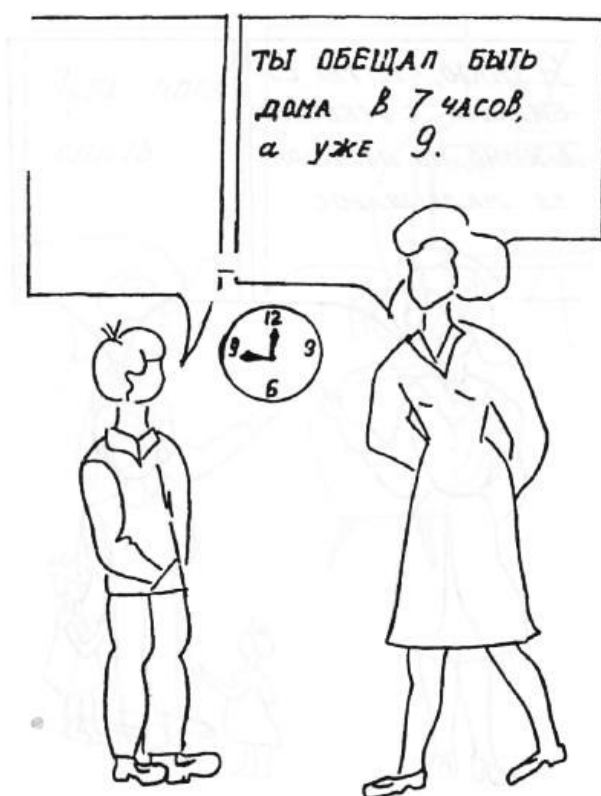
ДОДАТОК А.3

Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (за В.В. Добровим)

Інструкція:

«На малюнку зображені два персонажа. Уяви, що ті слова, які каже батько, учитель або одноліток, звернені до тебе. Що б ти відповів йому в даній ситуації? І потім, форма відповіді може бути одна, а почуття ти можеш відчувати інші, що не збігаються з формою відповіді. Тому напиши свою можливу відповідь, а в дужках те, що ти при цьому відчував »





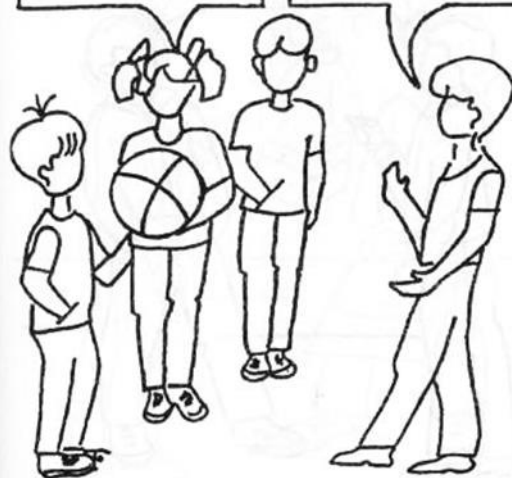
Куда побежал?
Возьми тряпку
и вытри.



Хотела бы я
знать, почему
никто не хочет
с тобой дружить.



Мы не возь-
мем тебя в
нашу игру.



Петя, с кото-
рым вы вчера
подрались,
лежит в больни-
це.





ДОДАТОК А.4

Методика «Незакінчені речення» Сакса і Леві

Інструкція: «Нижче наведено 60 незакінчених речень. Прочитайте кожне речення і закінчіть його, записуючи перше ж судження, яке спало вам на думку. Виконуйте завдання швидко, не задумуючись довго над кожною фразою; якщо не можете закінчити яке-небудь речення відразу, обведіть його номер колом і поверніться до нього пізніше».

- 1.Думаю, що мій батько рідко...
- 2.Якщо всі проти мене, то...
- 3.Я завжди хотів...
- 4.Майбутнє вбачається мені...
- 5.Якби я обіймав керівну посаду...
- 6.Мій учитель (керівник, начальник)...
- 7.Знаю, що нерозумно, але боюся...
- 8.Думаю, що справжній друг...
- 9.Коли я був дитиною...
- 10.Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є...
- 11.Коли бачу чоловіка поруч з жінкою...
- 12.У порівнянні з більшістю інших родин моя сім'я...
- 13.Найкраще мені займатися (працювати) з...
- 14.Моя мати і я...
- 15.Зробив би все, щоб забути...
- 16.Якби мій батько тільки захотів...
- 17.Думаю, що досить здатний, щоб...
- 18.Я міг би бути дуже щасливим, якби...
- 19.Якщо хто-небудь буде під моїм керівництвом...
- 20.Сподіваюся на...
- 21.У школі мої вчителі...
- 22.Більшість моїх товаришів не знає, що я...
- 23.Не люблю людей, які...
- 24.У дитинстві я...
- 25.Вважаю, що більшість дівчат і юнаків...
- 26.Сімейне життя здається мені...
- 27.Моя родина поводить себе зі мною як з...
- 28.Люди, з якими я учуся (працюю)...
29. Моя мати...
- 30.Моєю найбільшою помилкою було...
31. Я хотів би, щоб мій батько...
- 32.Моя найбільша слабкість полягає в тім...
- 33.Моїм прихованим бажанням у житті...
- 34.Мої підлеглі...
- 35.Настане день, коли...

- 36.Коли до мене наближається вчитель (начальник)...
- 37.Мені б хотілося перестати...
- 38.Більше за все люблю тих людей, які...
- 39.Якщо мені подобається дівчина (хлопець), я...
- 40.Вважаю, що більшість дівчат (хлопців)...
- 41.Коли я згадую своє дитинство...
- 42.Більшість відомих мені сімей...
- 43.Люблю вчитися (працювати) з людьми, які...
- 44.Вважаю, що більшість матерів...
- 45.Коли я був дитиною, то відчував...,
- 46.Думаю, що мій батько...
47. Коли мені не таланить, я...
- 48.Коли я прохаю інших що-небудь зробити...
- 49.Більше за все я хотів би в житті...
- 50.Коли я буду старим...
- 51.Люди, перевагу яких над собою я визнаю...
- 52.Мої побоювання неодноразово змушували мене...
- 53.Коли мене немає, то мої друзі...
- 54.Моїм найнезабутнішим спогадом дитинства є.,.
- 55.Мені дуже не подобається, коли жінка (чоловік)...
- 56.Якщо я залишаюся наодинці з жінкою (чоловіком)...
- 57.Коли я був дитиною, моя родина...
- 58.Люди, що навчаються (працюють) зі мною...
- 59.Я люблю свою матір, але...
- 60.Саме гірше, що мені траплялося робити, це...

Ключ до методики «Незакінченні речення Сакса і Леві»

Відношення до себе (2, 17, 32, 47)

Страхи (7, 22, 37, 52)

Провина (15, 30, 45, 60)

Статеве життя (11, 26, 39, 56)

Матір (14, 29, 44, 59)

Батько (1, 16, 31, 46)

Сім'я (12, 27, 42, 57)

Протилежна стать (10, 25, 40, 55)

Товариші (8, 23, 38, 53)

Колеги (13, 28, 43, 58)

Начальство (6, 21, 36, 51)

Підлеглі (5, 19, 34, 48)

Минуле (9, 24, 41, 54)

Майбутнє (4, 20, 35, 50)

Цілі (3, 18, 33, 49)

Оцінювання результатів

Для кожної групи речень виводиться характеристика, що характеризує певну систему взаємовідносин як позитивну, негативну чи нецікаву для обстежуваного. Отримані дані підлягають якісній і кількісній обробці. В одному з варіантів цього методу обстежуваний має закінчити оповідь, а не відокремлене речення.

Варто наголосити, що деякі питання цієї методики виявляються неприємними для обстежуваних, тому що стосуються інтимного боку їхнього життя. Тому автор рекомендує в інструкції додатково повідомляти обстежуваному, що дослідження проводиться з метою тренування пам'яті чи уваги.

Скажімо: *Взаємозв'язки з сім'єю.*

У порівнянні з більшістю інших сімей, моя сім'я...

погана, недружня, розпалася, занадто міщанська, нещаслива і т.п. – 2б.

не дуже гарна, нервова, не дружна і т.п. – 1б.

гарна, дружна, нормальна, любляча, щаслива – 0б.

не гірша, не краща, звичайна – 0б.

маленька, велика і т.п. – 0б.

більш інтелектуальна, особлива – 0б.

Взаємини з друзями і знайомими.

Думаю, що справжній друг...

міф, не існує, буде важким хрестом, я сам по собі – 2б.

це собака, книга і т.п. – 1б.

мені дуже потрібний, у мене не скоро буде – 1б.

велика рідкість, не підведе, завжди зрозуміє – 0б.

Відношення до себе.

Якщо всі проти мене, то...

я страшно переживаю, я в розпачі, мені дуже погано – 2б.

