

Міністерство освіти і науки України
Корпорація Інститут Досліджень та Тренінгів JSI Inc.
Програма «Здоров'я жінок України»
Фонд Народонаселення ООН

СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ



СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

Дізнайтеся більше про репродуктивне здоров'я і планування сім'ї —
зателефонуйте на безкоштовну інформаційну лінію за номером
0 800 50 27 57 або завітайте на сайт **www.planA.org.ua**



НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ



Міністерство освіти і науки України
Корпорація Інститут Досліджень та Тренінгів JSI Inc.
Програма «Здоров'я жінок України»
Фонд Народонаселення ООН

СТАТЄВЕ ВИХОВАННЯ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

Навчальний посібник

*Схвалено комісією з основ здоров'я
Науково-методичної Ради з питань освіти
Міністерства освіти і науки України*

Київ
2014

УДК 37.0421
ББК 74.267.5
Л54

*Схвалено комісією з основ здоров'я Науково-методичної Ради
з питань освіти Міністерства освіти і науки України
для використання в загальноосвітніх навчальних закладах
(Протокол № 2 від 22.05.2014. Лист №14.1/12-5-753 від 27.05.2014)*

Рецензенти:

Борис Михайлович Качур — кандидат педагогічних наук, завідувач кафедри менеджменту та інноваційного розвитку освіти Закарпатського інституту післядипломної педагогічної освіти

Анатолій Іванович Анцибор — кандидат психологічних наук, завідувач кафедри психолого-педагогічної освіти та інновацій Вінницького обласного інституту післядипломної освіти педагогічних працівників

Валерій Володимирович Ющик — кандидат медичних наук, керівник Дружньої клініки для молоді м. Києва

Лещук Н. О.

Л54 Статеве виховання і репродуктивне здоров'я підлітків та молоді : навч. посіб. / Н. О. Лещук, Ж. В. Савич, О. А. Голоцван, Я. М. Сивохоп. — К., 2014. — 136 с.

ISBN

Навчальний посібник «Статеве виховання і репродуктивне здоров'я підлітків та молоді» розраховано на вчителів, психологів, соціальних педагогів і передбачає їх теоретичну підготовку для роботи з підлітками за програмою МОН України / ФН ООН «Дорослішай на здоров'я». У посібнику розглянуто теоретичні аспекти статевого виховання, формування здорового способу життя та збереження репродуктивного здоров'я підлітків, основ планування сім'ї та відповідального батьківства.

**УДК 37.0421
ББК 74.267.5**

Цей посібник розроблено завдяки щедрій підтримці американського народу за допомогою Агентства США з Міжнародного Розвитку (USAID). Відповідальність за зміст посібника несе Корпорація Інститут Досліджень та Тренінгів JSI Inc.; інформація, яку представлено в посібнику, не завжди відображає погляди Агентства США з Міжнародного Розвитку або уряду Сполучених Штатів.

ISBN

© Н. О. Лещук, Ж. В. Савич,
О. А. Голоцван, Я. М. Сивохоп, 2014

ЗМІСТ

| | |
|---|-----|
| Вступ..... | 5 |
| <i>Тема 1.</i> Концептуальні засади статевого виховання | 6 |
| <i>Тема 2.</i> Гендерні аспекти статевого виховання..... | 18 |
| <i>Тема 3.</i> Підлітковий та юнацький вік. Психічна саморегуляція у підлітково-юнацькому віці | 32 |
| <i>Тема 4.</i> Психосексуальний розвиток і міжстатеві відносини у підлітковому віці..... | 49 |
| <i>Тема 5.</i> Здоров'я людини. Репродуктивне здоров'я та ризики для нього..... | 69 |
| <i>Тема 6.</i> Вплив психоактивних речовин на репродуктивне здоров'я підлітків..... | 82 |
| <i>Тема 7.</i> Відповідальне батьківство та підлітково-юнацький вік як етап його формування..... | 99 |
| <i>Тема 8.</i> Основи планування сім'ї..... | 115 |
| <i>Тема 9.</i> Форми і методи реалізації програм статевого виховання..... | 126 |



ВСТУП

Реформування українського суспільства потребує істотних змін у підходах до виховання молодого людини. Сучасні державні документи з питань національної освітньої політики визначають основні ідеї щодо змісту виховання особистості: забезпечення знання і розуміння загальнолюдських цінностей, цінностей національної культури; формування досвіду гуманної поведінки в найважливіших видах людської діяльності; самостійності у прийнятті рішень, вільного вибору вчинків, способів самореалізації в усіх сферах життєдіяльності.

Питання статевого виховання молоді існували та розвивалися з розвитком самого людства, були предметом уваги з боку соціологів, педагогів і лікарів. На сьогодні статево виховання — це багатоаспектна проблема, що передбачає морально-психологічний, анатомо-фізіологічний, медико-гігієнічний, психосексуальний та юридичний компоненти.

Статеве виховання — це складова частина загального виховного процесу школи та сім'ї, спрямована на формування свідомості молодого людини відповідно до її статі та оволодіння нею культурою міжстатевих стосунків відповідно до загальноприйнятої системи статевих ролей.

З позицій сьогодення важливим є спрямування роботи на: об'єднання зусиль педагогів, батьків для розв'язання завдань статевого виховання; дотримання норм шлюбно-сімейних стосунків, формування в молоді орієнтації на шлюб, сім'ю та відповідальне батьківство; використання у виховній практиці сучасних форм роботи щодо статевого виховання.

Сучасні соціально-економічні та політичні перетворення породжують суперечності між вимогами до статевого виховання молоді й неспроможністю більшості соціальних інститутів (сім'ї, навчальних закладів тощо) повноцінно виконувати свої виховні функції. Тому формування статевої культури особистості сьогодні є проблемою як психолого-педагогічною, так і загальнодержавною.

Серед сучасних педагогічних проблем однією з суспільно важливих є зниження віку початку неповнолітніми статевого життя, що супроводжується зростанням кількості штучного переривання вагітності, розширенням діапазону венеричних захворювань, появою серед школярів матерів-одиначок.

Актуальність проблеми статевого виховання зумовлена також некомпетентністю педагогів, батьків у питаннях сексуальної освіти, що призводить до відсутності ранньої орієнтації на виконання соціальної ролі в житті (батька, матері, дружини, чоловіка).

На сучасному етапі основні інститути, які покликані здійснювати виховний вплив на дитину (родина, школа), переважно ототожнюють статево виховання зі статевою освітою, а статево-рольовий аспект базується на інтуїтивному розумінні його сутності вихователями. У результаті статево виховання здійснюється хаотично, стихійно та не завжди адекватно.

У пропонованому посібнику систематизовано і представлено відомості з питань статевого виховання підлітків та молоді, гендерні аспекти статевого виховання, теоретичні аспекти питань збереження загального та репродуктивного здоров'я підлітків, основ планування сім'ї та відповідального батьківства.

Цей посібник разом з навчально-методичним посібником Програми МОН України / ФН ООН «Дорослішай на здоров'я» складають методичну основу підготовки вчителів, психологів, соціальних педагогів для роботи з підлітками у загальноосвітніх та професійно-технічних навчальних закладах з питань статевого виховання, формування здорового способу життя та збереження репродуктивного здоров'я.

Навчальний посібник «Статево виховання і репродуктивне здоров'я підлітків та молоді» також може бути корисним всім, хто хоче розширити і поглибити свої знання з цього аспекту виховної роботи.

1

ТЕМА

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ

Освіта як соціальний інститут — це одна з підструктур суспільства. Накопичення та передача досвіду культури й цивілізації разом зі зростанням наукового знання стали не лише функцією суспільства, а й запорукою його розвитку. Сьогодні освіта розглядається як основний чинник формування суспільства й держави, науки та культури.

Зазвичай в освіті виділяють два взаємопов'язані процеси. Один з них — навчання — це засвоєння учнями під керівництвом вчителя знань, умінь і навичок, інший — виховання — цілеспрямований розвиток особистості для засвоєння нею цінностей культури, соціального досвіду, стандартів поведінки.

Сучасний світ переживає докорінну зміну підходів до питань освіти й виховання. Це зумовлено переорієнтацією освітньої системи на розвиток людини, її особистісних і моральних якостей.

Державні документи з питань національної освітньої політики передбачають знання і розуміння учнями загальнолюдських та національних цінностей, цінностей сімейного життя, самостійності у прийнятті рішень, збереження репродуктивного, фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я нації. Щоб розв'язати ці завдання, нагально потрібно підвищити ефективність усіх напрямів виховання, зокрема статевого, в сучасному навчально-виховному процесі, в сім'ї та громадськості.

Особлива увага до проблем статевого виховання в Україні сьогодні зумовлена кількома причинами, серед яких найважливіші такі: прискорений розвиток дітей (акселерація); незадовільний рівень обізнаності неповнолітніх з питань статевої сфери, низька якість і сумнівні шляхи отримання такої інформації (однолітки, засоби масової інформації тощо); сексуальність підлітків та пов'язані з нею проблеми (репродуктивне здоров'я, ризикована поведінка, інфекції, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ, незапланована вагітність); нівелювання більшістю неповнолітніх моральних цінностей та ін.

Ці явища свідчать про недостатньо ефективну роботу, що проводиться педагогічними працівниками в напрямі статевого виховання,

про недостатню теоретичну й методичну підготовку вчителів, низький рівень педагогічної культури батьків. Як наслідок виникають суперечності між значним виховним потенціалом навчального закладу та сім'ї щодо статевого виховання й недостатнім його використанням у виховній практиці. Тому перед системою освіти постало актуальне завдання: здійснення статевого виховання молоді.

У широкому сенсі термін «статеве виховання» означає вплив середовища на психосексуальний розвиток і формування індивіда. Але середовище, яке оточує людину, — явище надзвичайно багатогранне й динамічне. Його впливи не завжди передбачувані, заплановані чи бажані.

У вузькому (не соціальному взагалі, а педагогічному) сенсі статеве виховання — це процес систематичного, свідомо планованого і здійснюваного, орієнтованого на певний кінцевий результат, спрямованого впливу на психічний і фізичний розвиток хлопчика (чоловіка) і дівчинки (жінки) для оптимізації їх особистісного розвитку та діяльності в усіх пов'язаних з відносинами статей сферах життя. У цьому сенсі статеве виховання, як і взагалі виховання, передбачає наявність усвідомлюваних цілей, відповідних їм програм і методів, конкретних відповідальних виконавців.

Разом з тим прямо або опосередковано на формування особистості впливають не лише певні особи, сімейний і шкільний устрій, а й вулиця, громадські установи, весь суспільний лад. Іншими словами, виховує все, але не всі можуть бути вихователями. Основне завдання вихователя — оптимально узгодити свої позитивні виховні зусилля з реальним, діалектично-суперечливим життям. А це передбачає розрізнення, окрім самого статевого виховання, ще й інших з ним пов'язаних аспектів.

Виходячи з визначення поняття соціалізації, статева соціалізація — це процес, що передбачає, з одного боку, засвоєння пов'язаного зі статтю соціального досвіду в міру входження в соціальне середовище, систему соціальних зв'язків осіб чоловічої та жіночої статі, а з іншого — активне відтворення індивідом системи взаємовідносин статей в активній діяльності, включення в ці взаємини. Цей процес — двосторонній за характером: людина пасивна у тому сенсі, що вона сприймає і запам'ятовує запропоноване суспільством і культурою, і активна — застосовує сприйняте і перетворює його на власні ціннісні установки та орієнтації.

На відміну від статевого виховання цілі й програми статевої соціалізації ніким спеціально не формулюються, а сама вона не передбачає конкретних відповідальних виконавців. Виховання — це формування певної активної позиції, яка має стати орієнтиром у соціалізації як засвоєнні та присвоєнні культурних і моральних стандартів суспільства. Виховання і соціалізація — вектори єдиного процесу формування особистості. Соціалізація орієнтована на освоєння того соціального досвіду, який існує у теперішньому часі. Виховання розгортається в сьогоденні, виростаючи з минулого і орієнтуючись на майбутнє. У цьому й полягає діалектично-суперечлива єдність соціалізації та виховання, осмислення якої не варто спрощувати ні до їх ототожнення, ні до протиставлення.

Статева просвіта як поширення знань про фізіологію і психологію статі, психосексуальні процеси й відносини, може бути структурно пов'язана і з соціалізацією, і з вихованням. Так, отримання знань з випадкових спостережень, спілкування з однолітками, знайомства з художньою або спеціальною літературою слід розглядати як статево просвіту в структурі соціалізації. Будь-який цілеспрямований спосіб інформування юного покоління в цілому або конкретної дитини з пов'язаними зі статтю аспектами життя — це статева просвіта в структурі виховання.

Із загального погляду, виховання й навчання у вузькому значенні — це прогресивні форми соціалізації. З практичного, сфокусованого на особистості дитини погляду збільшення зон збігу статевої соціалізації, статевого виховання та статевої просвіти (що в сучасних культурах має свої межі) пов'язане з гармонізацією психосексуального розвитку і формування особистості. Саме такими є складові процесу, який у широкому сенсі називають статевим вихованням.

Теоретично складним є питання про співвідношення статевого виховання та статевої (сексуальної) просвіти. І перше, і друге базується на отриманій інформації. Якщо вона залишається лише на рівні знань, то мова йде тільки про освіту. Якщо ж інформація сприяє формуванню поглядів, переконань, ціннісних орієнтацій і стійко відображається у поведінці, то можна говорити про виховання. Тож відокремити «виховне» від «просвітнього», або «навчального» — не завжди легко, як неможливо розірвати на частини цілісну життєву ситуацію. Щоб інформація мала виховне значення, її треба донести в яскравій, образній, емоційній формі. Важливі також її новизна і вік,

в якому таку інформацію дитина, підліток отримують вперше. І, природно, така інформація має бути морально бездоганною, щоб виховання возвеличувало особистість.

Медичний аспект статевого виховання має забезпечити зв'язок установок, які формуються у дитини під час цього виховання, з проблемами здоров'я в цілому, в тому числі психічного та сексуального здоров'я.

Сексуальне здоров'я визначається експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) як комплекс соматичних, пізнавальних, емоційних і соціальних аспектів буття людини, які позитивно збагачують особистість, підвищують комунікабельність і здатність до любові. Воно передбачає також здатність насолоджуватися статевим життям і контролювати сексуальну поведінку відповідно до норм соціальної й особистої етики, свободу від страху, неадекватних уявлень про людську сексуальність та інших психологічних факторів, що спотворюють сексуальні реакції і стосунки.

Отже, медичні цілі й завдання статевого виховання полягають у допомозі молодому поколінню в формуванні сексуального здоров'я як необхідного аспекту здоров'я в цілому.

Створення ефективної системи статевої (сексуальної) просвіти, служби сім'ї та сексопатології неможливе без одночасного і навіть випереджувального розвитку теоретичної сексології, в тому числі її еволюційно-біологічних, психологічних, соціологічних та етнокультурних аспектів.

Наприкінці XIX ст. обумовлена прагненням до збереження традиційних укладів потреба в статевому вихованні вже не забезпечувалася системами вікових традицій і змушена була шукати опору в природничо-науковому вивченні статі та сексуальності.

«Сексуальна революція» XX ст., відображена сексологією, що стимулювала її розвиток, — процес суперечливий і неоднозначний. Зворотною стороною індивідуалізації будь-яких, в тому числі й сексуальних відносин є дегуманізація, тож розуміння статевого виховання як аспекту прикладної сексології не лише не знімає, а й актуалізує розуміння його як виховання морального. Саме моральні установки визначають шляхи та цілі застосування даних теоретичної сексології у практиці виховання.

Сексуальну просвіту слід диференціювати залежно від рівня фізіологічної зрілості підлітків. Її починають зі стадії формування

статевого потягу, включаючи навчання нормам сексуальної поведінки і контрацепції.

Узагальнюючи, можна сказати, що основними завданнями статевого виховання є:

- формування зрілої гармонійної особистості;
- формування у підлітків обох статей основних навичок спілкування та взаєморозуміння, а також здатності приймати усвідомлені рішення;
- забезпечення підлітків необхідною грамотною інформацією, яка допоможе їм адаптуватися до змін у період статевого дозрівання, пройти з найменшими психологічними втратами цей непростий етап дорослішання, досягти психологічного комфорту;
- профілактика психосоціальної дезадаптації, закладання основ адекватної статевої соціалізації підлітків;
- націленість молоді на створення сім'ї, народження і виховання дітей;
- збереження (методами виховання і просвіти) репродуктивного здоров'я підлітків; профілактика незапланованої вагітності та інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ;
- формування у підлітків та молоді здорового способу життя, позитивного ставлення до планування сім'ї та відповідального батьківства.

Змістом статевого виховання стає все те, що виховує здорову й цілісну особистість жінки і чоловіка, здатних адекватно усвідомлювати і переживати свої фізіологічні й психологічні особливості відповідно до соціальних і моральних норм суспільства і завдяки цьому встановлювати оптимальні відносини з людьми своєї і протилежної статі в усіх сферах життя.

Успішність статевого виховання визначається узгодженістю зусиль широкого кола педагогів між собою з наявною та проєктованою психосексуальною культурою.

