

знаннями для теоретичного і практичного освоєння дійсності; розвиток екологічної свідомості як системи уявлень про світ, для якої характерно орієнтованість на екологічну доцільність, сутність протистояння людини і природи; сприйняття природних об'єктів як партнерів у взаємодії з людиною, розвиток екологічного мислення, що передбачає здатність встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, моделювати і прогнозувати розвиток природного середовища під впливом антропогенної діяльності; емоційне ставлення до світу; уміння й навички грамотної поведінки у природному середовищі.

Література

1. Бойченко Т.Є. Здоров'язбережувальна компетентність як ключова в освіті України // Основи здоров'я і фізична культура. – 2008. - № 11/12. – С. 67.
2. Бойчук Ю.Д. Компетентнісний підхід як науковий базис модернізації сучасної системи загальної середньої освіти // Джерело інновацій. Компетентнісний підхід в освіті. Науково-методичний журнал. – Харків: Харківська академія неперервної освіти, 2017. – С. 7-13.
3. Закон України «Про освіту» (Відомості Верховної ради (ВВР). – 2017. - № 38/39. - С. 380. Режим доступу: zakon.2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19.
4. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: Бібліотека з освітньої політики / під заг. ред. О.В. Овчарук. – К.: «К. І. С.», 2004. - 112 с.
5. Нова українська школа. Концептуальні засади реформування середньої школи. Режим доступу: www.kmu.gov.ua/storage/app/media/reforms/ukraiska-shkola-compressed.pdf.
6. Пометун О.І., Пометун О.І., Пироженко Л.В. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання: наук.-метод. посіб. ; за ред. О.І. Пометун. – К.: Вид-во А. С. К., 2004. – 432.

Бельорін-Еррера О.М., Корженко І.О.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ДІАГНОСТУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Наша країна переживає досить складний період свого розвитку, що характеризується низкою політичних, економічних, соціальних проблем. Військові дії на південному сході України стають значним психотравмуючим чинником, що згубно впливає на здоров'я особистості та духовно-світоглядний стан суспільства в цілому. Участь у боях, перебування в зоні бойових дій, фізичні травми, втрата близьких, житла та роботи, потрапляння в ситуацію заручника, біженця, повна невизначеність положення, у поєднанні з неможливістю прогнозувати майбутнє, створюють драматичні соціальні обставини, які чинять значний психотравмуючий вплив на людей.

Умовно виділяють *три типи порушень соціальної адаптації* під впливом радикальних суспільних змін: 1) *аномічний* – характеризується замкнутістю у собі, втратою життєвого тону, активності та цілеспрямованості, зниженням кола інтересів; 2) *диссоціальний* – проявляється схильністю до афективних вибухів, легковажністю. Знижується

толерантність до психотравмуючих ситуацій з конфліктністю і виникненням агресивної поведінки; 3) *магіфренічний* – характеризується специфічними змінами світогляду та поведінки з домінуванням ідей магічного змісту (що не відповідають здоровому глузду, життєвому досвіду та освіті). Різноманітні форми магічної (релігійної та окультної) діяльності визначають життєвий устрій.

Ситуація озброєного протистояння викликає психічну травму і характеризується як етіологічний чинник психогенних розладів. Постраждалі оцінюють те, що відбувається, як результат діяльності певних людей. Це призводить до формування у свідомості образу «ворога». Виникає почуття ворожості по відношенню до тих, кого вважають винними у своїх стражданнях.

Спеціалісти, в основному, виділяють три періоди розвитку психогенних розладів (ПР):

1) *гостра реакція на стрес* виникає у відповідь на ситуацію безпосередньої небезпеки для життя та фізичного здоров'я. Розлад виникає безпосередньо після початку надзвичайної ситуації (рідше – на протязі 3 діб). Тривалість реакції зазвичай не перевищує кілька годин. Якщо надзвичайна ситуація не розв'язується, через 24–48 годин психопатологічна симптоматика починає послаблюватись і сходить до мінімуму на протязі 3 діб. У клінічних проявах домінує афективне звуження свідомості з явищами легкої приголомшеності, в емоційній сфері переважають страх, жах, безпомічність. Грубо порушена концентрація уваги з неможливістю цілісного і послідовного сприйняття. Послідовне мислення з усвідомленням ситуації неможливе. Втрачена здатність до вольового контролю поведінки;

2) після завершення гострої реакції на стрес розпочинається *перехідний період* тривалістю від 5 до 30 днів. З'являються загальна слабкість, головні болі в потиличній ділянці, порушення сну, підвищена стурбованість щодо стану фізичного здоров'я, напруженість, тривожність, нерішучість, небажання брати на себе відповідальність. Як правило, посилюється апетит і хворий стає нерозбірливим у їжі. Активна поведінка спрямована на мінімізацію загрози для життя. Життєвий устрій стає більш примітивним. Характерним феноменом є внутрішня ревізія своєї поведінки в період надзвичайної ситуації, коли свої вчинки зіставляються з уявою про моральні стандарти;

3) наступним етапом розвитку ПР є поява *посттравматичного стресового розладу(ПТСР)*– відстроченої за часом психопатологічної комплексної реакції на психотравмуючі події, яка сформувалися в цілісний синдром і носить затяжний характер.