я винуватий, я здаюся, я погана людина – 1б.

я переживаю, я хвилююся, нервую, мені неприємно і т.п. – 1б.

я їду, я замикаюся в собі – 1б.

я проти усіх – 0б.

потрібно розібратися, подумати, я цього не боюся – 0б.

Ставлення до майбутнього.

Майбутнє здається мені...

дуже похмурим, сумним, страшним – 2б.

сірим, непривабливим і т.п. – 2б.

світлим, рожевим, неясним, невідомим, таким як сьогодні – 0б.

Потім підраховується загальна кількість балів по кожній групі.

Чим більше балів отримала група, тим глибше ставлення обстежуваного до її змісту, до того ж зі знаком мінус, тим вище для нього особистісна значимість цих суджень.

Дана методика застосовується як до дорослого контингенту, так і до дітей старшого і середнього шкільного віку. У цілому вона застосовується до учнів будь-яких вікових груп. Однак використовуючи цю методику при обстеженні дітей, необхідно внести в частину речень деякі зміни.

Так, питання, пов'язані з групою «секс» (наприклад, питання 11, 26, 39, 56), можна незначно видозмінити і віднести до групи «сім'я» або «протилежна стать». Це стосується і групи питань «підлеглі» (питання 5, 19, 34, 48). Питання з цієї групи також можна трохи модифікувати і віднести до груп «товариші» чи «колеги».

Група питань, умовно названа «начальство», може бути розглянута у випадку діагностики учнів як «ставлення до старших», «дорослих» (Л.С.Солнцева, Т.В.Галкіна, 1993).

ДОДАТОК А.5

Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького)

Прочитуючи чи прослуховуючи твердження, приміряйте, наскільки вони відповідають вашому стилю поведінки, вашому образу життя і одним з чотирьох можливих відповідей: "так", "можливо, так", "можливо, ні", "ні".

1. Іноді не можу справитися з бажанням нашкодити кому-небудь.
2. Інколи можу розповсюджувати плітки про людей, яких не люблю.
3. Легко виходжу з себе, проте легко й заспокоююсь.
4. Якщо до мене не звернутись по-доброму, прохання не виконаю.
5. Не завжди отримую те, що мені належить.
6. Знаю, що люди говорять про мене за мою спиною.
7. Якщо не схвалюю вчинки інших людей, даю їм це відчути.
8. Якщо трапляється обманути когось, відчуваю докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатен вдарити людину.
10. Ніколи не роздратовуюсь настільки, щоб розкидати речі.
11. Завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Коли встановлене правило не подобається мені, хочеться його порушити.
13. Інші майже завжди вміють скористатися за сприятливих умов.
14. Мене насторожують люди, які відносяться до мене більш дружньо, ніж я очікував.
15. Часто буваю не згоден з людьми.
16. Іноді в голову приходять думки, за які мені соромно.
17. Якщо хто-небудь вдарить мене, я не відповім тим же.
18. При роздратуванні грюкаю дверима.
19. Я більш роздратований, ніж здається зі сторони.
20. Якщо хтось корчить з себе начальника, я роблю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Думаю, багато людей не люблять мене.
23. Не можу втриматись від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Ті, хто уникають роботи, повинні мати відчуття провини.
25. Хто ображає мене чи мою сім'ю, наражається на бійку.
26. Я не здатен на грубі жарти.
27. Мене охоплює злість, коли наді мною насміхаються.
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавались.
29. Майже щотижня бачу кого-небудь з тих, хто мені не подобається.
30. Досить багато людей заздять мені.
31. Вимагаю, щоб люди поважали мої права.
32. Мене засмучує, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно "дістають" нас, заслуговують на те, щоб їм дали щигля по носі.
34. Від злості інколи буваю похмурий.
35. Якщо до мене відносяться гірше, ніж я на те заслуговую, я не засмучуюсь.

36. Якщо хтось намагається вивести мене із себе, я не звертаю уваги.
37. Хоч я і не показую того, іноді мене мучить заздрість.
38. Інколи мені здається, що наді мною сміються.
39. Навіть якщо злюся, не використовую грубих висловів.
40. Хочеться, щоб всі мої гріхи були прощені.
41. Рідко даю здачі, навіть коли хто-небудь вдарить мене.
42. Ображаюсь, коли іноді виходить не по-моєму.
43. Інколи люди роздратовують мене своєю присутністю.
44. Нема людей, яких би я по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: "ніколи не довіряй чужакам".
46. Якщо хтось дратує мене, готовий сказати йому все, що про нього думаю.
47. Роблю багато такого, про що потім жалкую.
48. Якщо рознервуюсь, можу вдарить кого-небудь.
49. З десяти років у мене не було вибухів гніву.
50. Часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко дійти згоди.
52. Завжди думаю про те, що за таємні причини примушують людей робити щось приємне мені.
53. Коли кричать на мене, кричу у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Б'юся не рідше і не частіше інших.
56. Можу згадати випадки, коли був настільки злим, що хапав першу річ під рукою та ламав її.
57. Інколи відчуваю, що готовий першим почати бійку.
58. Інколи відчуваю, що життя зі мною обходиться несправедливо.
59. Раніше думав, що більшість людей говорить правду, але тепер в це не вірю.
60. Сварюся тільки від злості.
61. Коли вчиняю неправильно, відчуваю докори сумління.
62. Якщо для захисту своїх прав потрібно застосувати фізичну силу, я застосую її.
63. Інколи виражаю свою злість тим, що стукаю по столу.
64. Буваю грубим по відношенню до людей, котрі мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які б не хотіли мені нашкодити.
66. Не вмію поставити людину на місце, навіть коли вона на це заслуговує.
67. Часто думаю, що живу неправильно.
68. Знаю людей, які можуть довести мене до бійки. * 69. Не сумую із-за дрібниць.
70. Мені рідко приходить в голову думка про те, що люди намагаються розізнати чи образити мене.
71. Часто просто погрожую людям, не збираючись виконувати свої погрози.
72. Останнім часом я став занудою.
73. У суперечці часто підвищую голос.
74. Намагаюся приховати погане відношення до людей.
75. Краще погоджусь з чимось, аніж стану сперечатися.

При обробці даних в звичайних умовах відповіді "ТАК" і "МОЖЛИВО, ТАК" об'єднуються (сумуються як відповіді "ТАК"), так же як і відповіді "НІ" і "МОЖЛИВО, НІ" (сумуються як відповіді "НІ").

**Ключ до методики діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки
(адаптація А.К. Осницького)**

КЛЮЧ 1

для обробки результатів випробування по опитувальнику.

"1". ФІЗИЧНА АГРЕСІЯ (K=11):

1+, 9-, 17-, 25+, 33+, 41+, 48+, 55+, 62+, 68+. "2". ВЕРБАЛЬНА АГРЕСІЯ (K=8):

7+, 15+, 23+, 31+, 39-, 46+, 53+, 60+, 66-, 71+, 73+, 74-, 75-. "3й. ОПОСЕРЕДКОВАНА АГРЕСІЯ (K=13):

2+, 10+, 18+, 26-, 34+, 42+, 49-, 56+, 63+. "4". НЕГАТИВІЗМ (K=20):

4+, 12+, 20+, 28+, 36-. "5". РОЗДРАТУВАННЯ (K=9):

6+, 11-, 19+, 27+, 35-, 43+, 50+, 57+, 64+, 69-, 72+. "6". ПІДОЗРЛИВІСТЬ (K=11):

6+, 14+, 22+, 30+, 38+, 45+, 52+, 59+, 65-, 70-. "7". ОБРАЗА (K=13):

5+, 13+, 21+, 29+, 37+, 44+, 51+, 58+. "8". ВІДЧУТТЯ ПРОВИНИ (K=11):

8+, 16+, 24+, 32+, 40+, 47+, 54+, 61+, 7+.

Номери питань зі знаком "-" потребують і реєстрації відповіді з протилежним знаком: якщо була відповідь "ТАК", то ми його реєструємо як відповідь "НІ", якщо була відповідь "НІ", реєструємо як відповідь "ТАК".

КЛЮЧ 2 з бланком для аналізу результатів.

	"1"	"3"	"5"	"4"	"7"	"6"	"2"	"8"
1+	2+	3+	4+	5+	6+	7+	8+	
9-	10+	11-	12+	13+	14+	15+	16+	
17-	18+	19+	20+	21+	22+	23+	24+	
25+	26-	27+	28+	29+	30+	31+	32+	
33+	34+	35-	36-	37+	38+	39-	40+	
41+	42+	43+		44+	45+	46+	47+	
48+	49-	50+		51+	52+	53+	54+	
55+	56+	57+		58+	59+	60+	61+	
62+	63+	64+			65-	66-	67+	

		69-			70-	71+	
	68+						
		72+				73+	
						74-	
						75-	
11	13	9	20	13	11	8	

Сума балів, помножена на коефіцієнт, вказаний в дужках при кожному з параметрів агресивності, дозволяє отримати зручні для зіставлення - нормовані - показники, які характеризують індивідуальні та групові результати (нульові значення не прораховуються).