Прийнято розрізняти три моделі статевого виховання (принаймі в Європі), що втілюють відповідні типи моральних установок щодо сексуальності.

Пермісивна (ліберальна) модель статевого виховання. Сексуальність сприймається як важлива життєва цінність. Щоб підтримувати таке сприйняття, виховання має перешкоджати «обростанню»

сексуальності почуттям провини і допомагати звільнитися від тривоги, яка через старі традиції часто забарвлює пов'язані зі статтю переживання. Молодь має право самостійно і незалежно формувати й формулювати прийнятні й бажані морально-сексуальні норми, а ті, хто провадить статеве виховання, не повинні нав'язувати молоді свою мораль. Єдина обов'язкова і культивована норма — почуття відповідальності за характер і наслідки розділених з іншою людиною сексуальних стосунків. Моральний обов'язок усіх — нести відповідальність за народження незапланованих дітей, у зв'язку з чим пропагується планування народжуваності і використання контрацептивів, штучний аборт морально засуджується. Забезпеченням молодого покоління інформацією про стать і сексуальність у світлі етичних і соціальних цінностей займається організоване виховання, а формування моральних установок сексуальної поведінки розглядається як справа насамперед сім'ї.

Рестриктивне (репресивне) статеве виховання. Ознайомлення дітей з фізичними ознаками і проявами статі вважається небажаним. Це стосується оголення — навіть маленькі діти не повинні оголяти геніталії на людях. Інформація про репродуктивні процеси й функції подається дуже поступово і обережно, рекомендується пояснювати на прикладах рослин, а не тварин, щоб уникнути передчасних уявлень про біологічну природу відтворення людини. Ознайомлення з тілесно-фізіологічними аспектами статі й сексуальності підпорядковане принципу: краще «надто пізно», ніж небезпечне «дуже рано». Перш ніж у молоді не сформується глибоке розуміння суті й важливості сім'ї та шлюбу, обговорення з дорослими (навіть педагогами) статевого дозрівання, його труднощів, венеричних захворювань, нетрадиційних форм сексуальної поведінки й подібних тем не прийнято. Спроби молоді досягти незалежності від старших і отримати вичерпно повну інформацію про сексуальність наражаються на протидію. Вважається, що знання стимулюють інтерес до сексуальності й спричиняють бажання експериментувати.

Стратегія і тактика *моделі «золотої середини»* покликана допомогти уникнути розчарувань і спричинення шкоди іншим у сексуальних стосунках взагалі й у сім'ї зокрема, полегшити особистісний і психосексуальний розвиток, пом'якшити перехід до дорослого життя, щоб реалізація емоційних і сексуальних потреб не порушувала основних соціальних норм і благополуччя інших людей. Суспільство, для

якого кохання, шлюб, сім'я — предмет глибокого інтересу, а не просто приватна справа кожного, має право і зобов'язане регулювати й визначати рамки для сексуальної поведінки людей.

Жодна з цих моделей не гірша і не краща за іншу. У пермісивній моделі, яка, здавалося б, загрожує сексуальною анархією, сексуальна поведінка прирівнюється до усіх інших видів поведінки і тому виявляється залежною від загальних законів соціальної та етичної регуляції. Жорсткі обмеження рестриктивної моделі врівноважуються переконанням у тому, що людська природа все-таки «бере своє». Модель «золотої середини» не розчиняє до останньої краплі особистість у суспільстві, сексуальне — в соціальному. У ній те, що у пермісивній та рестриктивній моделях мислиться, завдяки мовчазній «домовленості про недоговореність», стає предметом обговорення: вона допускає діалог особистості й суспільства за умови відповідальності суспільства за долю особистості.

Прийняття цих моделей регулюється індивідуальним ставленням до сексуальності й статевого виховання. Між установками моделі й реальним вихованням завжди є певний зазор. Кожна з цих моделей в різних суспільно-економічних і культурних середовищах реалізується по-різному. Що добре для однієї країни — не обов'язково добре для іншої.

Як можливості проведення, так і ефективність статевого виховання значно залежать від культурних традицій, забобонів і заборон масової свідомості, способу життя, загальної та медичної культури тощо.

П р и н ц и п и статевого виховання визначають основи, на яких будуються статево виховання в цілому і позиції педагогів, психологів, вихователів.

Принцип реалістичності має на увазі побудову статевого виховання на основі реалістичного розуміння статевої диференціації, статевих відмінностей і сексуальності людини, а не на основі «позитивних» чи «негативних» крайніх стереотипів повсякденного здорового глузду. Нереалістичні вимоги до статевого виховання, звернення до нього як до невідкладного радикального засобу вирішення вже наявних проблем, перетворення його в «профілактику сексуальності» дискредитують саму ідею статевого виховання.

Принцип перспективної ініціативи виходить з того, що, розвертаючись в сьогоденні і виходячи з досвіду минулого, статево виховання

спрямоване на підготовку до майбутнього, а тому має враховувати актуальне для молодого покоління прогнозування перспектив.

Принцип активності спонукає не чекати проблемної поведінки, а користуватися всіма прийнятними ситуаціями, а за необхідності створювати їх, щоб забезпечити підлітків необхідними установками та інформацією.

Принцип оптимізації завдань диктує необхідність гнучко й оперативно співвідносити перспективні цілі статевого виховання з немисливими обмеженнями його можливостей.

Принцип вироблення індивідуальних і соціальних значень передбачає те, що молоде покоління має не лише дізнаватися про стать і стосунки між статями, а й формувати індивідуальне емоційне ставлення до них, співвіднесене з соціальним значенням певних проявів статі.

Принцип адресності: статево виховання — це неподання всім одним і тих самих «істин», догм у застиглій формі. Статево виховання (методи, стиль, обсяг інформації та її повнота) має відповідати рівню психічного і фізичного розвитку, враховувати соціальний та культурний рівень аудиторії, регіональні стереотипи масової свідомості та ін.

Принцип комплексності диктує планування й оцінку конкретних заходів як структурних елементів загальної системи виховання, соціалізації та освіти.

Принцип безперервності характеризує динаміку статевого виховання як безперервного, послідовного і наслідуваного процесу, що починається з раннього віку і кожний етап якого стає основою для подальших етапів.

Принцип правдивості виключає помилкові відповіді й численні способи відходу від відповідей на запитання, які цікавлять молоде покоління: завжди говорити правду відповідно до віку й можливостей розуміння.

Принцип довіри передбачає серйозне ставлення до переживань та інтересів дитини, бажання і готовність їх зрозуміти, виключає підозри, вистежування.

Принцип контролю та підтримки застерігає від сліпої довіри, яка на практиці обертається байдужістю і зведенням системи статевого виховання до стихійно-спонтанної соціалізації. Цей принцип передбачає ненав'язливий контроль і спрямування поведінки підлітків, обережну та делікатну допомогу їм у розв'язання посталих питань і проблем.

Принцип досвідченості визначає «тональність» статевого виховання, в рамках якого неприпустимі багатозначні натяки та інтонації, двозначні твердження і жести, збентеження і занепокоєння дорослих. Для спеціаліста важливо вільно володіти тематикою і термінологією без нальоту ганебності, вміти управляти собою та аудиторією.

Принцип чистоти передбачає незведення статевого виховання виключно до його моральної сторони, а моральне наповнення інформації про стать і стосунки між статями, що запобігає цинічному, примітивному ставленню до них.

Принцип зрозумілості вимагає відповідності поданої правдивої інформації і бажаних зразків поведінки етапу формування особистості дитини, її світосприйняттю та можливостям адекватного сприйняття.

Принцип незбудження сексуального потягу має на увазі, що статеве виховання не повинно нести елементи сексуальної стимуляції. Дотримання цього принципу має особливе значення в роботі з підлітками, хоча в умовах пубертатної гіперсексуальності здійснити це особливо важко, особливо з урахуванням того, що статеве виховання часто починається лише в цьому віці.

Усі ці принципи «працюють» в тій мірі, в якій вони визначають переконання педагогів і в якій статеве виховання реалізується на практиці як невід’ємна частина системи виховання в цілому.

Статеве виховання дітей розпочинається у сім’ї, навіть якщо батьки не приділяють цьому належної уваги. Часто вони не усвідомлюють, що основи статевого виховання дитини закладаються через їхні власні установки та особистий приклад, а не самими лише бесідами на ці теми.

Кожен хоче, щоб життя його дитини склалося щасливо, щоб з часом у нього була хороша, дружна, любляча сім’я. Але особисте щастя — це не просто випадок, удача. Воно багато в чому залежить від того виховання, яке людина отримала в сім’ї, від її морально-етичних засад, погляду на стосунки між чоловіком і жінкою.

Статеве виховання в сім’ї — це важливий інструмент, за допомогою якого батьки можуть направити розвиток дітей в певне русло, заклавши тим самим фундамент їхньої свідомої статевої поведінки в дорослому житті.

Протягом останнього десятиліття погляди на статеве виховання залишаються суперечливими. Усі згодні з необхідністю формувати у

дітей правильне ставлення до статевих питань, однак у кожного своя думка про те, чому слід навчати, де і хто має цим займатися. У центрі цих суперечок стоїть проблема, про існування якої багато хто з учасників дискусії часом забуває.

Як би нам не хотілося іншого, діти народжуються сексуально-мотивованими, і батьки постійно дають їм уроки статевого виховання — свідомо чи несвідомо. Ключове питання статевого виховання полягає у тому, як батьки сприймають природжену сексуальність дитини і наскільки дають їй розвернутися. Ставлення батьків до цього питання набагато важливіше для формування статевої поведінки дитини, ніж уся інформація чи дезінформація, яку вони можуть надати з цієї теми.

Американські дослідники описали чотири основні типи ставлення батьків до питань статі: репресивне, уникливе, нав'язливе та експресивне (якщо, звісно, погляди обох батьків на питання збігаються, що зустрічається не завжди).

Репресивний тип ставлення: батьки суворо говорять дітям, що секс — це зло і непристойність. Зазвичай у такій сім'ї заборонені непристойні слова, двозначні жарти, не дозволено ходити вдома в нижній білизні. Статеве виховання зводиться до кількох фраз: «це непристойно», «це небезпечно» і «почекай, поки одружишся».

Уникливий тип ставлення: батьки проявляють більш розумне і терпиме ставлення до сексуальності. Вони розглядають це явище швидше як корисне, ніж шкідливе, однак розгублюються, коли мова заходить про конкретні статеві питання. Вони уникають прямого обговорення цієї теми зі своїми дітьми або перетворюють його на нудну лекцію. Мимохіть вони знецінюють ідею тепла, людяності й любові, яку неможна відділити від поняття сексуальності, проте діти дуже швидко розпізнають цей пробіл.

Нав'язливий тип ставлення: батьки вважають секс корисним і здоровим явищем, яке вони при цьому ставлять в центр усього сімейного життя. Вони надто ліберальні в усьому, що стосується сексуальної активності, й часом настільки явно демонструють своє статеve життя, що дивують власних дітей. (Наприклад, можуть відкрито обговорювати свої інтимні стосунки або розповідати про свою колекцію еротичних фільмів.) Надмірна увага до статевих питань може дратувати дітей або викликати в них почуття пригніченості.

Батьки, чиє ставлення до статевої питань можна охарактеризувати як *експресивне*, розглядають секс як природне явище, за необхідності відкрито обговорюють цю тему, але встановлюють розумні рамки для прояву сексуальної активності дітей (так само, як усіх інших форм поведінки). Вони намагаються дати дітям розуміння того, що сексуальність — це позитивне й здорове явище, однак не настільки важливе, щоб зосереджувати на ньому всі свої помисли.

Навіть тоді, коли школа приділяє достатньо уваги статево-вихованню, батьки також мають активно проводити аналогічну роботу вдома. Лише спільні зусилля школи й сім'ї дають дитині змогу вирости й стати сексуально-освіченим, відповідальним за свої вчинки підлітком, а потім дорослою людиною. Запорука успіху в статево-вихованні — такий стан у сім'ї, коли дитина може вільно ставити запитання батькам, без страху вислухати замість відповіді повчальну лекцію.

Отже, важливою умовою становлення гармонійної особистості є формування у дитини (відповідно до її віку) статево-рольової позиції, і роль сім'ї тут має провідне значення.

Важливий виховний вплив має атмосфера у сімейному колі. Основними чинниками статевої соціалізації дітей є батьки, інші члени сім'ї (дід, баба, брат, сестра) та однолітки. Гармонійна повна сім'я сприяє становленню психологічної статі й формуванню адекватних статево-рольових уявлень, засвоєнню статевої ролі та цінностей, стимулює ідентифікацію дитини з особою своєї статі, передусім — з батьком або матір'ю.

Але сім'я не завжди може забезпечити повноцінне розв'язання цього питання. На це є свої причини: батьки не завжди готові й можуть обговорювати з дітьми питання сексуальності та статі і часто уникають таких розмов. Деякі батьки чекають, поки діти самі почнуть ставити їм запитання про секс, але діти так і не запитують або ж батьки не помічають непрямих, прихованих запитань. Не всі батьки мають необхідну (точну, достовірну, достатню для віку) інформацію для відповіді на запитання дітей. Спеціалісти з педагогічною підготовкою можуть компетентніше надати дітям відповідну інформацію (ясно, дохідливо і об'єктивно).

Організаційними формами програм статевого виховання у навчальних закладах можуть бути: фрагменти уроків та окремі уроки в рамках таких навчальних предметів, як біологія, література, суспіль-

ствознавство, історія; факультативні заняття — для цього необхідні навчально-методичні матеріали, що відповідають необхідним вимогам; семінари для батьків — їх тематика, зміст і організація повинні відповідати запитам слухачів; консультації, які організуються для учнів і батьків.

Список літератури

1. *Василенко О. В.* Педагогічні умови статевого виховання старших підлітків у позаурочній діяльності. — автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 — Теорія і методика виховання / О. В. Василенко. — К., 2006. — 20 с.
2. *Девярых С. Ю.* Психосексуальная социализация молодежи и ее сопровождение в образовательной среде : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по психологическим и педагогическим специальностям / С. Ю. Девярых. — Смоленск : Изд-во СмолГУ, 2011. — 112 с.
3. *Исаев Д. Н.* Половое воспитание детей: медико-психологические аспекты / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — Л. : Медицина, 1988. — 160 с.
4. *Кравченко Т. В.* Статеве виховання школярів у вітчизняній педагогічній теорії та практиці 20–30-х років ХХ століття: дис. канд. пед. наук : спец. 13.00.01 — Загальна педагогіка та історія педагогіки / Т. В. Кравченко. — Херсон, 2009. — 198 с.
5. *Обозова А. Н.* Половое воспитание ребенка / А. Н. Обозова, В. И. Штильбанс // Здоровье. — 1984. — № 3. — М. : Изд. дом журнала «Здоровье».
6. *Олійник Л. М.* Статеве виховання : навч. посібник з питань статевого виховання дітей від народження до юнацького віку / Л. М. Олійник. — Миколаїв : Принт-Експрес, 2010. — 112 с.
7. Основы сексологии = Human Sexuality / Уильям Г. Мастерс и др. ; пер. с англ. — М. : Мир, 1998. — 692 с.
8. Репродуктивное здоровье и сексуальность подростков / под ред. А. М. Куликова. — СПб. : Взгляд в будущее, 2006. — 89 с.

2

ТЕМА

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ

Відмінності у сприйнятті чоловіками й жінками одних і тих самих явищ, а також суперечність між умовами, які передбачають взаємодію статей у широкому спектрі постійно змінюваних соціальних ролей, і часті випадки жорсткої прихильності до традиційних статево-рольових стандартів призводять як до відкритих, так і прихованих конфліктів. Ця проблема розглядається і в статевому вихованні, яке покликане формувати чіткі поняття про мужність і жіночність, виховувати молодь у дусі взаєморозуміння і взаємної поваги представників різних статей. Розуміння й прийняття відмінностей протилежної статі не лише як нормального явища, а й як цінності, — проблемне питання для різних галузей психології.

Актуальною для молоді залишається побудова таких партнерських стосунків між статями, у яких важливою складовою стає взаємна відповідальність за спільні дії.

У нашому суспільстві, на жаль, побутують певні стереотипи щодо стосунків між жінками та чоловіками у питаннях збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Наприклад: «Лише жінка повинна думати про контрацепцію», «Якщо подружжя не має дітей, то це проблема жінки», «Вагітність дівчини — виключно її провина», «Секс з використанням презерватива не приносить чоловікам задоволення», «Чоловік працює — жінка народжує», «Чоловік б'є — значить любить», «Аборт вирішує проблему», «На козаку немає знаку», «Хлопець у пелені не принесе». Часто в таких стереотипах закладено нерівність відповідальності чоловіків і жінок за статеві стосунки: ініціатива у статевих стосунках переважно лежить на чоловіках, а відповідальність за наслідки — на жінках. Існування, а тим більше бездумне присвоєння особистістю таких стереотипів заважає розвитку гармонійних міжстатевих відносин у підлітковому та юнацькому віці і найчастіше призводить до дискримінації, тобто різних образ і обмеження реалізації прав людей.

Отже, гендерні аспекти статевого виховання стосуються важливих питань збереження репродуктивного здоров'я молоді, що є одним з основних завдань такого виховання.