Діагноз «посттравматичний стресовий розлад» посів одне з центральних місць у числі нових прикордонних психічних розладів у кінці ХХ століття. Хоча деякі дослідники відносять початок вчення про травматичні неврози до кінця ХVІІІ століття, коли в Західній Європі почалася науково-технічна революція, яка характеризувалась механізацією виробництва, розвитком транспортних мереж, що, в свою чергу, призвело до

зростання травматизму в результаті нещасних випадків. Однак, спочатку «травматичними» розладами займалися переважно військові психіатри, що досліджують емоційні реакції у жертв та учасників штучно створеної катастрофи-війни. Поняття «посттравматичний стресовий розлад» уперше згадується в американській класифікації DSM-III в 1960 році, де воно розглядалося в рамках невротичних розладів на основі діагностичних критеріїв, розроблених М. Horowitz.

На сучасному етапі велика частина робіт, що стосуються ПТСР, присвячена епідеміології, етіології, динаміці, діагностиці та терапії ПТСР. Дослідження проводяться на різних контингентах: учасниках бойових дій, жертвах насильства і тортур, хворих із загрозливими життю захворюваннями, біженцях, пожежниках, рятувальниках тощо. Основні поняття, які використовують дослідники, працюючі в цій галузі, – «травма», «травматичний стрес», «травматичні стресори», «травматичні ситуації», «посттравматичний стресовий розлад».

На психологічному рівні симптоми посттравматичного стресового розладу представляють сукупність взаємопов'язаних характеристик (симптомокомплекс), що входить в семантичне поле категорії «посттравматичний стрес». Рівень ПТС пов'язаний з особистісною та ситуаційною тривожністю, психопатологічними параметрами, виразністю ознак депресії і соціо-демографічними характеристиками. Високий рівень посттравматичного стресу кореспондує з клінічною картиною ПТСР.

З метою з'ясування рівня посттравматичного стресового розладу, оцінки впливу психотравмуючих факторів на особистість постраждалого та моніторингу його стану використовуються такі *психодіагностичні методики*: 1) шкала клінічної діагностики ПТСР (*CAPS-DX*) – дозволяє визначити наявність ознак ПТСР, як на даний момент, так і протягом періоду життя після травматичної події [5]; 2) методика багатовимірного вимірювання копінга «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» (КПРС) [4]; 3) опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте (*LifeStyleIndex*) – дозволяє діагностувати всю систему механізмів психологічного захисту (МПЗ), виявити як провідні, основні механізми, так і оцінити ступінь напруженості кожного [2]; 4) шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна (*LUJPT*) – дозволяє виміряти тривожність і як властивість особистості, і як емоційний стан [3]; 5) опитувальник депресивності Бека (*BDI*) – призначений для оцінки наявності депресивних симптомів у обстежуваного на поточний період [5]; 6) методика дослідження рівня суб'єктивного контролю (УСК) – дозволяє виміряти інтернальність-екстернальність в міжособистісних і сімейних відносинах [3]; 7) особистісний профіль за Айзенком (*EPP-S*) – призначений для діагностики екстраверсії / інтроверсії і нейротизму [1].

Отже, посттравматичні стресові розлади - надзвичайно актуальна проблема сьогодення, яка потребує подальших наукових досліджень.

Література

1. Айзенк Г. Дж., Вильсон Г. Дж., К. Дж. Джексон Личностный профиль по Айзенку. – М.: «Когито-Центр», 1999. - 50 с.
2. Каменская В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. – СПб.: Детство-пресс, 1999. - 143 с.
3. Карелин А.А. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007. - 416 с.
4. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. - Кострома: Авантитул, 2007. - 60 с
5. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М.: «Когито-Центр», 2007. - 207 с.

Бережна Т.І.¹, Бєсєдіна А.А.², Єжова О.О.²

¹ДУ «Інститут модернізації змісту освіти»

²Сумський державний університет

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ЕТАПУ РОЗВИТКУ ШКОЛИ ЗДОРОВ'Я

У сучасних соціально-економічних умовах проблема здоров'я дітей, підлітків і молоді набирає першочергового значення. Позитивний і ефективний шлях збереження, зміцнення і формування здоров'я дітей пов'язаний із діяльністю закладів освіти як Шкіл здоров'я (ШЗ). Однією з проблем їх функціонування в Україні є проблема оцінювання ефективності та моніторингу діяльності. У свій час нами запропоновано методику діагностики етапів розвитку закладу освіти як Школи здоров'я [2].

У процесі розроблення методики ми спиралися на дослідження В. Кучми щодо критеріїв оцінки діяльності шкіл сприяння здоров'ю [3], методику ВООЗ «Створення сприятливого середовища для емоційного та соціального благополуччя» [4] та методику створення освітнього середовища як дієвого чинника формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів О. Єжової [1, с. 305]. Для анкети до методики визначення етапу розвитку освітньої установи як Школи здоров'я з методики ВООЗ добрано приблизно 50% тверджень та адаптовано їх до реалій вітчизняних закладів освіти. З повним текстом анкети можна ознайомитися у нашій монографії [2, с. 256-263].

Алгоритм визначення етапу розвитку освітньої установи як Школи здоров'я передбачає таку послідовність дій: збирання необхідної інформації: проведення анкетування; оцінювання етапу розвитку освітньої установи як Школи здоров'я (аналіз анкет згідно державних санітарних правил і норм влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу ДСанПіН 5.5.2.008-01; надання рекомендацій щодо оптимізації здоров'яспрямованої діяльності в освітньому процесі закладу.

Методика передбачає два етапи збирання необхідної інформації: 1) *експертний* - у ролі експерта виступає координатор регіональної мережі шкіл сприяння здоров'ю (методист, науковець тощо). За результатами анкет