Сумарні показники:

("1" + "2" + "3") : 3 = ІА - індекс агресивності;

("6" + "7") : 2 = ІВ - індекс ворожості.

А.Басса та А. Дарки запропонували опитувальник для виявлення важливих, на їх думку, показників та форм агресії:

1. Використання фізичної сили проти іншої особи - **ФІЗИЧНА АГРЕСІЯ**.
2. Вираження негативних почуттів (сварка, крик, погроза тощо) - **ВЕРБАЛЬНА АГРЕСІЯ**.
3. Використання непрямим шляхом спрямованих проти інших осіб пліток, жартів та вияв вибухів гніву (крик, тупання ногами) - **ОПОСЕРЕДКОВАНА ПОГРОЗА**.
4. Опозиційна форма поведінки, спрямована зазвичай проти авторитету керівництва, яка може мати розмах від пасивного спротиву до активних дій проти вимог, правил, законів - **НЕГАТИВІЗМ**.
5. Схильність до роздратування, готовність при найменшому збудженні вилитися у запальність, різкість, грубість - **РОЗДРАТУВАННЯ**.
6. Схильність до недовіри та обережного відношення до людей, які впливають із переконання, що оточуючі можуть завдати шкоди, - **ПІДОЗРІЛІСТЬ**.
7. Прояв заздрості та ненависті до оточуючих, обумовлені відчуттям гніву за дійсні чи уявні страждання - **ОБРАЗА**.
8. Дії й ставлення до себе та оточуючих, які виходять із можливого переконання обстежуваного в тому, що він є поганою людиною, чинить негарно - **АУТОАГРЕСІЯ** або **ВІДЧУТТЯ ПРОВИНИ**.

Опитувальник не вільний від мотиваційних переконачень (наприклад, у зв'язку з соціальною бажаністю). Потребує додаткової перевірки на надійність отриманих результатів за допомогою інших методик. Застосування даного опитувальника в роботі з підлітками, учителями, батьками є достатньо діагностичним і конструктивним для наступної корекційної роботи.

ДОДАТОК А.6

«ТЕСТ РУКИ» (HAND TEST)

«Тест руки» – проєктивна методика, призначена для діагностики агресивності. Розроблена Б. Брайкліном, З. Петровським, Е. Вагнером.

Стимульний матеріал складається з 9 зображень кистей рук і однієї порожньої картки, при показі якої просять представити кисть руки і описати її уявні дії. Зображення показуються послідовно.

Інструкція: уважно подивіться на зображення, та дайте відповідь на питання, яку дію виконує намальована рука (що здатний виконувати чоловік з такою рукою). Допускається вказувати для кожної картки декілька варіантів дії.

Інтерпретація результатів здійснюється за 11 категоріями:

1. Агресія – рука сприймається як домінуюча, наносяча ушкодження, активно захоплююча який-небудь предмет.

2. Вказівки – рука веде, перешкоджає, панує над іншими людьми.

3. Страх – рука виступає у відповідях як жертва агресивних проявів іншої особи або прагне захистити кого-небудь від фізичних дій, а також сприймається як така, що наносить ушкодження самій собі.

4. Прихильність – рука виражає любов, позитивні емоційні установки до інших людей.

5. Комунікація – відповіді, в яких рука спілкується, контактує або прагне встановити контакти.

6. Залежність – рука виражає підпорядкування іншим особам.

7. Експібіціонізм – рука різними способами виставляє себе напоказ.

8. Деформованість – рука деформована, хвора, нездібна до яких-небудь дій.

9. Активна безособовість – відповіді, в яких рука проявляє тенденцію до дії, завершення якої не вимагає присутності іншої людини або людей, проте рука повинна змінити своє фізичне місце розташування, докласти зусилля.

10. Пасивна безособовість – також прояв тенденції до дії, завершення якої не вимагає присутності іншої людини, але при цьому рука не змінює свого фізичного положення.

11. Опис – відповіді, в яких рука тільки описується, тенденція до дії відсутня.

Відповіді, що відносяться до перших двох категорій («Агресія», «Вказівки»), розглядаються авторами як пов'язані з готовністю обстежуваного до зовнішнього прояву агресивності, небажанням пристосуватися до оточення. Чотири наступні категорії відповідей («Страх», «Прихильність», «Комунікація», «Залежність») відображають тенденцію до дії,

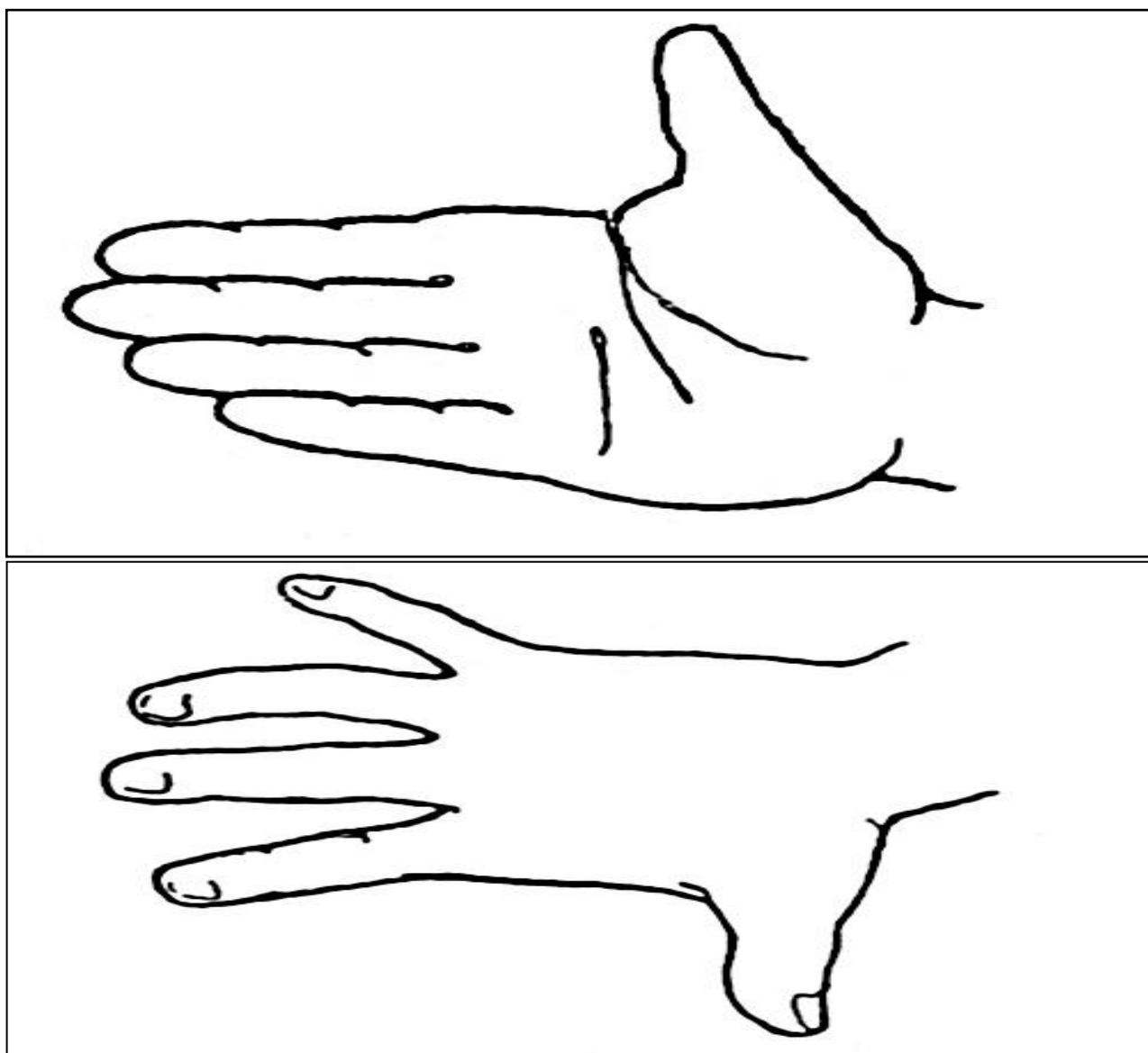
направленої на пристосування до соціального середовища, вірогідність агресивної поведінки незначна.