Специфічною особливістю статевого виховання є неможливість людини виступати як істота без статі у будь-якій діяльності. З одного боку, це означає, що для статевого виховання можна використати будь-яку діяльність, з іншого — що важко знайти якусь особливу діяльність, яку слід було б спеціально організовувати або стимулювати в інтересах статевого виховання. Тому будь-яка діяльність підлітків — робота, спілкування, пізнання — може слугувати інтересам статевого виховання, якщо педагоги і батьки оцінюють особливості цієї діяльності не в загальному, а з позицій існування двох статей, важливості й суспільної цінності взаємодії між ними. Так статево-рольова соціалізація дітей різного віку, яка є однією зі складових статевого виховання, буде природно стимулюватися.

Важливими складовими виховної роботи, спрямованими на статево-рольову соціалізацію підлітків, є:

- формування адекватного розуміння дорослості: її зміст, істинні ознаки, прояви і якості; акцент на основну її характеристику — відповідальність;
- розширення зон самореалізації підлітків (наприклад, заохочення дівчат до занять спортом, а хлопців — до самообслуговування);
- організація можливості рівноправного співробітництва хлопців і дівчат у спільних сферах діяльності;
- підтримка емоційного самовираження підлітків (наприклад, заохочення хлопців до відкритого вираження почуттів і проявів рішучості, лідерства у дівчат);
- залучення обох батьків (а не тільки матерів) до виховання дітей;
- розвиток критичного мислення в питаннях подолання гендерних стереотипів.

Термін «гендер» (від *англ.* gender — рід, стать) вперше ввела у наукову літературу американська дослідниця-педагог Дж. В. Скотт для розмежування біологічного і соціального тлумачення рольових відносин чоловіків і жінок у соціумі.

Поняття «гендер» у психології — це соціально-біологічна характеристика, за допомогою якої дається визначення поняттям «чоловік» і «жінка». Оскільки «стать» є біологічною категорією, то соціальні психологи, пояснюючи поведінку, розумові здібності, особистісні характеристики, аналізуючи умови розвитку представників різних

статей, часто посилаються на біологічно зумовлені гендерні відмінності як на «статеві відмінності».

Термін «гендер» дає розуміння того, що, крім біологічної основи, існують соціально-детерміновані уявлення про чоловіка та жінку, які мають найпотужніший вплив на культурний контекст розвитку хлопчика і дівчинки, жінки і чоловіка.

У цьому контексті вважається, що стать індивіда впливає на:

- її / його суспільне становище і статус;
- те, яка поведінка для чоловіків і жінок вважається нормальною, сумнівною або явним відхиленням від норми;
- те, які психологічні якості притаманні кожній статі.

Отже, *гендер* — це поняття, що характеризує соціальні уявлення про чоловіка та жінку. Зміст гендеру — це статево-рольові стереотипи, що складаються з уявлень про ролі та норми в поведінці чоловіків і жінок, психологічні особливості представників кожної статі. Звідси гендер — це певна регуляція поведінки, заснована на уявленнях про норми поведінки представників кожної статі.

Категорія гендеру — не постійна, оскільки історично та культурно змінюється. Зміст виразу «бути чоловіком» або «бути жінкою» змінюється з покоління у покоління і відрізняється у різних расових, етнічних, релігійних груп, так само як і в різних соціальних верствах.

Гендер розглядається як один з базових вимірів соціальної структури суспільства разом з класовою приналежністю, віком та іншими характеристиками, що організують соціальну систему.

Гендер характеризує соціальний статус, що визначає індивідуальні можливості освіти, професійної діяльності, доступу до влади, сексуальність, сімейні ролі й репродуктивну поведінку. Соціальні статуси діють у рамках культурного простору певного співтовариства, що означає відповідність гендеру як статусу гендерної культури.

Соціологи розглядають гендер як соціальний конструкт, в основі якого лежить три групи характеристик: біологічна стать; статево-рольові стереотипи, поширені в суспільстві; «гендерний дисплей» — різноманітні прояви, пов'язаних із запропонованими суспільством нормами чоловічої та жіночої дії й взаємодії.

Попри складність застосування терміна «гендер», яку обговорюють і у вітчизняній, і в зарубіжній літературі, словосполучення «статево-рольові стереотипи» та «статево-рольова культура» не можуть замінити термін «гендер», бо гендер не вичерпується поняттям ролі або

сукупності ролей, запропонованих суспільством за ознакою статі. Саме тому видатний американський соціолог Ервінг Гоффман увів поняття гендерного дисплея, тобто безлічі проявів культурних складових статі.

Гендер — це фундаментальний вимір соціальних відносин, вкорінений в культурі. У ньому є елементи стійкості та елементи мінливості. У кожному суспільстві, особливо багатокультурному й багатонаціональному, необхідно зважати на гендерну різноманітність, тобто приписи і виконання, відповідні мужності й жіночності, — вони можуть бути різними для різних поколінь, різних етнокультурних і релігійних груп, різних верств суспільства.

Складовою гендеру як соціального конструкта є гендерні стереотипи.

Гендерний стереотип — це спрощений, стійкий, емоційно забарвлений образ поведінки та рис характеру чоловіків / жінок. Стереотипи проявляються в усіх сферах життя людини: самосвідомості, міжособистісному спілкуванні, міжгруповій взаємодії.

У сучасному світі в суспільній свідомості й практиках міжособистісної взаємодії гендерні стереотипи розглядаються як «істинні». Часто, трансформувавшись у цінності, вони формують нормативні образи «істинної» фемінінності й маскулінності. Так чинна норма поведінки перетворюється на припис: гендерні стереотипи визначають статусні характеристики чоловіків і жінок, закріплюючи домінуюче становище чоловіків і дискримінаційні практики щодо жінок.

Виділяють декілька груп гендерних стереотипів.

До *першої групи* відносять стереотипи маскулінності-фемінінності.

Стереотипному уявленню маскулінності приписуються «активно-творчі» характеристики, інструментальні риси особистості, як-от: активність, домінантність, впевненість у собі, агресивність, логічне мислення, здатність до лідерства. Фемінінність, навпаки, розглядається як «пасивно-репродуктивне начало», що проявляється в експресивних особистісних характеристиках: залежності, турботливості, низькій самооцінці, емоційності. Маскулінні характеристики зазвичай протиставляються фемінінним, розглядаються як протилежні, взаємодоповнювальні.

Перший стереотип — це явно завищена оцінка всього того, що стосується чоловічої статі. В основі його лежить здатність чоловіка

активно змінювати, перетворювати навколишній світ. Статева сила, потенція і продуктивність визначає обличчя культури, саме тому чоловіча стать і виглядає ціннішою.

Стереотип другий — це подвійний стандарт статевої моралі з переважним забезпеченням свободи знову-таки для чоловіків. Чоловіча стать активніша і цінніша — отже, їй і більше свободи в шлюбно-сімейних стосунках. По суті — ця свобода є схваленням полігамних орієнтацій чоловічої статі.

Стереотип третій — диференціація мужності й жіночності у сексуальній поведінці і статевої самосвідомості. Визначаючи відмінність статей, культура вбачає сенс цієї відмінності не лише у відтворенні людини, а й у забезпеченні суто людських потреб — насолодах і коханні. Потяг і взаємодоповнення різних начал, властивостей, характерів, смаків — ось що криється за фасадом статі.

Четвертий стереотип ставить більш жорсткі вимоги до формування статевої ідентифікації чоловіків, причому передовсім саме з боку чоловічого оточення конкретного індивіда. Це — зворотній бік високої цінності чоловічої статі й визнання за нею активного начала.

Стереотип п'ятий стосується проституції як транскультурного явища в умовах різних культур. Полігамні потяги чоловіків значною мірою задовольняються завдяки проституції.

Друга група гендерних стереотипів охоплює уявлення про розподіл сімейних і професійних ролей між чоловіками і жінками. Для жінки найбільш значущою соціальною роллю вважається роль домогосподарки, матері. Жінці приписується перебування у приватній сфері життя — дім, народження дітей, на неї покладається відповідальність за взаємини в сім'ї. Чоловікам приписується активність у громадському житті, професійний успіх, відповідальність за забезпечення сім'ї.

Третя група гендерних стереотипів визначається специфікою змісту праці. Відповідно до традиційних уявлень вважається, що жіноча праця має носити виконавський, обслуговуючий характер, бути частиною експресивної сфери діяльності. Жінки найчастіше працюють у сфері торгівлі, охорони здоров'я, освіти. Для чоловіків можлива творча і керівна робота, їхня праця визначається в інструментальній сфері діяльності.

Гендерні стереотипи відіграють негативну роль, багато в чому спотворюючи реальну картину світу.

Перший негативний ефект полягає в тому, що стереотипи образів чоловіків і жінок діють як збільшувальне скло, і відмінності між чоловіками і жінками підкреслюються значно сильніше, ніж це є насправді (наприклад, чоловіки й жінки сприймають гендерні відмінності досить значними в тих сферах, де їхня стать розглядається позитивно, а негативні сторони та відмінності намагаються применшити).

Інший негативний ефект статевих стереотипів — це різна інтерпретація та оцінка однієї й тієї самої події, залежно від того, до якої статі належить учасник цієї події. Цей ефект гендерних стереотипів проявляється і в тому, що з поодинокого випадку робляться великі узагальнення. Наприклад, батьки пояснюють хорошу успішність хлопчиків з математики їхніми здібностями, а таку саму успішність дівчаток — їхнім старанням. Варто жінці-водію порушити правила дорожнього руху, як чоловіки відразу узагальнюють: «Я ж казав, що жінки не вміють керувати авто».

Негативний ефект гендерних стереотипів полягає і в гальмуванні розвитку тих якостей, які не відповідають статоворольовим стереотипам (наприклад, якщо чоловік не повинен бути емоційним (не плакати), то не варто вдосконалювати й інші експресивні здібності, наприклад, здатність розуміти емоції людей).

Гендерні стереотипи формуються, як вважають дослідники, починаючи з раннього дитячого віку в процесі соціалізації, тобто із засвоєнням панівних у певному суспільстві уявлень про правильну поведінку і розподіл обов'язків. Підсумком соціалізації є освоєння певної соціальної ролі.

Гендерна соціалізація починається одразу після народження дитини. Батьки по-різному реагують на хлопчиків і дівчаток, і ця різниця посилюється багатьма іншими культурними впливами.

Рольова і статоворольова соціалізація людини — це розвиток гендерних ролей як соціально зумовлених варіантів статевих ролей та статоворольової поведінки особистості.

За більшістю визначень, соціалізація особистості — це засвоєння людиною суспільного досвіду, норм і цінностей. Однією з основних складових соціалізації людини є засвоєння нею соціальних ролей.

По-перше, в соціальних ролях у формі нормативних вимог закріплені норми та правила соціальної поведінки.

По-друге, рольова поведінка — це найважливіший вид соціальної поведінки, а соціальні ролі — засіб включення особистості в групу, соціум, форма соціальної адаптації й особистісного самовираження одночасно.

Особливості рольової соціалізації полягають не лише в засвоєнні суспільних очікувань щодо соціальних ролей, а й рольовий розвиток особистості, тобто формування психологічних ролей — як соціальних, так і особистісних, міжособистісних, характерних, життєвих тощо.

Серед великої кількості ролей, засвоєваних людиною, для нормальної соціалізації особистості велике значення мають статеві та гендерні ролі. Вони тісно пов'язані з усвідомленням себе як представника певної статі і з нормативами поведінки, характерної для представників цієї статі. Статеві та гендерні ролі тісно пов'язані зі статевою та гендерною ідентичністю особистості.

Ідентичність — це одна з найістотніших характеристик людини, без якої вона не існує як свідомо автономна особистість.

Ідентичність — це збереження й підтримка особистістю власної цілісності, тотожності, нерозривності історії свого життя, а також стійкий образ «Я», усвідомлення у собі певних особистісних якостей, індивідуально-типологічних особливостей, рис характеру, способів поведінки, які визнаються своїми, достовірними. Психосоціальна ідентичність — це запорука психічного здоров'я особистості. Формування ідентичності починається з моменту відділення дитини від матері й триває все життя.

Поняття «ідентичність» вперше детально представив Е. Еріксон. На його думку, ідентичність спирається на усвідомлення тимчасової протяжності власного існування, передбачає сприйняття власної цілісності, дає людині змогу визначати ступінь своєї схожості з іншими і, разом з тим, бачити свою унікальність і неповторність.

Рольова ідентичність — це усвідомлення себе суб'єктом психологічних ролей. Рольову ідентичність можна розглядати як найважливішу складову психосоціальної ідентичності, що відображає взаємозв'язок особистісного та соціального в рольовій поведінці суб'єкта.

Становлення психосоціальної ідентичності стає основною проблемою в перехідному віці, коли зв'язок з оточенням коливається

між позитивним полюсом ідентифікації «Я» і негативним полюсом плутанини ролей.

Розвиток рольової ідентичності розглядається як важлива складова соціалізації особистості з найбільш ранніх її етапів. Американський соціолог Ч. Гордон виділяє п'ять видів рольової ідентичності: статева ідентичність, етнічна ідентичність, ідентичність членства, політична ідентичність, професійна ідентичність.

Статева ідентичність, в основі якої лежить гендерна ідентифікація людини як чоловіка або жінки, — одна з найістотніших рольових ідентичностей.

Статева (гендерна) ідентифікація (разом з ім'ям, домаганням визнання, буття в минулому, теперішньому і майбутньому) — це основна історично-сформована структура самосвідомості, причому статева приналежність, усвідомлення себе хлопчиком або дівчинкою — це перша категорія, в якій дитина починає усвідомлювати себе. Статева або гендерна ідентичність — одна з найістотніших з усіх рольових ідентичностей.

Гендерна ідентичність і гендерні ролі — це складові гендеру як соціального конструкта.

Гендерна ідентичність — це аспект самосвідомості, що описує переживання людиною самої себе як представника певної статі. Гендерна ідентичність особистості входить у структуру соціальної ідентичності. Усвідомлення власної статевої приналежності та становлення гендерної ідентичності людини — один з напрямків її соціалізації.

Соціальна ідентичність — це ті компоненти «Я» людини, які вона переживає на рівні усвідомлення приналежності до будь-якої групи (статевої, вікової, етнічної, професійної).

Гендерна соціалізація, або освоєння гендерної ролі й набуття гендерної ідентичності, завжди зумовлена нормами і правилами того суспільства, тієї культури, в якій живе людина. До цього виду соціалізації входить, перш за все, система диференціації гендерних ролей — гендерний розподіл праці, права та обов'язки чоловіків і жінок, уявлення про їхню поведінку.

Виділяють чотири стадії становлення гендерної ідентичності:

- гендерна ідентифікація (дитина відносить себе до однієї зі статей);
- гендерна константність (розуміння, що гендер постійний і змінити його не можна);

- диференційне наслідування (бажання бути найкращим хлопчиком чи найкращою дівчинкою);
- гендерна саморегуляція (дитина сама починає контролювати свою поведінку, використовуючи санкції, які вона вживає до самої себе).

Гендерна ідентичність починає формуватися з народження дитини, коли на підставі анатомії її зовнішніх статевих органів визначається паспортна (цивільна, акушерська) стать. З цього починається процес гендерної соціалізації, в якій дитину виховують так, щоб вона відповідала загальноприйнятим у суспільстві уявленням про «чоловіка» або «жінку». Саме на підставі панівних суспільних еталонів жіночої та чоловічої поведінки у підлітків формуються уявлення про власну гендерну ідентичність.

Первинне уявлення про статеву належність формується у дитини вже у півторарічному віці, причому саме це уявлення стає найбільш стійким і стрижневим компонентом самосвідомості. З віком гендерна ідентичність розвивається, розширюється і ускладнюється її структура. Дворічна дитина вже знає свою стать, але поки що не може визначити причини свого вибору. В 3–4 роки вона вже усвідомлено визначає стать інших людей, але пов'язує її із зовнішніми, випадковими ознаками. Крім того, діти цього віку вважають статеву приналежність змінною характеристикою. Незворотність статевої приналежності діти усвідомлюють у 5–6 років, що супроводжується посиленням статевої диференціації поведінки й установок.

Наступний етап формування гендерної ідентичності — це підлітковий вік. Гендерна ідентичність підлітка стає центральним компонентом самосвідомості, і важливу роль в її становленні відіграє наявність зразків (моделей) для наслідування: мати / батько, вчитель, старший брат / сестра, кіногерой та ін. Гендерна ідентичність дорослої людини — це складне структурне утворення, яке містить, окрім усвідомлення своєї статевої належності, сексуальну орієнтацію, сексуальні сценарії, гендерні стереотипи й гендерні переваги.

Становлення гендерної ідентичності індивіда безпосередньо не зумовлене наявністю гендерної ролі та соціальних стереотипів, уявлень, очікувань, які вона передбачає. Все це має стати засобами усвідомлення власної статевої приналежності й гендерної ідентичності, тобто із зовнішнього, «заданого» соціумом і культурою плану

перейти на внутрішній, індивідуально-осмислений рівень прийняття гендерної ролі й відповідних їй установок.