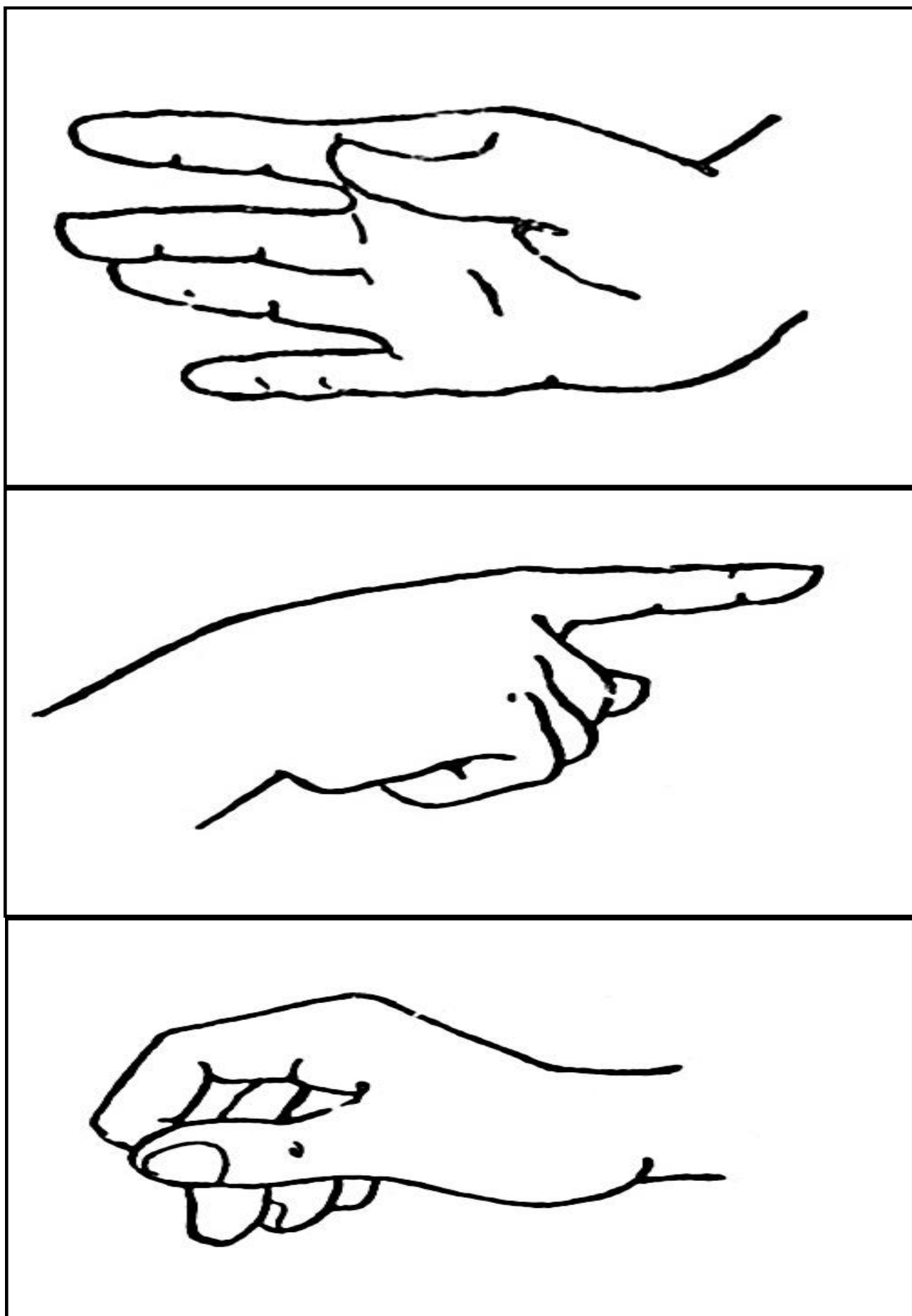
Кількісний показник відкритої агресивної поведінки розраховується за формулою:

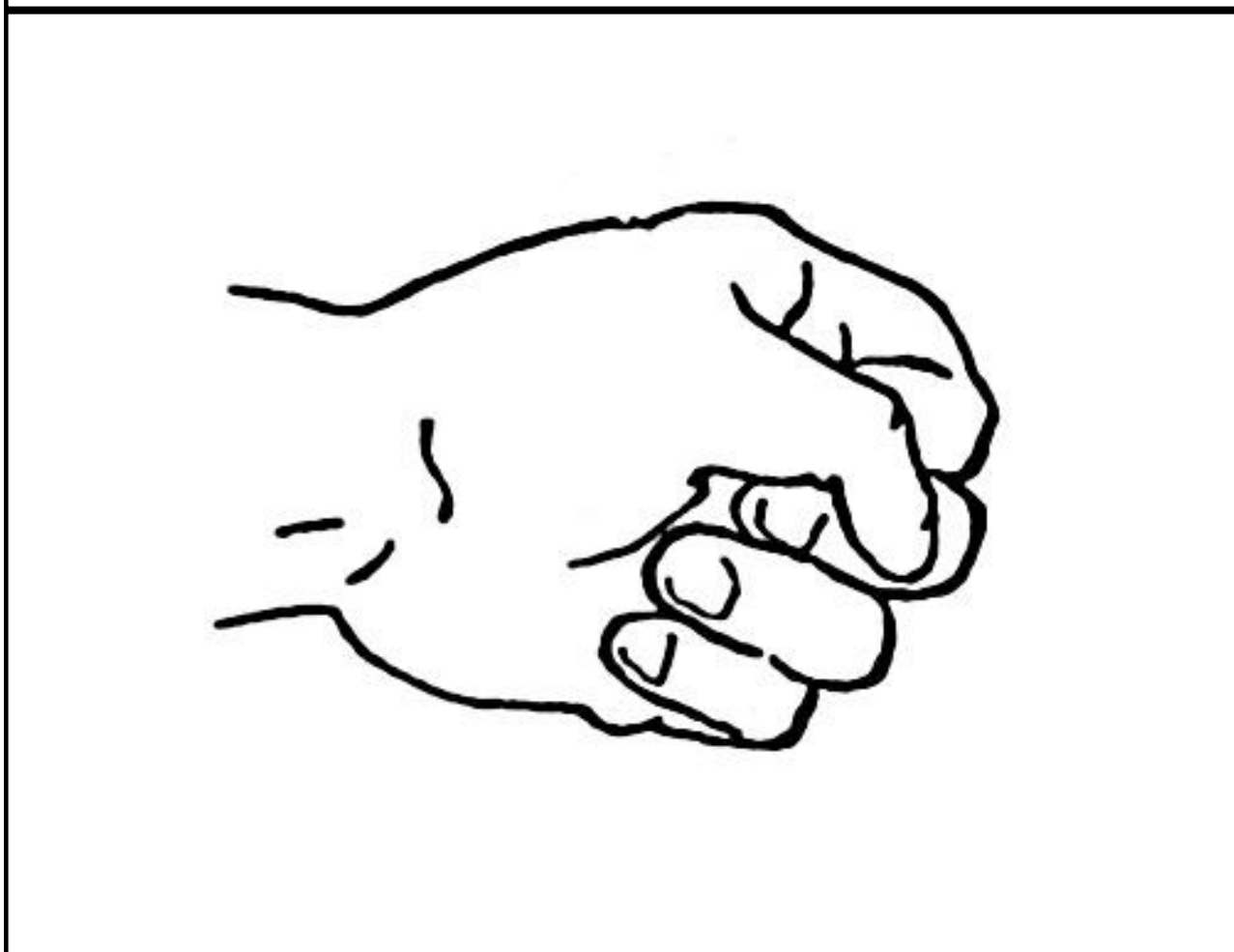
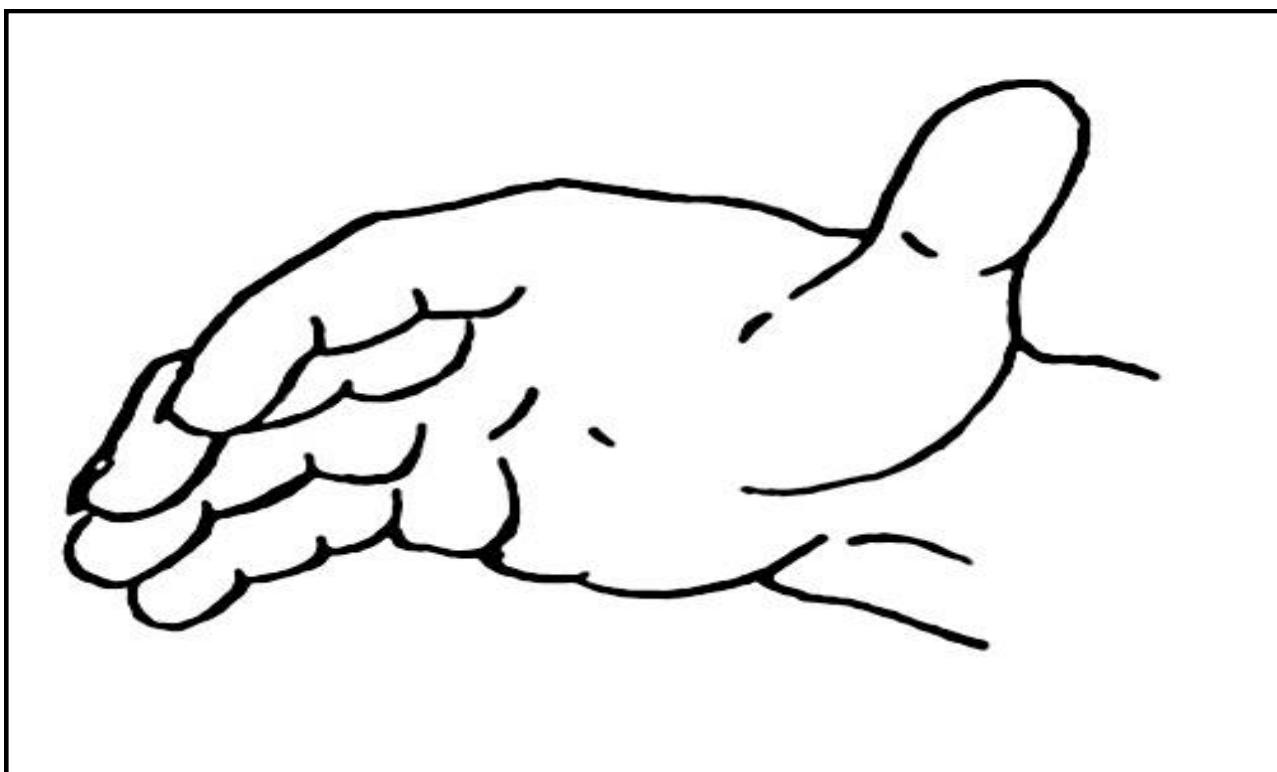
(«Агресія» + «Вказівки») – («Страх» + «Прихильність» + «Комунікація» + «Залежність»).