У соціальній психології *гендерна роль* визначається як набір очікуваних для чоловіків і жінок зразків (норм) поведінки. Сьогодні єдиної теорії гендерних ролей немає, а найпоширенішими є такі:

Психодинамічна теорія розглядає передусім динаміку психічної діяльності (З. Фрейд, Р. Фішер, К. Грюнберг). Відповідно до цієї теорії, є три стадії гендерного розвитку дитини: діти не усвідомлюють статевої відмінностей; близько двох років діти починають помічати, що хлопчики і дівчатка відрізняються одне від одного, і особливу роль тут відіграють геніталії; до п'яти-шести років дитина навчається оцінювати всіх людей з погляду їхньої статевої належності і поступово знаходить свій шлях до чоловічої і жіночої ідентичності.

Теорія зумовлювання й соціального науціння стверджує, що уявлення про чоловічу й жіночу гендерні ролі формуються у рамках кожної культури, а потім засвоюються дітьми під час їхньої інтеграції в систему соціальних стосунків з батьками, однолітками та іншими людьми. Діти відіграють активну роль у цьому динамічному процесі й частково впливають на формування власних гендерних уявлень. Провідним соціально-психологічним механізмом статевої ідентифікації в цій теорії вважається імітація.

Теорія когнітивного розвитку, яка виникла в рамках теорії соціального навчання, наголошує, що людина сприймає інших людей і оцінює своє спілкування з ними через призму гендерних уявлень. Оригінальною особливістю цієї теорії стало припущення про те, що у дитини вже існує базова система чоловічих або жіночих цінностей і у своєму розвитку, через бажання володіти маскулініними чи фемінініними якостями, дитина самостійно обирає як моделі для наслідування декотрих чоловіків або жінок, хлопчиків чи дівчаток.

Гуманістично-екзистенціальна теорія (К. Роджерс, А. Маслоу). Концептуальні принципи цієї теорії дають змогу зіставити світ чоловіків і жінок з погляду самоактуалізації (Я-актуалізації) статей у різних сферах діяльності. Відомо, що переважна більшість жінок недостатньо реалізована у професійній, громадській діяльності, оскільки їхній вибір часто диктується зовнішніми обставинами, а не прагненням до самовираження, самореалізації.

Теорія біхевіоризму (Д. Уотсон та Р. Рейнер) розглядає поведінку людини як систему закріплених стимул-реактивних зв'язків,

що формують типову чоловічу або жіночу поведінку. Спрямування статевих ролевих установок дітей за біхевіористичною схемою «заохочення — покарання» відбувається насамперед в сім'ї, а потім — у школі, на вулиці. Найближче оточення з перших днів народження дитини підкріплює типові, зазвичай статево відповідні реакції і тим самим робить з неї чоловіка або жінку. Цю теорію ще називають теорією статевої типізації.

Теорія соціальних ролей (А. Іглі) розглядає гендерні відмінності як продукти різних соціальних ролей, які підтримують або гальмують в чоловіках і жінках певні варіанти поведінки. Різні ролі формують різні навички та установки, і саме це призводить до різної поведінки чоловіків і жінок. З того, що чоловіки і жінки займаються різними справами, робиться висновок, що вони різні люди.

Теорія природної взаємодоповнюваності статей (Р. Бейл і Т. Парсонс). Важливу роль в утвердженні гендерного стереотипу про закріплення соціальних ролей відповідно до статі у цій теорії зіграла диференціація жіночих і чоловічих ролей у структурно-функціональному плані. Автори стверджують, що в сучасній сім'ї подружжя має виконувати дві різні ролі. Інструментальна роль полягає у підтриманні зв'язку між сім'єю і зовнішнім світом — це професійна діяльність, що приносить матеріальний прибуток і соціальний статус; експресивна роль передбачає насамперед турботу про дітей і регулювання внутрішніх сімейних відносин. Розробники цієї теорії вважають, що здатність жінки до дітонародження і догляд за дітьми визначає одночасно її експресивну роль, а чоловік, який не може виконувати ці біологічні функції, стає виконавцем інструментальної ролі. Ця теорія сприяла інтеграції в єдину схему соціально-антропологічних і психологічних даних.

Традиційні гендерні ролі стримують розвиток особистості й реалізацію наявного потенціалу. Ця ідея стала поштовхом до розробки Сандрою Бем концепції андрогінії, за якою людина, незалежно від своєї біологічної статі, може бути наділена як рисами маскулінності, так і фемінінності, поєднуючи в собі як традиційно жіночі, так і традиційно чоловічі якості. Це дає змогу виділити маскулінну, фемінінну та андрогінну моделі гендерних ролей.

Традиційна система відмінностей статевих ролей базується на ідеї взаємодоповнюваності психологічних властивостей статей: чолові-

ки — сильні, безстрашні, мужні; жінки — слухняні, боязкі, орієнтовані на догляд, турботу тощо.

З погляду широкого розуміння ролі, підлітковий вік — це той період дитинства, під час якого рольовий розвиток найстрімкіший і «оволодіння» новою системою ролей і рольових стосунків в жодному разі не зводиться до «механічного присвоєння» певного набору соціальних ролей, але передбачає перебудову всієї системи життєвих ролей, її переосмислення.

Дослідження свідчать, що рольова ідентичність підлітків 14–16 років перебуває на стадії формування. Підліток опиняється перед вибором стратегії власної рольової поведінки: він може або орієнтуватися на внутрішні цінності, «підлаштовуючи» під них свої соціальні ролі, або ж навпаки — будувати рольову поведінку, виходячи з рольових очікувань соціуму, «обмежуючи» свої реальні установки. Явно постає проблема вибору між особистісним і соціальним, з якою людина в певній мірі матиме справу протягом усього життя. Однак у підлітковому віці вона має глибокий характер, оскільки саме на цьому етапі життя дитина вперше активно входить у систему соціальних взаємодій, де їй доводиться самій вибирати стратегію власної поведінки. Питання рольового вибору в підлітків набуває форми реального внутрішнього рольового конфлікту, який є одним з ключових внутрішньо-особистісних конфліктів підліткового віку.

Розуміння соціально-психологічних механізмів, що призводять до відмінностей у поведінці чоловіків і жінок, диференціації чоловічої та жіночої психології, може допомогти розв'язати питання взаємин статей в сім'ї та суспільстві, розподілу статевих ролей, вродженого та набутого у розвитку особистості.

Протягом багатьох років загальна система виховання, школа зокрема, орієнтувалися на абстрактну дитину без урахування таких її статевих, психологічних особливостей. Ігнорування цих особливостей скеровувало виховний процес на розвиток «усередненої істоти».

Результати такого виховання не забарилися: хлопчики виявилися недостатньо емоційно стійкими, витривалими, рішучими, сильними, а дівчаткам бракує ніжності, скромності, м'якості, терпимості.

Мало уваги приділялося підготовці дітей до виконання тих специфічних обов'язків, які постануть перед ними у дорослому житті. Для

багатьох з них сімейні обов'язки виявилися важким тягарем, що призвело до збільшення конфліктних сімей, розлучень.

Сьогодні роль навчальних закладів щодо статевого виховання молоді якісно змінюється. Гендерні питання, що входять до програм статевого виховання, підвищують їх ефективність і спрямовані на формування у молоді:

- усвідомлення себе представником своєї статі, що підтримує самооцінку й почуття самоповаги, впевненість і потенціал самореалізації;
- необхідних навичок спілкування й взаєморозуміння, а також здатності приймати усвідомлені рішення щодо міжстатевих відносин;
- здатності й прагнення оцінювати свої вчинки стосовно інших людей з урахуванням статевої належності;
- «соціальної» відповідальності у взаєминах між статями, переконання, що й в інтимних стосунках людина не є незалежною від суспільства;
- прагнення мати міцну, дружну сім'ю, що відповідає сучасним вимогам суспільства: народження дітей, рівноправність батька й матері в сім'ї; свідоме й відповідальне ставлення до виховання дітей.

Список літератури

1. *Горностай П. П.* Гендерний розвиток та гендерна ідентичність особистості, особливості чоловічої та жіночої соціалізації. Гендерні студії: освітні перспективи : навч.-метод. матеріали / П. П. Горностай. — К. : Фоліант, 2003. — С. 5–21.
2. *Краснопольська Т. М.* Теоретико-практичні аспекти гендерних стереотипів та ролей / Т. М. Краснопольська // Слов'янський вісник : зб. наук. Праць. — Рівне : РІС КСУ, 2012. — С. 169–172. — (Серія «Історичні та політичні науки» / Рівненський державний гуманітарний університет ; Рівненський інститут слов'янознавства Київського славистичного університету. — Вип. 13).
3. *Літвінова О. В.* Проблема формування гендерної ідентичності особистості [Електронний ресурс] / О. В. Літвінова, І. Д. Фокіна // Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць. — Луганськ, 2010. — № 1 (24).

4. *Олійник Л. М.* Статеве виховання : навч. посіб. з питань статевого виховання дітей від народження до юнацького віку / Л. М. Олійник. — Миколаїв : Принт-Експрес, 2010. — 112 с.
5. *Процько Є. С.* Гендерна соціалізація в Україні : витоки сьогодення / Є. С. Процько // Вісник Черкаського університету. — 2011. — Вип. 145. — С. 114–116. — (Серія «Педагогічні науки»).
6. *Римашевская Н. М.* Гендерные стереотипы и логика социальных отношений / Н. М. Римашевская // Гендерные стереотипы в современной России : Программа конференции. — М. : МАКС Пресс, 2007. — С. 7–24.
7. *Рубцова О. В.* Ролевая идентичность как интегральная характеристика социальной ситуации развития подростка / О. В. Рубцова // Психологическая наука и образование. — 2011. — №5. — С. 5–13.
8. *Слюсаренко Н. В.* Статеве і гендерне виховання підростаючого покоління / Н. В. Слюсаренко // Педагогічний альманах : зб. наук. праць. Вип. 9 / редкол. В. В. Кузьменко (голова) та ін. — Херсон : РІПО, 2011. — С. 6–10.
9. *Шнейдер Л. Б.* Психология семейных отношений : курс лекций / Л. Б. Шнейдер. — М. : Апрель-Пресс ; ЭКСМО-Пресс, 2000. — 512 с. — (Серия «Кафедра психологии»).

3

ПІДЛІТКОВИЙ ТА ЮНАЦЬКИЙ ВІК. ПСИХІЧНА САМОРЕГУЛЯЦІЯ У ПІДЛІТКОВО-ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

ТЕМА

За періодизацією, розробленою А. Петровським, старший шкільний вік, або рання юність, охоплює вікові межі від 14,5–15 до 17 років. Це вік безпосередньої підготовки підростаючої особистості до життя, вибору майбутньої професії, вступу в шлюб і створення сім'ї.

Як доводять численні дослідження, цей період характеризується відносно спокійним біологічним розвитком організму, більш ритмічною, порівняно з підлітковим віком, життєдіяльністю, збільшенням фізичної сили, росту, активності й витривалості. На цей період припадає завершення формування та функціонального розвитку всіх органів і систем юнака та дівчини.

Розширення кола соціальних ролей і обов'язків сприяє формуванню основних компонентів спрямованості особистості, зокрема світогляду, переконань, духовних потреб, ідеалів, пізнавальних інтересів тощо. Саме в ранньому юнацькому віці головним «новоутворенням» є відкриття «власного Я», розвиток рефлексії, усвідомлення своєї індивідуальності та її властивостей, поява життєвого плану, настанова на свідому побудову власного життя. Значної ваги у свідомості старшокласників набуває усвідомлення ними тих якостей людей і своїх власних, які зумовлюють людські взаємини.

У ранній юності значно зменшується гострота міжособистісних конфліктів і менше проявляється негативізм у взаєминах з людьми. Покращується загальне фізичне й емоційне самопочуття дітей, зростає їхня контактність і комунікативність. Проявляється більше витримки у поведінці. Усе це засвідчує, що криза підліткового віку або пройшла, або ж іде на спад. Одночасно відбувається стабілізація внутрішнього світу, що виявляється у зниженні рівня тривожності, нормалізації самооцінки.

Високого рівня розвитку набуває емоційно-вольова сфера, в якій важливу роль починають відігравати почуття дружби і кохання. Зростає результативність самовиховання як усвідомленої діяльності, спрямованої на вдосконалення себе самого, на вироблення у себе позитивних якостей, звичок і подолання негативних. Цьому сприяє

поступове підвищення самокритичності в оцінці власної поведінки, діяльності, наявних рис характеру, реальних можливостей і властивостей. Самовиховання при цьому спрямовується на віддалену мету, пов'язану з життєвими перспективами. У сфері потреб і мотивів спостерігаються новоутворення: потреба й бажання віднайти сенс життя; важливу роль починають відігравати такі особистісні якості, як прагнення до аналізу, оцінки себе та оточення, налаштованість на подолання труднощів.

Юність — це вік взаємовідносин і пов'язаного з ними спілкування. Прямі мовні контакти з однолітками, притаманні підліткам, відіграють у юнацькому віці меншу роль, оскільки на перший план виступає питання майбутнього особистісного, професійного та сімейного самовизначення, вступу в доросле життя. У цей період змінюються погляди на суть взаємин і спілкування. Вдивляючись у безмежну складність відносин дорослого життя, юнаки і дівчата «послідовно приміряють ролі дорослих», відточуючи характер їх виконання у взаєминах один з одним, і тим самим готують себе до майбутнього повноцінного входження в суспільну діяльність.

Юнацький вік — це ніби «третій світ», що існує між дитинством і дорослістю, тому біологічне — фізіологічне і статеве — дозрівання завершено (вже не дитина), але соціально це ще не самостійна доросла особистість. Юність виступає як період прийняття відповідальних рішень, що визначають усе подальше життя людини: вибір професії та свого місця в житті, визначення сенсу життя, формування світогляду і життєвої позиції, вибір супутника життя, створення своєї сім'ї.

Найважливішим психологічним процесом юнацького віку є становлення самосвідомості й стійкого образу своєї особистості. Відповідаючи самому собі на питання «Хто я? Який я? До чого я прагну?», молода людина формує:

1) *самосвідомість* — цілісне уявлення про самого себе, емоційне ставлення до самого себе, самооцінку своєї зовнішності, розумових, моральних, вольових якостей, усвідомлення своїх достоїнств і недоліків, на основі чого виникають можливості цілеспрямованого самовдосконалення, самовиховання;

2) *власний світогляд* як цілісну систему поглядів, знань, переконань своєї життєвої філософії, яка спирається на засвоєну раніше значну

суму знань і на сформовану здатність до абстрактно-теоретичного мислення, без чого розрізнені знання не складають єдину систему;

3) *прагнення* заново і критично осмислити все навколо, самоствердити свою самостійність і оригінальність, створити власні теорії сенсу життя, любові, щастя, політики тощо.

Для юнацтва властиві максималізм суджень, своєрідний егоцентризм мислення: розробляючи свої теорії, молода людина поводиться так, ніби світ має підкорятися її теоріям, а не теорії — дійсності. Прагнення довести свою незалежність і самобутність супроводжується типовими поведінковими реакціями: «зневажливе ставлення» до порад старших, недовіра й критиканство щодо старших поколінь, іноді навіть відкрита протидія. Але в такій ситуації молода людина змушена спиратися на моральну підтримку ровесників, і це призводить до типової реакції «підвищеного піддавання» (неусвідомлена сугестивність, свідомий конформізм) впливу ровесників, яка зумовлює однаковість смаків, стилів поведінки, норм моралі (молодіжна мода, жаргон, субкультура) — навіть злочини серед молоді, як правило, групові за характером, скоєні під впливом групи.

Становлення самосвідомості відбувається за декількома напрямками:

1) відкриття свого внутрішнього світу — молода людина починає сприймати свої емоції не як похідні від зовнішніх подій, а як стан свого «Я», з'являється почуття своєї особливості, несхожості на інших, часом проявляється і почуття самотності («Інші люди мене не розуміють, я самотній»);

2) з'являється усвідомлення незворотності часу, розуміння кінця свого існування. Саме розуміння неминучості смерті змушує людину всерйоз задуматися про сенс життя, про свої перспективи, про своє майбутнє, про свої цілі. Поступово з мрії, де все можливо, та ідеалу як абстрактного, але часто недосяжного зразка вимальовуються кілька більш-менш реалістичних планів діяльності, між якими і треба буде вибрати. Життєвий план охоплює всю сферу особистого самовизначення: моральний вигляд, стиль життя, рівень домагань, вибір професії і свого місця в житті. Усвідомлення своїх цілей, життєвих прагнень, вироблення життєвого плану — все це важливі елементи самосвідомості;

3) формується цілісне уявлення про самого себе, ставлення до себе, причому спочатку усвідомлюються і оцінюються особливості тіла,

зовнішності, привабливості, а вже потім морально-психологічні, інтелектуальні, вольові якості. Юнацькі самооцінки часто бувають суперечливі («Я в своєму уявленні — геній + нікчема»). На основі аналізу досягнутих результатів у різних видах діяльності, врахування думок інших людей про себе і самопостереження, самоаналізу своїх якостей і здібностей у юнака формується самоповага — узагальнене ставлення до себе;

4) відбувається усвідомлення і формується ставлення до сексуальної чуттєвості. Юнацька сексуальність відрізняється від сексуальності дорослої людини. Якщо зріла статевая любов дорослих людей — це гармонійна єдність чуттєво-сексуального потягу й потреби в глибокому духовному спілкуванні та взаєморозумінні людей, які люблять один одного, то в юності ці два потяги дозрівають не одночасно і, до того ж, по-різному у дівчат і юнаків.

У ранньому юнацькому віці навколо статевого розвитку структурується самосвідомість особистості: рівень розвитку статевої свідомості та самосвідомості визначає потреби, ціннісні орієнтації, мотиви поведінки людини як статевої істоти. У цьому віці завершується статевая ідентифікація, прийняття дорослих статевих ролей, перетворення хлопчиків — на чоловіків, дівчаток — на жінок, тобто формується психологічна стать. Рання юність — не менш психологічно складний період, ніж підлітковий. Але на цьому віковому етапі не так гостро позначаються фізіологічні та ендокринні процеси, немає різких змін у сприйнятті себе й оточення. Натомість інтенсивніше формується внутрішня позиція молодих чоловіків і жінок, виникає своє ціннісно-смісловне розуміння тих якостей людини, які характеризують її як представника певної статі, активізується вироблення особистих поглядів на характер взаємостосунків чоловіка і жінки. Виникає підвищена потреба у спілкуванні з ровесниками протилежної статі, відкривається власна сексуальність.

Загальне емоційне самопочуття в цьому віці стає рівнішим, меншає кількість різких афективних спалахів, зникає і стрімке, необґрунтоване судження про людей, їхні якості й риси, що нерідко виникало в підлітків.

Але не все в роки юності проходить спокійно. У цей період виникає багато внутрішніх конфліктів і суперечливих переживань. Недостатній життєвий досвід і не завжди чітке усвідомлення конкретних життєвих цілей на найближче майбутнє іноді призводить до

внутрішнього невдоволення й розгубленості. Багато про що хочеться дізнатися, багато чого пережити, випробувати, перевірити і багато в чому проявити себе.

У цьому віці ще зберігається несподіваний «бунт» проти прийнятих норм поведінки, правил спілкування, проявляється бажання стати в опозицію до усталених правил, недовіра до суджень людей. Це може призвести до неадекватних, незвичних, несподіваних емоційних реакцій на певні факти і події.

У ранньому юнацькому віці для емоційно-вольової сфери характерні велика пристрасність, часта зміна настрою, невміння стримувати себе, слабкість самоконтролю, різкість у поведінці. Цей вік вважається періодом бурхливих внутрішніх переживань і емоційних труднощів. Якщо у відношенні до підлітка проявляється бодай найменша несправедливість, він може «вибухнути», впасти в стан афекту, хоча потім може про це шкодувати. Особливо часто така реакція характерна для молодої людини, коли вона втомлена. Дуже яскраво емоційна збудливість підлітка проявляється в тому, як він пристрасно, з запалом сперечається, щось доводить, висловлює обурення, бурхливо реагує і переживає разом з героями кінофільмів або книг. Наражаючись на труднощі, юнак переживає сильні негативні почуття, які й призводять до того, що він не може довести розпочату справу до кінця. Разом з тим, підліток може бути наполегливим, витриманим, якщо діяльність зацікавлює, викликає сильні позитивні почуття.

Через певні фізіологічні й психологічні причини загострюється емоційна реакція на різні події, які відбуваються як із самими підлітками, так і довкола них. Так, за результатами опитувань, підлітки почуваються «дуже нещасними» втричі частіше за дорослих, а «дуже щасливими» — у 6 (!) разів частіше. Чверть повідомила, що їм іноді здається, наче люди дивляться на них, говорять про них, сміються над ними. Половина 14-річних часом почуваються настільки нещасними, що плачуть і хочуть піти світ за очі. Кожному 12-му спадала думка про самогубство. Типові шкільні фобії, що зникли в 10–13 років, тепер знову з'являються, але вже у злегка зміненій формі. Переважають соціальні фобії. Підлітки стають сором'язливими і надають великого значення недолікам своєї зовнішності та поведінки, що призводить до небажання зустрічатися з певними людьми. Іноді тривожність паралізує соціальне життя підлітка настільки, що він

відмовляється від більшості форм групової активності. З'являється страх відкритого чи / і закритого простору.

Деякі особливості емоційних реакцій перехідного віку укорінені в гормональних і фізіологічних процесах. Фізіологи пояснюють підліткову психічну неврівноваженість, а також характерні для неї різкі зміни настрою й переходи від екзальтації до депресії і від депресії до екзальтації наростанням у пубертатному віці загального збудження і ослабленням усіх видів умовного гальмування.

Однак емоційні реакції та поведінка підлітків, не кажучи вже про юнаків, не можна пояснити лише гормональними зрушеннями. Вони залежать також від соціальних факторів і умов виховання, причому індивідуально-типологічні відмінності часто превалюють над віковими. Психологічні труднощі дорослішання, суперечливість рівня домагань і образу «Я» нерідко призводять до того, що емоційна напруженість, типова для підлітка, захоплює і роки юності.

Емоційні труднощі та хворобливий перебіг перехідного віку — побічні й незагальні властивості юності. Існує загальна закономірність у філогенезі й онтогенезі, згідно з якою разом з рівнем організації та саморегулювання організму підвищується емоційна чутливість, але одночасно зростають і можливості психологічного захисту. Коло чинників, здатних викликати у людини емоційне збудження, з віком не звужується, а розширюється. Стають різноманітнішими способи вираження емоцій, збільшується тривалість емоційних реакцій, викликаних короточасними подразниками. Якби доросла людина реагувала на всі подразники з безпосередністю дитини, вона б неминуче загинула від перезбудження й емоційної нестійкості, адже коло значимих для неї відносин набагато ширше за дитяче. Однак дорослого рятує розвиток ефективних механізмів внутрішнього гальмування і самоконтролю, а також здатність вибірково реагувати на зовнішні впливи.

Емоційні проблеми юнацького віку мають різні витоки. Підлітковий синдром дисморфоманії — стурбованості своїм тілом і зовнішністю — у юності зазвичай вже проходить. Різке збільшення в перехідному віці кількості особистісних розладів зумовлено головним чином тим, що у дітей таких розладів не буває зовсім через нерозвиненість їхньої самосвідомості. Хворобливі симптоми і тривоги, що з'являються в юності, — часто вже не стільки реакція на специфічні

труднощі самого віку, скільки прояв запізнілого ефекту більш ранніх психічних травм.

Новітні дослідження спростовують думку про юність як «невротичний» період розвитку. У більшості людей перехід з підліткового віку в юнацький супроводжується покращенням комунікативності та загального емоційного самопочуття. Молоді люди, в порівнянні з підлітками, виявляють велику екстравертованість, меншу імпульсивність й емоційну збудливість і більшу емоційну стійкість. Ці дані також засвідчують, що всі основні структури темпераменту та його залежність від властивостей нервової системи складаються вже до підліткового віку. Юність же, не змінюючи типу темпераменту, посилює інтегральні зв'язки його елементів, полегшуючи тим самим управління власними реакціями.

Юнаки та дівчата тонше, точніше, краще, ніж підлітки, вловлюють відтінки переживань, вміють «читати почуття». Вони розуміють і «нешаблонні» форми вираження почуттів. З'являється велика емоційна сприйнятливність до ряду явищ, багато дій і вчинків людей викликають виразний емоційний відгук. Так, характер взаємин людей в сім'ї, у побуті, на виробництві, у виконанні ними суспільних завдань стає об'єктом почуттів тому, що ці факти самі по собі хвилюють молоду людину.

Також юнацький вік у порівнянні з підлітковим характеризується більшою диференційованістю емоційних реакцій і способів вираження емоційних станів, підвищенням самоконтролю та саморегуляції. Проте «як загальні особливості цього віку відзначаються мінливість настрою з переходами від нестримних веселощів до зневіри і поєднання полярних якостей, які виступають поперемінно. До них відносяться особлива підліткова сенситивність — чутливість до оцінки іншими своєї зовнішності, здібностей, умінь і, разом з цим, надмірна самовпевненість і критичність щодо оточення. Тонка чутливість часом уживається з вражаючою черствістю, хвороблива сором'язливість — з розбещеністю, бажання бути визнаним і оціненим іншими — з підкресленою незалежністю, боротьба з авторитетами — з обожнюванням випадкових кумирів, чуттєве фантазування — з сухим мудруванням».

Цей опис психіатра А. Є. Личка поширюється на весь період статевого дозрівання, включно з «важким» пубертатним віком. В юності деякі з перерахованих труднощів вже пом'якшуються, слабшають.

Однак якщо порівнювати 15–18-річних юнаків з дорослими, цей опис в цілому виявиться точним, що підтверджують численні автобіографічні, художні описи, в яких нескінченно варіюються мотиви власної внутрішньої суперечливості, нудьги, самотності, депресії тощо.

Хоча рівень свідомого самоконтролю у юнаків набагато вищий, ніж у підлітків, вони частіше скаржаться на своє слабовілля, нестійкість, схильність до зовнішніх впливів і на такі характерологічні риси, як примхливість, ненадійність, образливість. Багато чого в їхньому житті, в тому числі й власні вчинки, здається автоматичним і навіть таким, що суперечить їхній волі. Часті в юнацькому віці так звані невмотивовані вчинки зовсім не безпричинні. Просто їх мотиви через певні обставини не усвідомлюються підлітком і не піддаються логічному аналізу. Щоб зрозуміти їх, «слід чітко розмежовувати напруженість, а нерідко — і внутрішню конфліктність психіки підлітка і соціальну конфліктність поведінки».

Особливості саморегуляції у підлітковому та юнацькому віці

Емоції — це важлива частина людини, її життя. Почуття і емоції сприяють глибшому пізнанню людиною свого внутрішнього світу, самої себе. Багатство власних переживань особистості допомагає їй глибше розуміти, що відбувається навколо, більш тонко проникати в переживання людей, їхні стосунки. Завдяки переживанням людина пізнає свої можливості, здібності, достоїнства і недоліки, розкриває щось нове в собі, в людях, у світі навколишніх предметів і явищ.

Емоції не завжди бажані, оскільки у своїй надмірності вони можуть дезорганізувати діяльність або ж їхній зовнішній прояв може поставити людину в незручне становище, демонструючи, наприклад, її почуття до інших. З іншого боку, емоційний підйом, гарний настрій сприяють здійсненню людиною будь-якої діяльності, конструктивному спілкуванню. Прагнення людини до підтримки в собі й в оточенні позитивного емоційного стану — це запорука здоров'я, бадьорості й щастя. Отже, ключі до успіху — в руках у самої людини.

Р. Нельсон-Джоунс розділяє емоції на доречні й недоречні: «Недоречними емоціями є такі емоції, які заважають досягненню розумного балансу між короткостроковим і довгостроковим гедонізмом. Наприклад, доречно в чужому і складному світі бути переляканим, обережним, пильним, щоб можна було зробити будь-які кроки,

необхідні для реального захисту. Однак тривога і надзвичайна заклопотаність є недоречними емоціями, оскільки вони засновані на ірраціональному мисленні або на божевільних переконаннях і можуть перешкоджати досягненню цілей. Точно так само ворожість може бути і шкідливою, і корисною. Позитивне значення ворожості полягає в тому, що дискомфорт або роздратування визнаються індивідом і спонукають його до вчинення дії, спрямованої на подолання або мінімізацію роздратування. Негативне значення ворожості полягає в тому, що звинувачення інших людей і світу в цілому може блокувати ефективні дії, робити людину ще нещаснішою і викликати ворожість з боку інших людей і надалі».

Становлення усвідомленої особистісної саморегуляції найбільш актуальне для підліткового та юнацького віку. Це пов'язано з життєвими завданнями, які постають у цей період. Молодим людям необхідно навчитися спрямовувати власну активність на вирішення життєво важливих завдань, а для цього необхідно навчитися керувати своїми емоційними станами, оволодіти навичками саморегуляції діяльності та поведінки.

Існує щонайменше три способи усунення небажаного емоційного стану: 1) за допомогою іншої емоції; 2) когнітивна регуляція; 3) моторна регуляція. Перший спосіб регуляції припускає свідомі зусилля, спрямовані на активацію іншої емоції, протилежної тій, яку людина переживає і хоче усунути. Другий спосіб пов'язаний з використанням уваги і мислення для придушення небажаної емоції або встановлення контролю над нею. Це переключення свідомості на події і діяльність, що викликають у людини інтерес, позитивні емоційні переживання. Третій спосіб припускає використання фізичної активності як каналу розрядки виниклого емоційного напруження.

Навички саморегуляції затребувані в різних життєвих ситуаціях, наприклад:

- у ситуаціях, які змушують людину перебувати в стані тривалого напруження, що викликає сильний стрес. У ці періоди людина змушена працювати в режимі хронічного перевантаження, на межі своїх функціональних можливостей, наприклад, під час підготовки до складання вступних іспитів;
- у ситуаціях різкої зміни життєвих умов, необхідності прийняти важливі й відповідальні рішення (вибір професії, створення сім'ї тощо). Тут важливо не лише контролювати свій поточний

емоційний стан, а й навчитися керувати своєю поведінкою з опорою на більш далеку перспективу (визначення життєвих цілей і цінностей, планування кар'єри тощо);

- ситуаціях, пов'язаних з підвищеним ризиком, — як в екстремальних ситуаціях, так і в будь-якій діяльності, пов'язаній з високим рівнем небезпеки (наприклад певні види спорту). Той, хто у разі виникнення небезпеки втрачає здатність до саморегуляції, реагує неадекватно: або панікує, або, навпаки, впадає в істерію. І те й інше призводить до збільшення ймовірності трагічного фіналу. У таких ситуаціях вкрай важливо, взявши під контроль свої реакції, зберегти здатність об'єктивно аналізувати обставини і приймати усвідомлені рішення;
- в міжособистісних конфліктах, а також у ситуаціях, коли необхідно протистояти маніпулятивному впливу оточення. Для продуктивної поведінки в таких ситуаціях добре розвинених комунікативних навичок недостатньо. Разом з ними необхідно мати високий рівень рефлексивних здібностей (тобто бути в змозі усвідомлювати власні дії), а також вміти довільно регулювати як свої емоційні стани, так і поведінкові реакції.

Зняти своє емоційну напруження допомагають *природні способи* регуляції організму. Це найдоступніші для кожної людини способи саморегуляції:

- тривалий сон, їжа;
- спілкування з природою і тваринами;
- сміх, посмішка, гумор;
- роздуми про щось приємне;
- масаж;
- розглядання кімнатних квітів, фотографій, інших приємних та цінних людині речей;
- купання (реальне або уявне) в сонячних променях;
- висловлювання похвали, компліментів тощо;
- слухання музики;
- написання листа, запис у щоденнику з викладом ситуації та причини, що викликала емоційне напруження;
- фізична розрядка (оскільки у разі сильного емоційного переживання організм дає мобілізаційну реакцію для інтенсивної м'язової роботи, потрібно йому дати цю роботу: влаштувати тривалу прогулянку, зайнятися якоюсь корисною фізичною

роботою тощо. Іноді така розрядка відбувається сама по собі: людина у стані крайнього збудження бігає по кімнаті, перебирає речі, щось рве.

Але такі засоби не завжди можна використати безпосередньо в момент виникнення напруженої ситуації або накопичення втоми.

Вчасна саморегуляція виступає своєрідним психогігієнічним засобом. Вона запобігає накопиченню залишкових явищ перенапруження, сприяє повноті відновлення сил, нормалізує емоційний фон діяльності і підсилює мобілізацію ресурсів організму. У результаті діяльність людини стає ефективнішою, і це закономірно, оскільки сили витрачаються не на зайві напруження і переживання, а на виконання дій, що наближають до успіху.

Саморегуляція за своєю природою — універсальна. Вона заснована виключно на розвитку індивідуальних властивостей особистості, на можливостях, наданих їй природою, і може бути застосована як корисний інструмент в будь-якій сфері життя і діяльності людини. За багатьма параметрами саморегуляція дає людині можливість протистояти хворобам, боротися з несприятливими життєвими обставинами, не вдаючись до допомоги психолога чи психотерапевта. Людина, яка самостійно справляється зі своїми проблемами, стає впевненою, оптимістичною, з повагою ставиться до самої себе. Особливо важливо навчити прийомам саморегуляції підлітків, коли становлення індивідуального стилю особистісної саморегуляції сприяє формуванню гармонійної поведінки і на її основі розвитку навичок управляти собою відповідно до поставленої мети, розвивати вміння направляти свою поведінку відповідно до потреб життя, професійних чи навчальних завдань і напрацювання оптимальних способів досягнення успіхів у ній.

Психічна регуляція пов'язана або із впливом ззовні (іншої людини, музики, кольору, природного ландшафту), або із саморегуляцією.

Психічна саморегуляція — це управління своїм психоемоційним станом, яке досягається завдяки впливу людини на саму себе за допомогою слів, уявних образів, управління м'язовим тонусом і диханням.

Психічна саморегуляція — це сукупність прийомів і методів корекції психофізіологічного стану, завдяки яким досягається оптимізація психічних і соматичних функцій. Одночасно знижується рівень

емоційної напруженості, підвищується працездатність і ступінь психологічного комфорту. Психічна саморегуляція сприяє підтриманню оптимальної психічної активності, необхідної для діяльності людини. У результаті саморегуляції можуть виникати три основних ефекти: *заспокоєння* (усунення емоційної напруженості); *відновлення* (ослаблення проявів втоми); *активізації* (підвищення психофізіологічної реактивності).