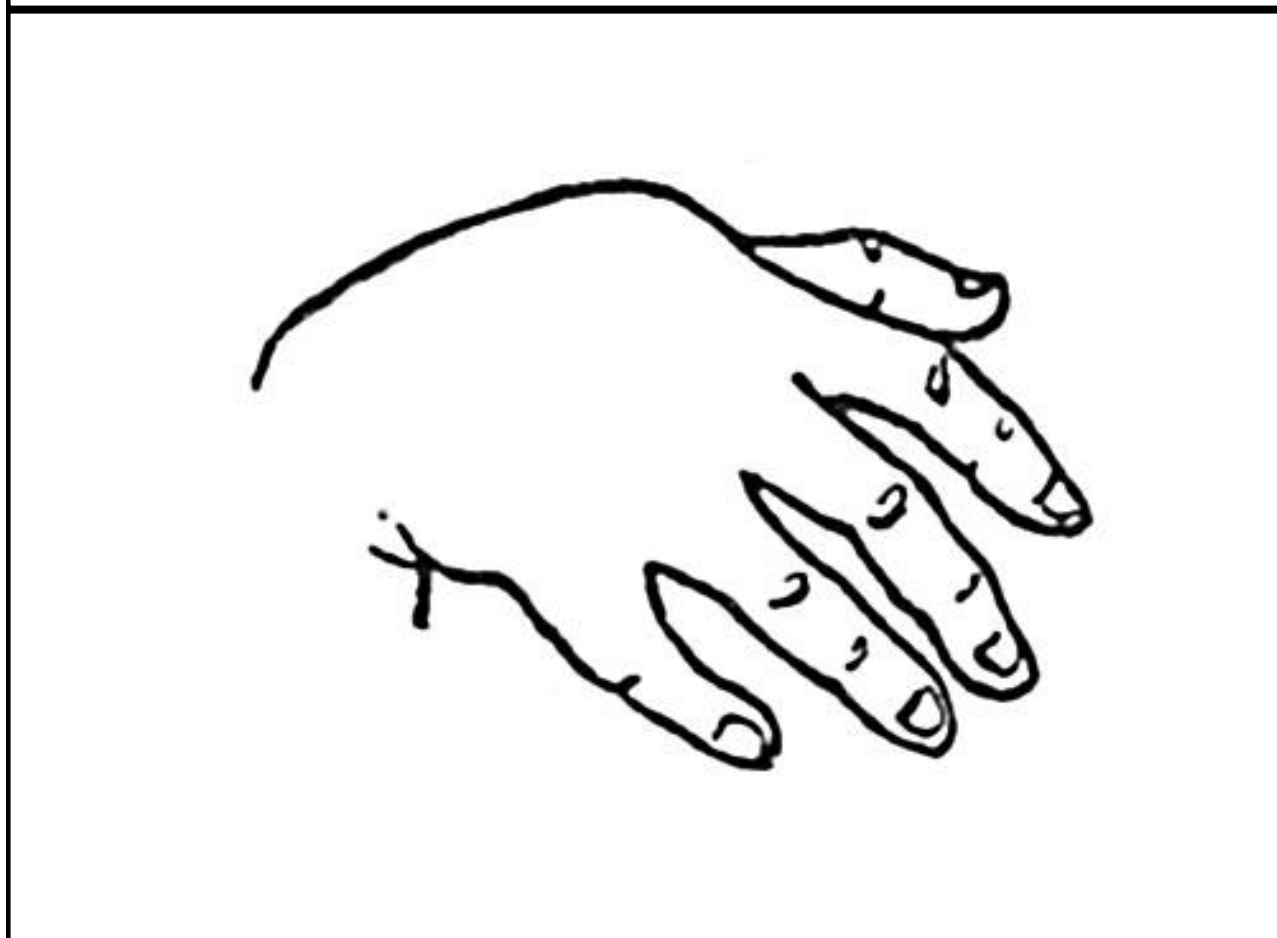
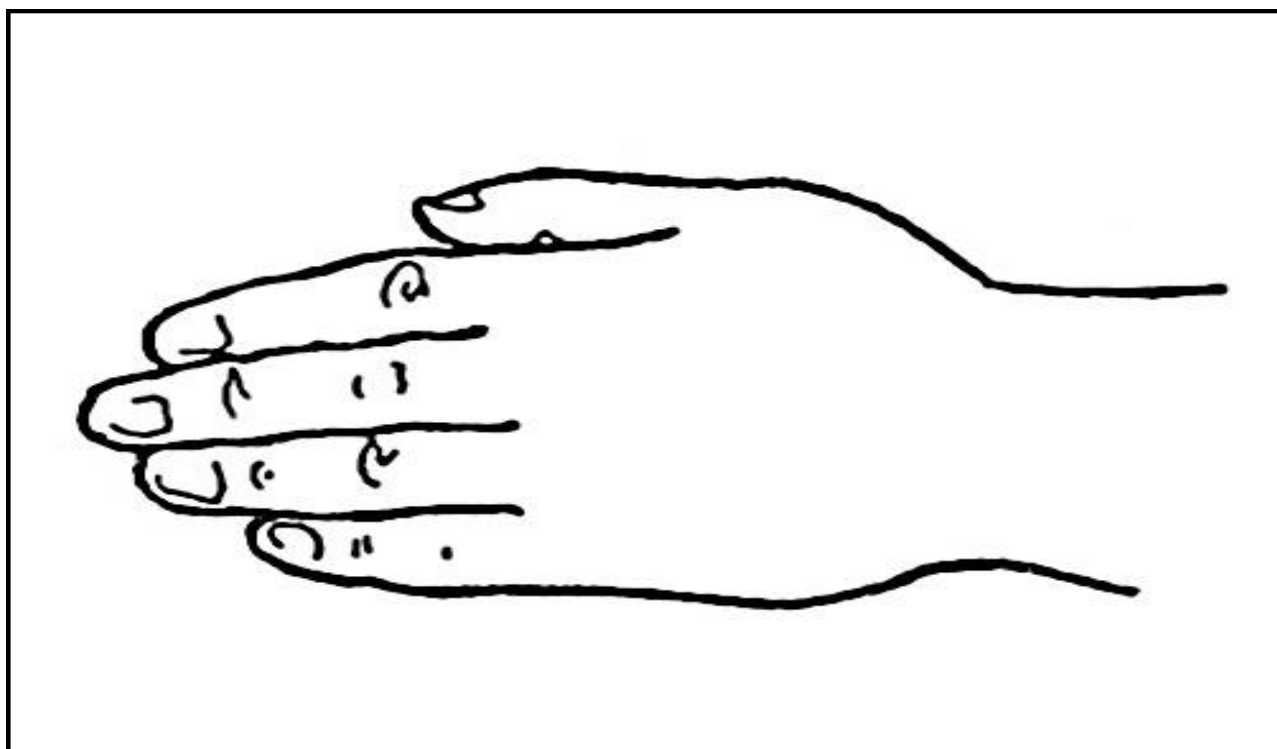
Відповіді, що потрапляють під категорії «Експібіціонізм», «Деформованість», «Активна безособовість», «Пасивна безособовість» та «Опис» при оцінці вірогідності агресивних проявів не враховуються, оскільки їх роль в даній сфері поведінки непостійна та незначна. Ці відповіді можуть лише уточнити мотиви агресивної поведінки.