На сьогодні розроблено багато різних способів саморегуляції: релаксаційне тренування, аутогенне тренування, десенсибілізація, реактивна релаксація, медитація та ін. У кожному психічному самовпливі є елементи самовиховання, самоконтролю, самопереконання, самонавіювання.

Основоположник *методу самонавіювання* французький аптекар Еміль Кюе зазначав, що якщо перед сном про себе двадцять разів повторити певну формулу самонавіювання, то є певний шанс, що ці слова реалізуються. Він мав на увазі насамперед формулювання, спрямовані на поліпшення свого здоров'я. Для дорослих — з урахуванням якості їх абстрактно-асоціативного мислення — спочатку слід використовувати загальні формулювання типу «З кожним днем я буду почуватися краще і краще в усіх відношеннях» і лише за наступних заняттях приєднувати до них конкретні. Для дітей та підлітків, з урахуванням конкретності мислення, потрібні в основному симптоматично спрямовані й короткі формулювання типу «Головні болі повністю пройдуть». Досить часто на початку в підлітків необхідність регулярних занять самонавіюванням викликає опір, несприйняття того, хто дає інструкції і контролює їх виконання, тобто психолога, батьків або інших дорослих. Завдання і психолога, і батьків звести до мінімуму опір дітей не лише за рахунок власних здібностей переконувати, а й за рахунок спрощення методик, внесення до них ігрових елементів. Тому з дітьми та підлітками займатися саморегуляцією краще в групі або в сімейному колі.

Сьогодні найбільш поширеним є спосіб, розроблений німецьким психіатром І. Шульцем, — «аутогенне тренування».

Аутотренінг — це синтетичний метод, заснований на прийомах самонавіювання, освоєння здатності входити в особливий стан свідомості, яка називається аутогенним зануренням, і залишатися в цьому стані певний час. На другому етапі освоюється такий прийом як самонавіювання. В результаті виникає здатність керувати початково-

мимовільними психічними процесами. Можливості психічної саморегуляції засновані на тому, що слова та уявні образи можуть впливати на ті психічні функції, які не піддаються свідомому контролю.

Найпростішим прикладом є спроба уявити, що в роті — соковитий шматочок лимону, мимохіть виділятиметься слина. Так, за допомогою слів і відповідних образів, які є у пам'яті, викликається реакція слиновиділення, яку не можна викликати вольовим зусиллям.

Особливої сили слова і уявні образи набувають у стані аутогенного занурення. Це особливий стан свідомості, близький до гіпнотичного, але він має свою специфіку. Важливо, що в цьому стані значно зменшується чутливість до зовнішніх подразників, збільшується концентрація уваги, знижується критичність свідомості. Тому формули самонавіювання безперешкодно проникають безпосередньо в підсвідомість. Так вдається впливати на ті підсвідомі функції, які не піддаються вольовому контролю (а це головне завдання аутотренінгу).

Особлива заслуга Шульца в тому, що він розробив дуже простий і ефективний спосіб досягнення аутогенного занурення. Застосовуваний в аутотренінгу підхід заснований на тому, що глибока м'язова релаксація і зниження тонуусу кровоносних судин у поєднанні з концентрацією уваги практика на певних відчуттях призводять до виникнення особливого стану свідомості, близького до гіпнотичного, яке зараз називається аутогенним зануренням. Простота вправ і можливість об'єктивного контролю їх засвоєння якраз і забезпечують високу ефективність цього методу.

Під час аутотренінгу текст ділиться на два блоки. Перший — для розслаблення організму, другий — складається з тих слів, якими є бажання зарядитися, — так звана формула-мета.

Залежно від того, з якою метою проводиться аутотренінг, підбираються відповідні слова. Промовляти їх краще про себе. Природно, що словесні формули необхідно вивчити напам'ять, щоб під час аутотренінгу не відволікатися на пригадування.

Наприклад, виникла стресова ситуація і є потреба швидко й ефективно зняти емоційне напруження. Текст аутотренінгу може бути таким:

1. Я відпочиваю. Розслабляюся. Почуваюся вільно і легко. Я спокійний. Я спокійний. Я спокійний. Все тіло розслаблене. Мені легко і приємно. Я відпочиваю.

2. Розслаблені м'язи правої руки. Розслаблені плече, передпліччя, кисть, пальці. Розслаблені м'язи лівої руки. Розслаблені плече, передпліччя, кисть, пальці. Обидві руки розслаблені. Вони лежать нерухомі й важкі. Приємне тепло проходить по руках. Я спокійний.

3. Розслаблені м'язи правої ноги. Розслаблені м'язи стегна і гомілки. Розслаблені м'язи лівої ноги. Розслаблені м'язи стегна і гомілки. Обидві ноги розслаблені. Відчуваю важкість ніг. Я спокійний. Я спокійний.

4. Усе тіло розслаблене. Розслаблені м'язи спини. Розслаблені плечі. Розслаблені м'язи живота. Голова лежить вільно і спокійно.

5. Усе тіло розслаблене. Почуваюся легко і невимушено. Мені приємно. Я відпочиваю.

6. Я відпочив. Почуваюся свіжо. Відчуваю легкість у всьому тілі. Відчуваю бадьорість у всьому тілі. Хочеться встати і діяти. Відкриваю очі. Я повний сил і бадьорості. Встаю!

Після аутотренінгу треба швидко й енергійно піднятися. Зробити різкий і глибокий вдих.

Щоб налаштувати себе на щось за допомогою аутотренінгу, можна самому скласти для себе формулу-мету. Важливо пам'ятати, що починати аутотренінг необхідно з розслаблення всіх м'язів. Перша частина вимовного тексту повинна складатися з слів, що сприяють розслабленню організму, а друга (формула-мета) — це промовляння думок, якими людина хоче зарядитися. Формула-мета може складатися з декількох слів або пропозицій. Для цього можна скористатися наведеним вище текстом, а можна скласти свій. Індивідуально складену формулу-мету необхідно повторювати кілька разів. Дуже важливо використовувати слова з позитивним, а не негативним коренем. Наприклад, слід говорити «бути сміливішими» замість «не боятися». Щодня протягом декількох днів або тижнів потрібно здійснювати аутогенне занурення і повторювати складену формулу.

Отже, аутогенне тренування діє в таких випадках: людина зацікавлена в почутому і сказане для неї є бажаним; слова не наражаються на критику, опір; людина трохи схвильована, але не роздратована; людина трохи фізично стомлена; м'язи максимально розслаблені і тому не посилають сигналів у мозок; знижено потік звуків та інших сигналів з навколишнього середовища.

Як хороший актор вживається в образ, так слід проймається думками, що вимовляються. Нові думки повинні стати сутністю

людини. Тривалість аутогенного тренування — кілька тижнів щоденних «занурень». Не обов'язково відразу ж дотримуватися всіх вказівок. Можна вдосконалювати методику поступово.

Аутогенне тренування — один з найпотужніших способів впливу на психологічний стан організму. Вимовлені під час самонавіювання думки можуть ставати сутністю людини, тим самим значно перебудовуючи його внутрішній світ. За допомогою аутотренінгу можна змінити характер, позбутися занепокоєння і шкідливих звичок і навіть вилікувати деякі захворювання.

Окрім аутогенного тренування, відома й інша система саморегуляції — «прогресивна релаксація» (м'язове розслаблення). Розробляючи цей спосіб, Е. Джекобсон виходив з того факту, що багато емоцій викликають напруження скелетних м'язів. Отож він, відповідно до теорії Джемса-Ланге, для зняття емоційної напруженості (тривоги, страху) пропонує розслаблювати м'язи. Цьому способу відповідають і рекомендації зображувати на обличчі посмішку в разі негативних переживань, щоб активізувати почуття гумору. Переоцінка значущості події, розслаблення м'язів після того, як людина пересміялася, і нормалізація роботи серця — ось складові позитивного впливу сміху на емоційний стан людини.

Створено також нову методику, названу «психорегулювальним тренуванням», яка від аутогенної відрізняється тим, що в ній не використовується навіювання «відчуття важкості» в різних частинах тіла, а також тим, що в ній є не тільки заспокійлива, а й збуджувальна частина. Психологічною основою цього методу є неупереджена концентрація уваги на образах і відчуттях, пов'язаних із розслабленням скелетних м'язів.

Фізіологічною основою психорегулювального тренування є факт, що м'язова система за рахунок пропріорецептивної імпульсації є одним з головних стимуляторів головного мозку (із загального потоку, за деякими даними, на скелетні м'язи припадає 60%). Тому через розслаблення м'язів можна послабити цей тонізуючий вплив (про що свідчить зменшення відчуття електричного подразнення і відповідної реакції на нього, а також колінного рефлексу), а через напруження м'язів можна цю тонізацію збільшити. Однак слід зазначити, що якщо довільно напружувати м'язи вмюють вже й маленькі діти, то з довільним розслабленням м'язів (мається на увазі їх розслаблення в порівнянні зі станом спокою) справа значно гірша. Наприклад,

виявлено, що ця здатність не вповні виявляється у дітей до 12–13 років. Часто відбувається навіть протилежне: спроба розслабити м'язи призводить до їх незначного напруження.

На думку багатьох психологів і фізіологів, використання дихальних вправ — це найдоступніший спосіб регуляції емоційного збудження. Застосовуються різні способи. Р. Деметер використовував дихання із застосуванням паузи:

- 1) без паузи: звичайне дихання — вдих, видих;
- 2) пауза після вдиху: вдих, пауза (дві секунди), видих;
- 3) пауза після видиху: вдих, видих, пауза;
- 4) пауза після вдиху і видиху: вдих, пауза, видих, пауза;
- 5) напіввдих, пауза, напіввдих і видих;
- 6) вдих, напіввдих, пауза, напіввидих;
- 7) напіввдих, пауза, напіввдих, напіввидих, пауза, напіввидих.

Окрім того, автор рекомендує чергувати (по чотири рази) дихання через ніс і рот за такою схемою: вдих носом — видих носом; вдих носом — видих ротом; вдих ротом — видих ротом; вдих ротом — видих носом.

Ці способи рекомендовано застосовувати для заспокоєння перед сном і для зменшення емоційного збудження.

Оволодіння підлітками різних способів психічної саморегуляції допоможе навчитися контролювати м'язовий тонус і рівень бадьорості, розвивати уяву і фантазію, більше довіряти самому собі й своїм відчуттям, відчувати партнера і краще взаємодіяти з іншими людьми.

Тому для батьків і педагогів завдання навчити дітей, підлітків вміти контролювати зовнішній прояв емоцій, справлятися зі своїми емоціями соціально прийнятними способами є дуже важливим.

Список літератури

1. *Личко А. Е.* Підліткова психіатрія : Керівництво керівництво для лікарів / А. Е. Личко. — Л. : Медицина, 1979. — 336 с.
2. *Березин Ф. Б.* Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец. — 1-е издание. — Л. : Медицина, 1976. — 186 с.
3. *Грецов А. Г.* Лучшие упражнения для обучения саморегуляции : учебно-методическое пособие / под общей ред. проф. С. П. Евсеева. — СПб. : СПбНИИ физической культуры, 2006. — 44 с.
4. *Изард К. Э.* Психология эмоций / К. Э. Изард ; пер. с англ. — СПб. : Питер, 2000. — 464 с.
5. *Ильин Е. П.* Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. — СПб. : Питер, 2001. — 752 с.
6. *Исаев Д. Н.* Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. — Л. : Медицина, Ленинградское отд-ние, 1980. — 180 с.
7. *Кон И. С.* Введение в сексологию / И. С. Кон. — М. : Медицина, 1989. — 336 с.
8. *Кон И. С.* Психология ранней юности / И. С. Кон. — М. : Просвещение, 1989. — 254 с.
9. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия : руководство для врачей / А. Е. Личко. — Л. : Медицина, 1979, — 336 с.
10. *Святощ А. М.* Психотерапия : пособие для врачей / А. М. Святощ. — СПб. : Питер, 2000. — 288 с.
11. *Столяренко Л. Д.* Основы психологии / Л. Д. Столяренко. — 3-е изд., перераб. и доп. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2000. — 672 с.
12. *Черникова О. А.* Аутогенная тренировка: метод, письмо / О. А. Черникова, О. В. Дашкевич. — М., 1967. — 52 с.
13. *Якобсон П. М.* Изучение чувств детей и подростков: развитие нравственных оценок у школьников. Ч. 2. Психология чувств / П. М. Якобсон. — М. : Изд-во АПН РСФСР, 1961. — 214 с.
14. *Якобсон П. М.* Эмоциональная жизнь школьника. Психологический очерк / П. М. Якобсон. — М. : Просвещение, 1966. — 291 с.

4

ТЕМА

ПСИХОСЕКСУАЛЬНИЙ РОЗВИТОК І МІЖСТАТЕВІ ВІДНОСИНИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Підлітковий вік, за визначенням ВООЗ, перебуває в рамках другого десятиліття життя. Це перехідний етап розвитку між дитинством і дорослістю. Підлітковий період умовно поділяють на три періоди. Це препубертатний, або підготовчий період, власне пубертатний період (пубертат — від *лат.* *pubertas, pubertalis* — змужність, статева зрілість), протягом якого проходять основні процеси статевого дозрівання, і постпубертатний період, під час якого організм досягає повної біологічної зрілості. Препубертатний період відповідає молодшому підлітковому віку (11–12 років), пубертатний — підлітковому (12–14 років), а постпубертатний — юнацькому віку (15–17 років).

У підлітковому віці відбувається бурхливе фізичне, статеве, психосексуальне, психологічне та соціальне дозрівання. Усі процеси в цей період протікають вкрай нерівномірно і неодночасно, і це проявляється як на міжіндивідуальному, так і на індивідуальному рівнях.

Фізичний розвиток характеризується ростом усіх органів і систем організму, статевий розвиток — ростом статевих органів, під час психосексуального розвитку формується сексуальність, зокрема статевий потяг. Під час психологічного і соціального розвитку формується особистісне «Я» підлітка і навички міжособистісного спілкування.

Для підліткового віку характерний бурхливий розвиток в організмі людини фізіологічних процесів. У молодшому підлітковому віці організм тільки починає підготовку до дорослішання. Основні зміни починаються в 12–14 років. Проявляються вторинні статеві ознаки, що свідчить про посилення впливу статевих гормонів, з'являється характерне для статі оволошіння. Набухають і ростуть молочні залози, причому в дівчат може спостерігатися нерівномірний ріст молочних залоз, а у хлопчиків молочні залози можуть тимчасово збільшуватися в розмірах. Приблизно у 97% підлітків першими ранніми ознаками пубертату є збільшення яєчок (у хлопчиків) і молочних залоз (у дівчаток). У хлопчиків також відбувається зміна голосу, викликана ростом гортані, що досить часто спричиняє дискомфорт. Їм ніяково, коли

голос ламається і перестрибує з низьких тонів на більш високі й на-
впаки. Підвищується також активність сальних залоз, що дуже часто
призводить до появи прищів або вугрів на обличчі.

Однією з перших і найбільш помітних змін фізіології є різке при-
скорення росту. Дівчатка найшвидше ростуть приблизно у дванад-
цятирічному віці, а у хлопчиків максимальна швидкість збільшення
зросту і маси тіла припадає приблизно на чотирнадцять років. При-
чина цього в тому, що жіночий статевий гормон — естроген — сти-
мулює секрецію гормону росту в гіпофізі сильніше, ніж тестосте-
рон — чоловічий статевий гормон. Ось чому середньостатистична
дванадцятирічна дівчинка значно вища за свого однолітка-хлопчика.
Зміна росту і маси тіла спричиняє і зміни в пропорціях, при цьому
ріст скелета випереджає розвиток мускулатури. Звідси і певна не-
зграбність, яка змушує підлітка почуватися незручно. У дівчаток між
п'ятим-шостим класом може різко зростати маса тіла, і цей «окру-
глий» вигляд дискомфортний для багатьох з них.

Гормональна перебудова в організмі підлітка може призвести до
тимчасових порушень функцій серця, легенів, шлунково-кишкового
тракту та інших органів. Багато підлітків можуть скаржитися на го-
ловні болі, запаморочення, болі в животі, які батьки часто сприйма-
ють як вигадку. Перепади судинного тонузу зумовлюють різку зміну
настрою — від бадьорого й веселого, до пасивного та плаксивого.
У молодшому підлітковому віці в центральній нервовій системі над
процесами гальмування переважають процеси збудження. Але з до-
рослішанням рівень збудження знижується, оскільки починає пе-
реважати вплив кори головного мозку, і до 15–16 років формується
здатність до самоусвідомлення себе, своїх дій і вчинків.

У період фізіологічних змін у підлітка виникає новий образ свого
фізичного «Я». Зовнішня тимчасова непривабливість може призвес-
ти до появи почуття неповноцінності й, відповідно, до зниження на-
строю. Багато з цих змін в організмі можуть стати причиною розча-
рувань або ж особливої гордості підлітка. Найбільше це хвилює тих,
хто випереджає або відстає у розвитку від своїх ровесників.