Стимульний матеріал:









ДОДАТОК Б

Матеріали до програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

Заняття 1

Мета: оптимізація *сенситивного* компоненту внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

1.Вправа «Мій образ»

Мета: підготовка учасників до роботи, створення позитивної атмосфери, хорошого настрою, визначення особливостей кожного.

Інструкція: Ведучий вітається з групою, роздає кожному учаснику аркуш паперу А4, на якому потрібно написати своє ім'я і намалювати власний образ (це може бути певний символ, предмет – будь-що). Після того як учасники виконали завдання, психолог пропонує по черзі назвати своє ім'я і представити власний образ. Малюнки прикріплюються на дошку. Так створюється «галерея портретів» учасників групи.

2.Вправа «Шляхи здорового способу життя»

Мета: формування розуміння учасниками суті здорового способу життя, того, в яких діях і поведінці воно проявляється.

Інструкція: Ведучий дає визначення «здорового способу життя». Здоровий спосіб життя – така життєдіяльність людини, що сприяє збереженню і зміцненню її здоров'я. Учасники об'єднуються у три підгрупи, кожна з яких отримує завдання: на рулоні паперу створити «Шлях здорового способу життя». Важливо звернути увагу і допомогти учасникам сформулювати їхні позиції щодо збереження розвитку здоров'я. Відповідати на запитання: «Що робити, як діяти?».

3.Вправа «Створи себе»

Мета: продовжити знайомство підлітків, створити позитивну атмосферу.

Інструкція: ведучий пропонує дітям узяти аркуш паперу А4, руками «вирізати» фігурку «Людини», розмалювати фломастерами і на зворотному боці написати:

- на голові – які відчуття викликає у тебе захворювання (тривога, апатія, агресія, байдужість, сум тощо);
- на правій руці – твої риси характеру, які заважають виздоровленню;
- на лівій руці – риси характеру, які можуть допомогти бути здоровим;
- на правій нозі – дії, які потрібно робити, щоб покращити власне самопочуття;
- на лівій нозі – настанови до власного тіла щодо відновлення здоров'я;
- на тулубі – твоя найзаповітніша мрія на даний час.

Після того, як діти виконали завдання, ведучий просить усіх встати, рухаючись кімнатою, підійти одне до одного, знайти і записати на відповідних частинах намальованої людини імена тих, із ким у них збіглася одна або кілька позицій. Після цього учасники повертаються в коло.

4.Вправа «Супермаркет»

Мета: формування навичок самоаналізу, самопізнання, рис характеру, які сприяють ви здоровленню, поглиблення знань одне про одного через розкриття якостей кожного учасника.

Інструкція: Ведучий розповідає підліткам, що вони знаходяться у супермаркеті, де можна продавати і купувати відчуття тіла. Після цього він роздає їм по 2 смужки паперу. Учасники на одній смужці записують відчуття тіла, яку хотіли б продати, а на іншій — відчуття тіла, які хотіли б купити. Далі всі учасники по черзі зачитують те, що написали на

смужках паперу, і кидають їх у картонну коробку. Тренер перемішує смужки, не дивлячись, витягує по 2 смужки і роздає підліткам.

Обговорення:

- Які відчуття тіла Ви отримали? В якій частині тіла вони важливі?
- Чи можете ви прийняти такі відчуття?
- Де б Ви поселили ці відчуття?

5.Вправа «Моє тіло»

Мета: навчитися відчувати своє тіло.

Інструкція: Ведучий пропонує учасникам продовжити незакінчені речення:

- Моя голова...
- Моя шия...
- Мої руки...
- Моя спина...
- Мої ноги...

Обговорення. Ведучий пропонує висловитися з кожного твердження.

6.Вправа «Мої поради»

Мета: усвідомити, що потрібно змінити в собі; побачити себе очима інших.

Інструкція: Ведучий роздає кожному учаснику аркуш паперу А4 і пропонує написати своє ім'я. Потім усі за годинниковою стрілкою передають свої аркуші, на яких кожен по черзі пише рекомендацію щодо збереження власного здоров'я. Обговорення:

Чи важко було писати друзям рекомендації?

Чи задоволені ви тим, що написали друзі?

Заняття 2

Мета: оптимізація емоційного компоненту внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату

1. Вправа «Знайомство без слів» (10-15 хв)

Мета: створення невимушеної, доброзичливої атмосфери у групі.

Інструкція: Об'єднайте учасників у пари. Кожен учасник протягом 3 хвилин представляє себе партнерові, але без слів. Можна використовувати міміку, малюнки, жести, сигнали або будь-що, не пов'язане зі словами. Потім учасники міняються ролями. Після знайомства без слів учасники обговорюють те, про що вони спілкувалися жестами.

2.Вправа «Вгадай емоцію» (30 хв)

Мета: формування вміння розпізнавати різні емоції за мімікою, жестами чи інтонацією.

Інструкція: Спочатку діти по черзі витягують картки, на яких написано назву почуття. Учаснику треба якимось чином пояснити групі зміст картки, використовуючи жести, міміку та інтонацію. В цій ролі мають побувати всі учасники. Дуже часто буває так, що двом-трьом підліткам важко (практично неможливо!) виконати це завдання через сором'язливість. У цьому випадку ведучий має допомогти, «кривляючись» разом із учасником, але не замість нього. Активна участь ведучого в подібних вправах не лише дуже допомагає у виконанні завдання, але й сприяє розумінню учнями «психологічних» стосунків на тренінгу.

Виконуючи цю вправу, підлітки часто справді тільки кривляються. Важливо нагадати їм про необхідність дотримання правил і суворо слідкувати за їхнім виконанням.

Потім завдання ускладнюється. На картках пишуть не тільки назву почуття, а й спосіб його демонстрації (наприклад: радість – вираз обличчя, відраза – інтонація, здивування – жести тощо). Необхідно зобразити задану емоцію чітко за інструкцією. У випадку завдання типу «емоція – інтонація» із заданою інтонацією промовляється стереотипна фраза «Росла собі ялиночка, і зайчик з нею ріс». Усі інші мають здогадатися, яка емоція зображується.

Запитання для обговорення:

Яким чином ми дізнаємося, які емоції відчуває людина?

3. Вправа «Фантом» (20 хв).

Мета: формування вміння відчувати емоції свого тіла.

Інструкція: Роздайте учасникам контурне зображення людини. Запропонуйте їм зобразити в ньому власні переживання: «радість», «сором», «страх», «печаль», «здивування» тощо. Для цього треба дібрати олівець, колір якого буде асоціюватися з тією чи іншою емоцією, та заштрихувати ним її «локалізацію»..

4. Вправа «Маска» (30 хв)

Мета: формування вміння усвідомлювати власні почуття та емоції.

Інструкція: Кожен учасник придумує (пригадує) ситуацію, в якій він демонстрував оточуючим не ті почуття, які переживав насправді.

Потрібно оформити маску, що зображає те почуття, яке підлітки демонстрували оточенню в обраній ситуації. На зворотному боці маски учасники зображують почуття, яке відчували насправді.

Ця вправа для багатьох дітей може бути не простою, тому щоб підтримати їх, ведучий виготовляє разом із ними маску й для себе.

5. Вправа «Як можна справитися з негативними емоціями» (20-25 хв)

Мета: Формування вміння шукати цивілізовані способи «викиду» негативних емоцій.

Інструкція: Учасників об'єднують у малі групи. Вони отримують завдання: описати можливі способи справитися зі своїми негативними емоціями так, щорб з одного боку, не зіпсувати стосунки з оточенням, але й, з іншого боку, не «вибухнути» як киплячий чайник.

Після закінчення роботи на дошці записують список можливих способів «випустити пару».

Інформаційне повідомлення

потанцюйте;
займіться спортом;
побийте подушку;
пограйте в комп'ютерну гру;
поприбирайте у кімнаті;
лягайте спати;
поділіться почуттями з другом або батьками;
перегляньте ситуацію, яка викликала негативні емоції за принципом: «А чого конкретно я боюся у ній?»

6. Вправа «Позитивні емоції»

Мета: Закріпити позитивні емоції, отримані на занятті.

Інструкція: Хочу запропонувати Вам гру. Підійдіть до іншого учасника групи, доторкніться до його руки та скажіть про приємні емоції, які виникають у Вас після спілкування з цією людиною.