Статеве дозрівання — це складний процес взаємопов'язаних по-
слідовних змін у всьому організмі підлітка. У перебігу цього проце-
су відбувається зростання і морфологічне перетворення організму,
розвиток вторинних статевих ознак, зовнішніх і внутрішніх статевих
органів, а також встановлюється певний рівень статевих гормонів.

Результатом гармонійного статевого дозрівання є статева зрілість і здатність до репродукції.

Статеве дозрівання у дівчат зазвичай закінчується дещо раніше, ніж у хлопців: у них період статевого дозрівання переважно триває з 12 до 16 років, а у хлопчиків — з 13 до 17–18 років.

Взагалі на статеве дозрівання припадає досить тривалий період — від п'яти до семи років. Виділяють п'ять стадій статевого дозрівання, вікові межі яких індивідуальні для кожного підлітка. Кожна стадія статевого розвитку має певну характеристику.

Перша стадія — дитинство (інфантилізм). Для неї характерний повільний, майже непомітний розвиток репродуктивної системи з поступовим, але неухильним соматичним ростом організму. У дівчаток починаючи з 3 років відзначається вищий рівень соматотропіну, і вони випереджають у рості хлопчиків. Окрім того, безпосередньо перед періодом статевого дозрівання секреція соматотропіну у них зростає ще більше і утворює препубертатний пік з відповідним посиленням росту. Рівень естрогенів і кортикостероїдів підвищується повільно, досягаючи до кінця періоду лише третини рівня дорослих. Зовнішні й внутрішні геніталії розвиваються малопомітно, вторинних статевих ознак немає. Першою ознакою початку статевого дозрівання дівчаток є округлення стегон і сідниць. Стадія закінчується в 8–10 років.

У хлопчиків ця стадія триваліша, секреція соматотропіну перебуває на значно меншому рівні, однак за рахунок тривалості його впливу прискорений темп зростання зберігається довше, до 10–13 років. Істотної динаміки первинних і вторинних статевих ознак не спостерігається.

Друга стадія — гіпофізарна. Вона відповідає початку статевого дозрівання і починається у дівчаток з 9–10 років, у хлопчиків — з 10–13 років. Спостерігається різка активація гіпофізу, тобто зростає секреція гіпофізарних гормонів — соматотропінів і фолітропіну. Ці гормони впливають на швидкість росту і появу первинних ознак статевого дозрівання.

Посилення секреції соматотропіну більше виражене у дівчаток; вони ніби перебувають на вершині пубертатного стрибка зростання, тоді як у хлопчиків він лише починається. Під впливом цих гормонів у хлопчиків швидко збільшуються в розмірах тестикули (яєчка), а у дівчаток починається телархе — початок росту молочних залоз.

Можливо також невелике збільшення зовнішніх геніталій. Стадія закінчується, як правило, у дівчаток в 9–12 років, у хлопчиків — у 12–14 років.

Третя стадія — активізація статевих залоз (гонад). Для неї характерна стимуляція статевих залоз гонадотропними гормонами гіпофіза (фолікулоstimулюючий (ФСГ), лютеїнізуючий (ЛГ) і лютеотропний (ЛТГ)), в результаті чого статеві залози починають виробляти андрогени і естрогени. Під впливом цих статевих гормонів продовжується розвиток статевих органів і вторинних статевих ознак. Стадія починається у дівчаток з 9–12 років, у хлопчиків — з 12–14 років.

Четверта стадія — прояв максимального стероїдогенезу, коли статеві залози (сім'яники та яєчники) досягають найбільшої активності, що спричиняє максимальне виділення андрогенів та естрогенів. Під впливом гормонів у обох статей відбувається подальший розвиток внутрішніх статевих органів. У дівчаток товщають стінки піхви, збільшуються розміри і мускулатура матки, підвищується секреція в піхві і в шийці матки. Також у підлітків з'являється волосся під пахвами і триває ріст геніталій, у хлопчиків відбувається мутація голосу і формується кадик (Адамово яблуко). Що ж до росту — у хлопчиків рівень соматотропіну залишається високим, а у дівчаток його концентрація знижується, тому темпи росту у хлопчиків максимальні, а у дівчаток — уповільнені. Ця стадія починається у дівчаток в 10–13 років, а у хлопчиків — у 12–16 років.

П'ята стадія — остаточне формування репродуктивної системи.

У 90 % дівчат спостерігається зупинка росту внаслідок зниження концентрації соматотропіну до рівня зрілих жінок. Завершенням цієї стадії у дівчат вважається встановлення регулярного менструального циклу.

На цій стадії у дівчат з'являється менархе — перший менструальний цикл. Слово «місячні» — похідне від «місяць». Щомісячно в організмі дівчини, жінки дозріває жіноча статеві клітина — яйцеклітина. У дорослому віці злиття яйцеклітини з чоловічою статевою клітиною (сперматозоїдом) призводить до запліднення. Щомісяця в організмі дівчини (так само, як і в організмі дорослої жінки) у разі незапліднення, яйцеклітина руйнується, звільняючи місце для нової. Починаються місячні — кров'яні виділення. У дівчат місячні налагоджуються не одразу. Може минути півроку, аж поки місячні не стануть регулярними — тобто будуть з'являтися через певну кількість днів.

Для нормального формування місячного циклу дівчині необхідно повноцінно харчуватися, вчасно лягати спати, менше часу проводити за телевізором і комп'ютером, займатися фізичними вправами і частіше бувати на свіжому повітрі. Якщо місячні не встановлюються, необхідно обов'язково звернутися до лікаря — підліткового гінеколога.

Важливо знати, що менархе запускається за певного мінімального запасу жиру в організмі. Захоплення дівчат «дієтами для схуднення» або напружений графік тренувань різними видами спорту можуть призвести до затримки менархе або до переривання менструального циклу.

Стадія остаточного формування репродуктивної системи у дівчат починається в 11–14 років і закінчується до 15–17 років повним дозріванням. У юнаків ця стадія починається в 15–17 років і закінчується формуванням зрілого чоловіка до 17–19 років.

На цій стадії у юнаків завершується формування вторинних статевих ознак (Адамового яблука, оволосіння на обличчі, перехід від жіночого до чоловічого типу оволосіння на лобку). Сперматогенез (розвиток сперматозоїдів в яечках) досягає повного розвитку. Зростання в основному призупиняється, хоча може тривати за рахунок подальшого розвитку хрящів хребта. Статеве дозрівання хлопчиків пов'язане з наявністю в організмі статевого гормону тестостерону, біосинтез якого відбувається за участю холестерину. Останній можна отримати лише в їжі тваринного походження. Тому в період статевого дозрівання організм хлопчика потребує достатньої кількості тваринного білка і жирів, а вегетаріанська дієта може завдати певної шкоди дозріванню.

Першою функціональною ознакою статевої зрілості у хлопчиків є поява поліції. Поліції (від *лат.* *pollutio* — забруднення) — це мимовільне виверження сімені, яке найчастіше відбувається уві сні; в результаті цього на постільній білизні залишаються характерні плями. Поява поліції свідчить про те, що у підлітка почали вироблятися зрілі сперматозоїди. Змішуючись із секретом (рідиною) сім'яних пухирців і передміхурової залози, вони у вигляді сперми видаляються з організму природним шляхом після напруження статевого члена. Виникають поліції внаслідок сновидінь, пов'язаних із фізичним напруженням підлітка, а також із спілкуванням з представниками жіночої статі. Частота поліцій — індивідуальна. Як правило, перше

сім'явиверження відбувається через рік після початку прискореного росту (приблизно в 14 років), але, як і з менструацією, строки ці мають дуже широкий діапазон. Зазвичай полюції відбуваються від 1–2 разів на тиждень до 1 разу на 2–3 місяці, а, можливо, й рідше. Ознакою порушень в організмі є значне збільшення полюцій, особливо якщо вони відбуваються щоночі. В інших випадках полюції — явище цілком нормальне, фізіологічне, хоча й сприймається спочатку підлітками з тривогою.

Також у юнаків може виникати мимовільна ерекція (від *лат.* *ēgētus* — «прямує вгору») — збільшення розміру й затвердіння статевого члена як реакція на стресову ситуацію, наприклад, переляк. У такому разі слід переключати увагу на щось інше.

Існують дані, що за останні 100 років спостерігається неухильне зниження віку першої полюції у хлопчиків і першої менструації у дівчаток, в середньому на 4–6 місяців за кожні 10 років. Час появи окремих вторинних статевих ознак прискорюється на 1–6 місяців за десятиліття.

Хлопчики і дівчатка по-різному переживають настання періоду статевої зрілості. Для хлопчика це завжди носить характер кризи: він відчуває, що ним оволодіває якесь нове начало, щось таке, що без його волі втручається у думки й почуття. Перша фізіологічна ерекція відчувається ним як щось загадкове й тривожне. Дівчинка, навпаки, легко вступає в період статевої зрілості. Вона відчуває, як нескінченно збільшується її власне значення. Багато хлопчиків у цьому віці від однієї лишень думки, що вони можуть закохатися або одружитися (взагалі, а не з конкретною дівчиною), обурюються, а дівчатка, навіть найменші, пристрасно жадають кохання і шлюбу як звершення їхніх життєвих устремлінь.

Психосексуальний розвиток людини — це складний процес, який починається в ембріональний період зі статевого диференціювання мозку плоду і закінчується статевою зрілістю.

Стать визначається набором хромосом, будовою генів, статевих органів, зовнішніми ознаками. Формування статі починається з моменту зачаття і триває до статевої зрілості. Диференціювання статі (тобто формування жіночої або чоловічої статі) відбувається на 7–14 тижні внутрішньоутробного розвитку плоду. Жіночий організм формується за циклічним типом (цикли — місячні), а чоловічий організм — за тонічним.

Ознаки статі завжди незмінні. Сексуальність є біологічною основою статі. Це не тільки біологічний інстинкт, а й сукупність біологічних, фізіологічних, психологічних, соціальних особливостей, які роблять одну людину привабливою для іншої. Сексуальність — це важлива складова природного й здорового існування людини та основа людських взаємин. Сексуальність людини виконує декілька функцій, серед яких найважливішими є: *відтворення* — репродуктивна функція, *спілкування* — комунікативна функція та *насолада* — *гедонічна* функція (тобто насолада заради самої насолади).

Сексуальність охоплює різні сфери психічного життя людини — відчуття, переживання, уяву, думки, дії, вчинки — все те, що супроводжує її сексуальну активність. Великий вплив на прояви сексуальності мають особливості культури суспільства, в якому проживає людина. Поняття «сексуальна культура» відображає особливості міжстатевих взаємин. Людина може нічого не знати про сексуальність або вважати, що її в неї немає, однак сексуальність є в кожного.

Сексуальність, на думку соціолога, антрополога, філософа і сексолога І. С. Кона, має великі індивідуальні варіації, які залежать від фізіологічного стану організму (гормональний баланс), так і від життєвого (емоційного, комунікативного) досвіду людини.

Одним з перших запропонував пов'язати теорію сексології з психологією німецький лікар Г. Х. Елліс. Його праці сприяли розумінню пластичності сексуальності людини, вказували на неприпустимість осудження поведінки, яка не відповідає нормам усталеної культури сексуальних стосунків.

Найбільш значущою є теорія сексуальності, висунута на початку ХХ ст. австрійським вченим-психоаналітиком Зигмундом Фрейдом, в якій він наголошував на необхідності сексу не лише з погляду продовження роду, а й для нормального функціонування особистості.

Фрейд визначив тісний зв'язок між сексуальним і розумовим розвитком дитини. Чим раніше дитина виділяє свою стать, тим інтенсивніше протікає його ознайомлення з життям, тим гостріше і глибше вона сприймає все, що її оточує. Він вказав на ранні дитячі переживання і стосунки з батьками як на безпосередні причини формування певного типу сексуальної поведінки. Фрейд і його послідовники встановили, що кожна людина зі своїм дорослішанням поступово проходить п'ять фаз сексуального розвитку. Вони відрізняються пануванням певних ерогенних зон, за якими і отримали свої назви.

1 стадія: від народження до року — «оральна».

Смоктання та жування — головні способи отримання насолоди малюком у перші роки життя. Активні дії дитини, коли вона жадає кормління, динамічно смокче материнську грудь, відчуває тепло, обіймаючи її руками, розвивають почуття безпеки й благополуччя. На цій стадії формується впевненість — «мене люблять». У сучасних дослідженнях підкреслюється, що майбутня чуттєвість тіла, відчуття довіри до іншої людини залежать від ласкавого сповивання, торкання, купання. Вони дають дитині змогу відчути цінність власного тілесного «Я», яка зберігається протягом всього життя.

2 стадія: від року до трьох — «анальна».

Дитина вчиться контролювати випорожнення свого організму, користуватися горщиком, їй це цікаво, вона отримує від цього задоволення. Випорожнення дитина приймає як частину свого тіла, демонструє вміст горщика тим дорослим, яким вона довіряє, — так своєрідно вона виділяє значимих для себе людей і чекає від них підтримки і похвали. На цій стадії у дитини з'являється здатність дарувати свою любов іншим. Незадоволення і покарання дитини за невдалі кроки на шляху до самостійності або часте незадоволення її поведінкою формує невпевнене «Я».

3 стадія: від трьох до шести років — «фалічна».

Усі діти дошкільного віку проявляють інтерес до статевих питань, і мотивами такої зацікавленості виступають не еротичні, а пізнавальні інтереси. Задовольнивши цікавість, діти природно переключаються на щось інше. Ставлення дорослих до статевих органів, їхня інтонація, вираз обличчя, зауваження й коментарі формує у дитини певне ставлення до свого тіла і до себе. Основне завдання цієї стадії — статева ідентифікація. Панічне ставлення дорослих до сексуальних ігор та проявів сексуальності дитини призводить до формування у неї неадекватних статевих уявлень, що може призвести розладами сексуальної сфери у дорослому житті: імпотенцією (*лат. impotens* — безсильний) або фригідністю (*лат. frigidus* — холодний).

4 стадія: від 6–7 до 10–11 років — «латентна».

Дитина активно засвоює соціальні ролі, міжособистісні стосунки, моральні основи, її сексуальні імпульси пригнічуються або перебувають у загальмованому стані. У дітей цього віку виникає інтерес до

розвитку власного тіла, до стосунків з однолітками та представниками протилежної статі, які стають більш емоційними.

На цій стадії молодшим підліткам слід надавати доступну й об'єктивну інформацію щодо питань статі, її зміст має відповідати дійсності та законам природи. Відповідно до досліджень, саме у цей час формується невпевненість дорослої людини у спілкуванні з протилежною статтю.

5 стадія: від 10–11 до 18–19 років — «генітальна».

Ця стадія охоплює пубертатний (від початку перших місячних у дівчинок і перших еякуляцій у хлопчиків до зупинки росту тіла) і післяпубертатний період (до настання повної психологічної й статевої зрілості). У цьому віці з'являється усвідомлення себе, своїх потреб та інтересів як дорослої людини. У цей час відбувається розвиток чуттєвості, сексуальні інтереси спрямовані на протилежну стать. Підліток прагне довідатися про сексуальність, звідси й підвищений інтерес до різноманітної інформації еротичного та сексуального характеру (засоби масової інформації, особливо Інтернет).

Аналізуючи відомі на сьогодні факти, науковці виділяють такі основні особливості підліткової сексуальності: інтенсивність статевого потягу; сексуальна активність має характер експериментування і відзначається ігноруванням небезпеки; невідповідність необмеженої еротичної фантазії і обмежених можливостей їх реалізації; сексуальність ізольована від почуття любові.

На формування сексуальності впливає складний комплекс фізіологічних, соціально-психологічних і культурних факторів. Саме від них залежить, наскільки гармонійно, повно, відповідно до віку буде сформована сексуальність. У сучасній сексології вирізняють три етапи формування сексуальності після народження і до формування зрілої сексуальності. Наведені нижче вікові межі є до певної міри відносними й відображають лише тенденції в цілому.

Перший етап: формування статевої самосвідомості: дитина усвідомлює власну стать, починає усвідомлювати особливості та відмінності двох статей: чоловічої та жіночої. Цей етап розпочинається з 1,5–3 років та закінчується у 5–7 років. Дитина вже чітко усвідомлює власну приналежність до однієї зі статей.

Другий етап: формування статево-рольової поведінки: відбувається усвідомлення та пізнання власної статевої ролі, засвоєння

стереотипів поведінки, притаманних певній статі. Цей етап припадає приблизно на період з 5–7 до 10–12 років. Усвідомлення передусім засноване на стереотипах статевої поведінки у сім'ї та соціумі. До підліткового віку дитина вже чітко усвідомлює свою статеву роль.

Третій етап: формування психосексуальних орієнтацій: відбувається формування статевого потягу — від платонічного до еротичного, а в подальшому до сексуального. Цей етап достатньо тривалий — від 10–12 до 16–18 років. Він охоплює період статевого (10–18 років) та біологічного дозрівання (до 24 років).