Під час обговорення учасники відповідають на запитання:

Скажіть, будь ласка, що Ви відчуваєте після виконання вправи?

Як часто в реальному житті Ви говорите іншим людям про власні приємні емоції після спілкування з ними?

А про негативні емоції? Як Ви думаєте, чому це так?

Що дасть Вам особисто та іншій людині, якщо Ви частіше говоритимете про приємні емоції?

Заняття 3

Мета: оптимізація когнітивного компоненту внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

1. Вправа «Ланцюжок імен» (5-10 хв)

Мета: розвиток уважності одне до одного.

Інструкція: Учасник, який починає вправу, називає своє ім'я. Наступний учасник називає своє ім'я та ім'я попереднього члена групи. Так на ланцюжок нанизуються все більше імен. З кожним разом доведеться запам'ятовувати їх більше; водночас окремі імена будуть повторені декілька разів.

Ви можете доповнити ланцюжок імен, пропонуючи кожному додати до свого імені якесь означення-прикметник, який починається з тієї ж літери, що і його (її) ім'я: «Легідна Людмила», «Обережна Оксана» тощо. Означення допомагають іншим запам'ятати імена учасників.

2.Вправа «Визначення особистісного визначення поняття здоров'я»

Мета: Стимулювати когнітивні процеси.

Інструкція: Психолог розподіляє учасників на 3 групи, кожна з яких відповідає на запитання:

Група 1: Що таке здоров'я? (Учасники методом «Мікрофону» озвучують своє розуміння поняття «Здоров'я»).

Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад.

Група 2: Здорова людина – яка вона?

Здорова людина – така, яка життєрадісно й охоче виконує свої обов'язки і повністю реалізує свої фізичні та розумові здібності.

Група 3: Які складові здоров'я Ви знаєте?

Запитання для обговорення:

– Чи легко вам було впоратися з цим завданням?

– Від кого у вашому житті ви можете отримати відповіді на дані запитання?

– Які ще запитання стосовно здоров'я ви б хотіли обговорити тут?

3.Вправа «Казка по колу» (25-30 хв)

Мета: формування позитивного образу самого себе.

Інструкція: Учасникам пропонують скласти казку про людину, в якій немає недоліків. Перший підліток говорить перше речення цієї казки, другий — друге, третій — третє і т. д. Після того, як *сюжет* казки сформовано, учасники об'єднуються у дві підгрупи, кожна з яких одержує своє завдання: перша — продовжити казку так, щоб у головного героя не з'явилося недоліків, друга — щоб недоліки з'явилися.

4.Вправа „Кроки до здоров'я”.

Мета: Усвідомити й осмислити життєвоважливі рішення, які впливають на здоров'я.

Інструкція: Після інформаційного повідомлення психолог пропонує учасникам записати на аркушах важливі рішення, які вони приймають у своєму житті, а потім відповісти на запитання про те, які з вказаних рішень впливають на здоров'я.

Інформаційне повідомлення

Щоб прийняти в житті правильне рішення, потрібно спочатку продумати всі „за” і „проти”, задачі і цілі в житті, що стоять перед тобою, вирішити, що важливіше і лише потім робити вибір. Зважаючи на те, що ви сьогодні почули, і про що дізналися, пропоную розробити вам власний шлях до здоров'я. Сьогодні я пропоную зробити вам перші кроки і стати на цей шлях і пройти його, а от який шлях виберете ви – покаже саме життя. (роздаються сліди, на яких учасники пишуть власні кроки до здоров'я і йдуть по ним).

Заняття 4

Мета: оптимізація ціннісно-мотиваційного компоненту внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Обладнання: камінці, журнали, фарби, кольорові олівці, аркуші паперу, клей.

1.Вправа «Що в імені?»

Мета: створення в групі почуття довіри та захищеності.

Інструкція: Учасники мають назвати себе, а потім поговорити на одну з наведених

нижче тем:

що мені подобається або не подобається у власному імені;
на честь кого мене назвали;
прізвисько, яке мені подобається чи не подобається;
походження мого імені.

Після обговорення кожен учасник записує на аркуші імена всіх членів групи.

2. Вправа «Я – щаслива людина».

Мета: Формувати в учасників усвідомлення життєвих цінностей як основи бачення власної життєвої перспективи.

Інструкція: Психолог пропонує кожному учаснику виконати проєктивний малюнок «Я – щаслива людина: вчора, сьогодні, у майбутньому». Після чого робиться виставка малюнків усіх учасників.

Запитання для обговорення:

- Що Вам було цікаво?
- На що хочеться звернути увагу?
- Чим хочеться поділитися?
- Що сподобалося найбільше?
- Що здивувало?
- Що відбулося вперше?
- Що не сподобалося?

3. Вправа «Дорога здоров'я»

Мета: Сприяти формуванню відповідальності за своє здоров'я.

Інструкція: уявіть, що ми потрапили в країну, де не дотримуються правил здорового способу життя, бо не знають, що це таке. Щоб з'ясувати зміст поняття «здоровий спосіб життя», ми маємо прокласти уявну «Дорогу здоров'я».

Завдання підгрупам: продовжити ряд слів, пов'язаний зі словом «здоров'я», не забуваючи, що воно буває не тільки фізичне, але й психологічне та соціальне. Переможцем стає та команда, яка створить найдовшу «Дорогу здоров'я».

4. Вправа «Перешкоди».

Мета: формування усвідомлення цінності свого здоров'я й прийняття особистої відповідальності за нього.

Інструкція: Група ділиться на дві команди. Кожна команда отримує аркуш, на якому треба написати «перешкоди» на шляху до міцного здоров'я, тобто шкідливі звички. Хто найшвидше складе найповніший список шкідливих звичок – перемагає.

Інформаційне повідомлення

Здоров'я – спосіб життя людини. Це той стиль, що людина вибирає для себе, і саме він визначає, досягне людина благополуччя чи ні. Давно доведено, що усе, що робить людина, відбивається на стані її здоров'я. Добре здоров'я – це постійний процес. До доброго здоров'я людина може йти, будучи зовсім здоровою чи навіть інвалідом. Добре здоров'я містить всі цілі життя людини, її інтереси і звички. Людина в житті може йти двома шляхами: один веде її до здоров'я, інший – від здоров'я. Отже, ми спробуємо скласти свій шлях до здоров'я, а от в якому напрямку до нього йти – обирати Вам!

Що таке здоров'я?

- Здоров'я – це нічого, але все без здоров'я ніщо.
- Здоров'я – це стан повного фізичного, соціального і психічного благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи немічності.

5. Вправа «Найцінніше, що є у моєму житті»

Мета: Усвідомлення власної системи цінностей.

Інструкція: психолог пропонує учасникам скласти список того найціннішого, що є у їхньому житті (не більше трьох пунктів).

Виберіть камінчики. Дайте їм назву своїх цінностей. Розфарбуйте їх так, щоб вони відповідали назві. Визначте, чого хочете у житті. Знайдіть зображення (на журнальних сторінках), що символізують Ваші бажання. Створіть образ- талісман. Зробіть композицію на аркуші. Презентуйте її.

Складіть список того, чого Ви боїтесь. Створіть візуальний амулет, що може бути захистом від предмета Вашого страху.

Запитання для обговорення:

Чи легко Вам було впоратись із цим завданням?

Що Вам було цікаво?

Що сподобалося найбільше, що не сподобалося?

Що здовувало?

Заняття 5

Мета: оптимізація поведінкового компоненту внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

1.Вправа «Назви ім'я та покажи рух» (5-10 хв).

Мета: розвиток внутрішньої розкутості.

Інструкція: Запропонуйте учасникам назвати своє ім'я, водночас виконуючи якусь фізичну дію, рух, жест, що також допомагає запам'ятовувати імена. Потім цей рух повторюють усі учасники, а також повторюють ім'я автора руху: «Я Ірина, я роблю так...».

2.Вправа «Модель здоров'я» (35 хв.)

Мета: актуалізувати відчуття важливості здоров'я, розуміння складності його досягнення й збереження та необхідності дбайливого та відповідального ставлення до нього.

Інструкція: Підлітки розбиваються на групи й усім групам пропонується зобразити модель здоров'я, в яку можуть входити всі складові здоров'я. Групи представляють свою модель.

Обговорення вправи. Групи порівнюють свої роботи та дають відповіді на запитання:

Які думки у вас виникли під час виконання роботи?

Як ви думаєте, що найважливіше для вашого здоров'я?

Після презентації вправи ведучий пропонує всім уявити собі ті шкідливі, руйнівні фактори, які є в нашому житті, що впливають на здоров'я людини. Отже, у нас є багато ідей щодо реалізації здорового способу життя і тільки від нас самих залежить, як його зберегти.

Ведучий пропонує учасникам розказати, що вони відчували, коли створювали модель здоров'я. Потім групам пропонується помінятися аркушами паперу з малюнками „Модель здоров'я". Зіпсувати малюнок протилежної команди. Діти легко псують чужу роботу. Але на певному етапі розуміють, що з їхнім малюнком роблять те ж саме. Після закінчення роботи розглядаються „Моделі здоров'я", що зіпсовані.

Обговорення вправи. Пропонується дати відповіді на такі питання:

- Що ви відчували, коли руйнували чужу «Модель здоров'я»?

- Що ви відчували, коли отримали свою модель зруйнованою?

- Чи можна відновити те, що вже зруйноване?

Виявляється, що зіпсувати здоров'я іншим людям значно легше. Треба навчитись берегти не тільки своє здоров'я, а й оточуючих людей. Після обговорення, коли висловили всі бажання свою думку, ведучий пропонує результати наукових досліджень щодо вагомості впливу різноманітних факторів на здоров'я людини.

3.Вправа „10 заповідей здоров'я”.

Мета: звернути увагу учасників на власні звички та необхідність здорового способу життя, закріплення знань, отриманих на занятті.

Інструкція: Тренер запитує в учасників: „Що таке заповідь?” Підліткам пропонується уявити себе мудрецами, які жили в давнину і дати 10 настанов – заповідей для зміцнення здоров’я. Після закінчення тренер пропонує одній групі учасників назвати свої заповіді і записати їх на дошці, інші учасники груп доповнюють цей перелік.

Потім підлітки роблять висновок, які заповіді найважливіші (акцент робиться на ті, що найбільше повторюються).

Інший спосіб проведення вправи: Підгрупи протягом 10 хвилин складають 10 заповідей здоров’я. Далі групи презентують свої розробки.

Запитання для обговорення:

- З чим можна порівняти заповіді?
- Як ви розумієте давній латинський вислів: „Якщо є сумнів – утримайся”.
- Чи важко було виконувати цю вправу? Що дає робота над цією вправою?

4.Вправа «Корисна поведінка» (20-30 хв)

Мета: формування свідомого ставлення до своєї поведінки.

Інструкція: організуйте невелику групу добровольців (відповідно до кількості учасників групи), які будуть брати інтерв’ю в інших членів групи. Нехай добровольці протягом 10-15 хв ставлять максимальній кількості респондентів таке запитання: «Яка поведінка під час тренінгу, на вашу думку, була б корисною, а яка-ні?». На початку тренер дає групі кілька прикладів відповідей на це запитання.

Після того, як час, відведений на опитування, закінчиться, інтерв’юери діляться результатами опитування з групою. Ви можете також записати деякі відповіді на великому аркуші паперу.

Зазвичай достатньо просто почути відповіді учасників, щоб установити суть основних правил поведінки. Проте можна проаналізувати відповіді, відзначити повторення та оформити список правил.

5.Вправа „Запитання – відповіді”

Мета: Спрямувати учасників на здоровий спосіб життя, пошук і усвідомлення поведінки, яка сприяє зміцненню здоров’я.

Інструкція: Учасники розподіляються по групам. Ведучий розподіляє запитання:

- Група 1. Для чого нам здорова поведінка?
- Група 2. Що заважає людям цінувати своє здоров’я?
- Група 3. Що шкодить здоров’ю?
- Група 4. Від чого чи від кого залежить стан здоров’я?

ДОДАТОК В

Список праць здобувача за темою дисертації:

– у яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Щурик І. Особливості спілкування підлітків із вадами опорно-рухового апарату з однолітками. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ, 2013. Вип. 18. Ч. 2. С. 216-221.
2. Щурик І. Особливості формування Я-концепції підлітків з вродженими та набутими вадами опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ, 2013. Том.11. Вип.7. Ч. 2. С.579-585.
3. Щурик І. Програма психологічного супроводу підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ, 2014. Том 11. Вип.13. С.573-580.
4. Щурик І. Шляхи оптимізації Я-концепції підлітків із вадами опорно-рухового апарату засобами тілесно-орієнтованої терапії. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ, 2015. Вип. 20. Ч. 2. С. 232-237.
5. Gasyuk Miroslava Schuryk Irina The psychological treatment features of the internal picture of health in adolescents with the acquired defects of the musculoskeletal system. *Збірник наукових праць : психологія*. Івано-Франківськ: Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», Івано-Франківськ, 2019. Вип. 23. С. 111-117.
6. Гасюк М. Щурик І. Особливості психологічної корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату.

Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія “Психологічні науки”. Херсон, 2018. Вип. 5. С. 260-265.

7. Щурик І. Проблеми впровадження інклюзивної освіти у гірських школах. *Карпати-Аппалачі: формування особистості в контексті сталого розвитку гірських регіонів: матеріали II Міжнародної спільної українсько-американської науково-практичної конференції* (м. Івано-Франківськ, 24-26 вересня 2013 р.) / гол. ред. В.Д. Хрущ. Івано-Франківськ, 2013. С. 222-224).

– які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

8. Щурик І. Роль фізичної активності у формуванні Я-концепції підлітків з вадами опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин, 24-25 квітня 2014 р.: матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції/* за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам’янець-Подільський, 2014. С. 240 – 243.

9. Пасічняк Л. Щурик І. Проблеми впровадження елементів спортивної анімації у програми психологічної реабілітації підлітків з набутими вадами опорно-рухового. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка. Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт*. 2015. Вип. 129, Т.І. С. 199–202.

Відомості про апробацію результатів дисертації

I . Міжнародні наукові конференції:

1. IV Міжнародна науково-практична конференція «Особистість у сучасному світі: проблеми розвитку та психологічної допомоги» (Ніжин, 25-26 квітня 2013, форма участі: заочна (публікування тез);
2. II Міжнародна спільна українсько-американська науково-практична конференції “ Карпати-Аппалачі: формування особистості в контексті

сталого розвитку гірських регіонів” (Івано-Франківськ, 24-26 вересня 2013, форма участі: заочна (публікування тез);

3. VI міжнародна науково-практична конференція “Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин, (Кам'янець-Подільський-Київ-Казань-Жешів-Брест-Варшава, 24-25 квітня 2014, форма участі: заочна (публікування тез);
4. VIII Міжнародна науково-практична конференція “Духовність у становленні та розвитку особистості” (Івано-Франківськ, 9-11 жовтня 2014, форма участі: заочна (публікування тез);
5. VIII Міжнародна наукова конференція пам'яті Анатолія Миколайовича Лапутіна «Актуальні проблеми сучасної біомеханіки фізичного виховання та спорту» (Чернігів, 15-16 жовтня 2015, форма участі: заочна (публікування тез).

II. Засідання кафедри загальної та клінічної психології ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» (Івано-Франківськ, протокол №6 від 28 лютого 2019 р.).

01.10.2018 р. № 322/26.1-10/07

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертації
Щурик Ірини Михайлівни
на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук
за темою
«Психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини
здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату»

Результати кандидатського дисертаційного дослідження Щурик Ірини Михайлівни, а саме: авторська програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є доцільною для впровадження її у роботу Івано-Франківської обласної дитячо-спортивної школи інвалідів, сприяє формуванню у підлітків з набутими функціональними порушеннями навиків і вмінь подолання труднощів, пов'язаних із хворобою, покращує якість їхнього життя.

Результати кандидатського дисертаційного дослідження Щурик Ірини Михайлівни за темою «Психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату» за спеціальністю 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія використовуються у роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату під час їх психологічного супроводу.

Довідка видана спеціалізованій вченій раді за місцем захисту дисертації Щурик Ірини Михайлівни.

Директор ОДЮСШ



[Handwritten signature]

М.Я.Кривоніс

№124 від 01.12.2018р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертації
Щурик Ірини Михайлівни
на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук
за темою
«Психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини
здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату»

Результати кандидатського дисертаційного дослідження Щурик Ірини Михайлівни, а саме: авторська програма оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату є доцільною для впровадження її у роботу Івано-Франківського регіонального центру з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», чинить сприятливий вплив на психоемоційний стан підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату, рівень їхньої психо-соціальної адаптації і зменшує частоту соматичних проявів гострих та хронічних захворювань.

Результати кандидатського дисертаційного дослідження Щурик Ірини Михайлівни за темою «Психолого-педагогічні чинники оптимізації внутрішньої картини здоров'я підлітків з набутими вадами опорно-рухового апарату» за спеціальністю 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія використовуються у роботі з підлітками, які мають набуті вади опорно-рухового апарату під час їх психологічного супроводу.

Довідка видана спеціалізованій вченій раді за місцем захисту дисертації Щурик Ірини Михайлівни.



[Signature]

І.І. Балагутрак