Формування статевого потягу (лібідо) — важливий крок у психосексуальному розвитку і зазвичай проходить у три послідовних етапи: формування платонічного, еротичного та сексуального компонентів. У процесі формування платонічного компонента в підлітків виникає бажання спілкуватися з особами протилежної статі, підтримувати дружні взаємини. Їм достатньо бути поряд один з одним, розмовляти, ходити разом у кіно чи на дискотеку.

Формування еротичного компонента наповнює підлітка новими емоціями і відчуттями. З'являється бажання фізичного контакту з об'єктом симпатії, потяг доторкнутися один до одного, обійматися, поцілуватися тощо — це ті фантазії еротичного змісту, які полонять серця підлітків і є цілком нормальним явищем.

На етапі формування сексуального компонента статевого потягу юнак чи дівчина бажають отримувати задоволення від інтимної близькості.

Для підліткового віку характерне ще одне явище, яке називається «підліткова гіперсексуальність». Це абсолютно нормальний і тимчасовий стан організму, що росте, коли потреба в сексуальній розрядці дуже велика, особливо у юнаків і дівчат з сильною статевою конституцією. У підлітків гіперсексуальність зумовлена підвищеним вмістом чоловічого статевого гормону — тестостерону. На біологічному рівні статеві (сексуальні) поведінки саме від нього і залежить. Недостатня кількість тестостерону призводить до зниження статевого потягу та ерекції у чоловіків, а його надлишок призводить до гіперсексуальності. Важливо розуміти, що в підлітковому віці сексуальний потяг тільки формується і тому відрізняється певною недиференційованістю і підвищеною збудливістю. Підліток може легко збуджуватися під впливом «пікантного сюжету», реклами, розповідей про сексуальні події з життя однолітка, власних фантазій. І при цьому

найчастіше він сам мало що знає про особливості психосексуального дорослішання. Відповідно, оточення поведінку підлітка в даному контексті часто оцінює як соціально неправильну, як таку, що проковує до сексуального насильства. Дорослі таку поведінку різко критикують, роблять поспішні висновки про «девіантність» замість того, щоб просто розповісти підліткам про нюанси і «підводні камені» дорослішання.

Багато внутрішніх і зовнішніх конфліктів, які традиційно відносять на рахунок юнацької гіперсексуальності, зумовлені насамперед тим, що сексуальний потяг і поведінка не визнаються в культурі й тому здаються небезпечними і руйнівними.

Важлива особливість підліткової і юнацької сексуальності — її «експериментальний» характер. Відкриваючи свої сексуальні здібності, підліток з різних сторін досліджує їх. В жодному іншому віці не спостерігається такої великої кількості випадків девіантної поведінки, як у 12–15 років. Від дорослих потрібні будуть великі знання і такт, щоб відрізнити справді тривожні симптоми, що вимагають кваліфікованого медичного втручання, від зовні схожих на них, та все ж цілком природних для цього віку форм сексуального «експериментування». Не слід фіксувати на цьому уваги, щоб не завдати ненавмисно підлітку психічну травму, заронивши у його свідомість думку про те, що в нього «щось не так».

Через особливості сексуального дозрівання дівчат і хлопців можуть виникати взаємне нерозуміння, марні ілюзії, а потім і розчарування. Оскільки у дівчат спочатку дозріває духовна потреба любові, а не сексуальна, то, як правило, на свій перший добровільний сексуальний контакт дівчина наважується з тим хлопцем, який їй дійсно подобається, в якого вона закохана. Про інших судять зазвичай по собі, тому дівчата часто думають, що і хлопець закоханий у неї, якщо вступає з нею в сексуальну близькість. Але у юнаків процес сексуального дозрівання і сексуальних бажань випереджає етап духовної потреби в любові, тому деколи через сильне бажання чоловік готовий на сексуальний контакт з жінкою, яка йому байдужа або навіть неприємна як людина. Внаслідок цього сексуальні відносини юнаки можуть не поєднувати із закоханістю, і припускають, що й дівчина вступає у сексуальний зв'язок тому, що відчуває фізіологічну потребу в сексі, а не почуття любові. У такій ситуації через незбіг психосексуальних особливостей юнаків і дівчат часто трапляються розчару-

вання. Дівчина думає: «він негідник, покинув мене, зрадив любов», а юнак щиро обурюється: «я їй нічого не обіцяв, ми просто займалися сексом, до чого тут любов і заміжжя?»

Любов — це специфічна форма прояву статевого потягу. Вона має свою вікову періодизацію.

Перший період — вік близько 3 років. У цей час дитині подобається якийсь хлопчик або дівчинка (причому завжди — представник протилежної статі і не обов'язково одноліток). У його присутності дитина ніяковіє, червоніє, опускає очі, але поки що це лише милування об'єктом любові й розпитування про нього інших.

Другий період — вік 7–8 років. Почуття любові в цей період також мало усвідомлено. Воно проявляється у взаємній ніжності, вираженому прагненні до спілкування, подарунках. Іноді ця любов проявляється в агресії, у прагненні заподіяти образу, біль, при цьому сама думка про це, не кажучи вже про її реалізацію, різко підсилює почуття жалості й ніжності. На цьому етапі любов уже набуває дієвого характеру, дитина не просто милується об'єктом любові, а й впливає на нього.

Третій період — вік 12–13 років. Для цього періоду характерні елементи фетишизму: особлива увага звертається на якийсь компонент зовнішності, наприклад особливої довжини або кольору волосся, довжину ніг. Починається формування статевого потягу, який поступово набуває форми усвідомленого прагнення до контакту з представниками протилежної статі. Спостерігається прагнення до спільних ігор, спілкування, взаємної допомоги. У дівчаток з'являється бажання бути переможеною в грі певним хлопчиком, а у хлопчика — перемогти певну дівчинку. Думки підлітка постійно зайняті об'єктом любові. З'являються ревності.

Наступний період — 15–17 років і трохи пізніше — юнацьке кохання. Для нього характерна тенденція до особистісного спілкування, взаємного усамітнення — спільні прогулянки, розмови, обговорення різних проблем. Головним стає пізнання об'єкта любові як особистості. Близько 70 % старшокласників мають постійного друга або подругу. При цьому юнаки побоюються міцних відносин з дівчатами, дівчата ж, навпаки, почуваються впевненіше і спокійніше за наявності постійного друга.

Канадський соціолог Джон Алан Лі запропонував таку типологію любові: ерос — пристрасна любов-захоплення, яка прагне повно-

го фізичного володіння; людус — гедоністична любов-гра, що не відрізняється глибиною почуття і порівняно легко припускає можливість зради; сторге — спокійна, тепла і надійна любов-дружба; прагма — виникає з поєднання людусу і строге, тобто розсудлива, легко піддається контролю, любов за розрахунком; манія — з'являється як поєднання еросу і людусу, ірраціональна любов-одержимість, для якої характерні невпевненість і залежність від об'єкта потягу; агапе — безкорислива любов-самовіддача, синтез еросу і сторге.

Самі по собі ці поняття були відомі ще за часів Аристотеля. Сучасні психологи, вивчаючи любовні установки молодих людей, виявили, що різні стилі любові можна емпірично розмежувати й за ними стоять певні статеві та індивідуальні відмінності. Наприклад, любовні переживання і установки молодих чоловіків містять більше компонентів «еросу» й «людусу», тоді як жінкам більш притаманні сторгічні, прагматичні та маніакальні прояви кохання. Самовіддана «агапе» представлена у чоловіків і жінок однаково.

Особливістю любові дорослих як періоду зрілого кохання є сексуальна поведінка як спосіб задоволення статевого потягу, включаючи і дотик (обійми, поцілунки тощо), і статевий контакт.

Закоханість виростає з потягу, що з'явився на початку знайомства, і посилюється потім дружбою, взаємоповагою. Якщо ж потяг не підкріплюється дружбою, повагою, взаєморозумінням, то закоханість проходить, не переростаючи в кохання. Закоханість — це стан, коли з усіх трьох складових кохання в почутті людини відсутні потреби розуму, що зумовлює своєрідне «сп'яніння почуттям» з втратою відповідальності й аналітичних розумових здібностей. У результаті людина не замислюється над наслідками, не помічає недоліків обранця. У таких стосунках ще немає взаємної поваги й усвідомлення особистісних якостей один одного («сліпота закоханих»). Закоханість може перерости в любов (якщо до почуття закоханості приєднається взаємні повага та розуміння), а може й згаснути (що трапляється частіше). Закоханість порівняно легко виникає і в результаті своєрідних «пасток закоханості»: «обопільного акторства», щоб виглядати значніше, цікавіше в очах один одного; «ураженого самолюбства»; «інтимної удачі»; «простоти відносин» та ін.

У юнацькому віці багатьом доводиться зіткнутися з такими «пастками», але кожному неминуче доводиться усвідомити свої сексуальні

устремління й сформувати своє ставлення до сексуальної чуттєвості — це важливий компонент юнацької самосвідомості.

Ставлення молодих людей до своїх сексуальних устремлінь може бути різне: перебільшення фізичних аспектів сексуальності — розрядка сексуального напруження за допомогою цинічних розмов, вульгарних анекдотів, постійної мастурбації тощо; аскетизм — підкреслено призириле ставлення до сексуальної чуттєвості як до чогось нищого, прагнення придушити в собі сексуальний потяг; інтелектуалізм, коли сексуальну чуттєвість вважають «нецікавою», примітивною і тим самим намагаються позбавитися від неї, початок статевого життя внаслідок появи закоханості, сильних сексуальних бажань, як доказ своєї дорослості, як засіб самоствердження і підвищення свого престижу в очах однолітків.

Міжстатеві відносини в підлітковому віці

Інтерес, що виникає до іншої статі, у молодших підлітків спочатку проявляється в неадекватних формах. Так, для хлопчиків характерні такі форми звертання на себе уваги, як задержуватість, чіпляння і навіть хворобливі дії. Дівчатка зазвичай усвідомлюють причини таких дій і серйозно не ображаються, у свою чергу, демонструючи, що не помічають, ігнорують хлопчиків. У цілому хлопчики також з інтуїтивною увагою ставляться до цих проявів дівчаток.

Пізніше відносини ускладнюються. Зникає безпосередність у спілкуванні. Часто це виражається або в демонстрації байдужого ставлення до іншої статі, або в сором'язливості під час спілкування. Разом з тим, підлітки відчують напруження від непевного почуття закоханості до представників протилежної статі.

Настає етап, коли інтерес до іншої статі ще більше посилюється, проте зовні у взаєминах хлопчиків і дівчаток спостерігається велика ізольованість. На цьому тлі проявляється інтерес до міжстатевих відносин, до того, хто кому подобається. У дівчаток цей інтерес зазвичай виникає раніше, ніж у хлопчиків: про власні симпатії таємниче повідомляється єдиній подрузі, але часто й групі ровесниць. Навіть у разі взаємної симпатії відкриті дружні відносини проявляються рідко, оскільки для цього підліткам необхідно не лише подолати скутість, а й бути готовим протистояти глузуванням і дражненню з боку однолітків.

У старших підлітків спілкування між хлопцями і дівчатами стає більш відкритим: у коло спілкування включаються підлітки обох статей. Прихильність до однолітка іншої статі може бути інтенсивною, їй, як правило, надається дуже велике значення. Відсутність взаємності іноді стає причиною сильних негативних емоцій.

Інтерес підлітка до однолітків протилежної статі веде до збільшення можливості виділяти й оцінювати переживання і вчинки іншого, до розвитку рефлексії та здатності до ідентифікації. Початковий інтерес до іншого, прагнення до розуміння однолітка дають початок розвитку сприйняття людей взагалі. Поступове збільшення уваги до інших особистісних якостей і переживань, здатність оцінити їх підвищують можливість оцінити самого себе. Безпосередньою причиною оцінки своїх переживань може бути спілкування з привабливим для себе однолітком іншої статі.

Статева поведінка юнака або дівчини залежить від їх особистісних якостей: цінностей, норм поведінки, освіти, інтелекту, зрілості тощо. Особливості статевої поведінки є лише одним із проявів особистісних якостей людини. Статеві взаємини зазвичай пов'язані з емоційними хвилюваннями, сила яких залежить здебільшого від глибини почуттів партнерів один до одного, від міри довіри між закоханими. Якщо хлопець і дівчина сподобалися одне одному і прагнуть розвивати стосунки, їм слід знати про особливості їхнього статевого потягу і вибрати прийнятні для обох форми стосунків.

У літературі часто використовують поняття «романтичні відносини». Вони можуть виникати під час спілкування, спільного проведення часу. Прагнення подобатися стає особливо значущим. Особливо цінним вважається погляд: «Він на мене так дивиться! Я йому подобаюся!» Взаємні погляди і посмішки вже багато до чого зобов'язують. Це наче німа обітниця переваги над іншими. Погляд стає предметом пильної уваги, що спонукає до продовження такої поведінки й надалі. Якщо у відповідь немає поглядів, то підліток сильно і гостро страждає. У дівчаток переживання прориваються в сльози і відчайдушні вигуки: «Він мене не любить!»

Також особливо цінними стають дотики. Руки — наче провідники внутрішньої фізичної і психічної напруженості тіла. Ці намагнічені дотики запам'ятовуються душею і тілом на все подальше життя. Тому дуже важливо одухотворити підліткові відносини, але не принизити їх.

Саме в цю пору багато підлітків, прагнучи зберегти свої переживання для самих себе, починають вести щоденник, писати вірші тощо.

Романтичне ставлення до представника іншої статі спонукає мріяти, фантазувати про здійснення найнеймовірніших задумів і сподівань. Мрії і фантазії розвивають рефлексію і сміливість у вирішенні вигаданих або реальних колізій. Підліток вчиться діяти у своїх фантазіях, але відпрацьовує свої дії і вчинки по-справжньому, переживаючи їх і рефлексуючи на всі можливі ситуації.

Юнацька закоханість звісно може виявитися істинним коханням. Але такі випадки рідкісні — це не правило, а виняток.

Зазвичай підліток від кохання страждає, хоча багато хто не демонструє відкрито і експресивно свої почуття. Однак усі вони мріють про когось прекрасного, а знайшовши в натовпі однолітків симпатію, відкрито не дивляться в очі, а лише таємно поглядають у моменти, коли, як їм здається, за ними ніхто не спостерігає. Безмовні прихильники переживають так само багату й глибоку палітру почуттів, як і більш відкриті однолітки. Іноді підліток більше любить свою мрію про іншого, ніж реальну людину.

Перші почуття справляють на юну душу настільки сильний вплив, що багато людей вже у зрілі роки згадують саме ці почуття, хоча образ сердечної прихильності давно розчинився в реальному житті.

У списку найважливіших життєвих цінностей юнацького віку бажання мати вірних друзів займає одну з перших позицій, часто випереджаючи навіть кохання.

У юнацькій дружбі активно формуються комунікативні навички. Саме через дружбу підліток засвоює риси високої взаємодії людей: співпраця, взаємодопомога, взаємовиручка, ризик заради іншого тощо. Спілкування з тими, хто володіє таким самим, як і в нього, життєвим досвідом, дає можливість підлітку дивитися на себе по-новому. Прагнення ідентифікувати себе з подібними породжує потребу в товаришеві, в дружбі. Це те, що завжди цінується в загальнолюдській культурі. Сама дружба і служіння їй стають однією зі значущих цінностей в юності. Дружба через довірчі відносини дає можливість глибше пізнати іншого і самого себе. При цьому саме в юності людина починає осягати, як глибоко (а іноді й непоправно для дружби) ранить зрада, яка виражається у розголошенні довірчих одкровень або у зверненні цих одкровень проти самого друга у супе-

речках, з'ясуванні стосунків, сварок. Тож дружба не лише вчить прекрасним поривам і служінню іншому, а й складним рефлексіям — як у момент довірчого спілкування, так і в проекції майбутнього.

Дружба іноді виступає своєрідною формою психотерапії, яка дає молодим людям змогу висловити свої почуття і переконатися, що хтось поділяє їхні сумніви, надії і тривоги. Завдяки прагненню підлітків до взаємної ідентифікації дружба, так само як і спілкування в групі, підвищує конформність у взаєминах. Якщо підлітки в сім'ї часто стають негативістами, то нерідко в середовищі однолітків вони — конформісти. Щоправда, цей конформізм групового спілкування може дуже швидко змінитися на взаємний негативізм, та все ж конформізм переважає.

Юнацька дружба — надзвичайно емоційна і схильна до сповідальності. Потреба в інтимній дружбі виникає у дівчаток на півтора-два роки раніше, ніж у хлопчиків, і сама дівоча дружба — більш емоційна. Критерії дружби у дівчат — тонші, більш насичені психологічними мотивами, ніж у хлопців. Дівчатка частіше відчують дефіцит інтимності. Мотив розуміння у визначенні дружби виражений у дівчаток сильніше, ніж у хлопців, та й саме слово «дружба» вони наповнюють різним змістом. Для хлопців важливіша інтелектуальна подібність, спільність інтересів, а для дівчат — емпатійність. У спілкуванні з подругами дівчата більше, ніж юнаки, обговорюють інтимні теми. Ці відмінності — не просто статеві, а статево-вікові. Справа не лише в тому, що жінки більш емоційні, надають більшого значення міжособистісним відносинам і більше схильні до саморозкриття, ніж чоловіки, а й у тому, що дівчата раніше дозрівають. У них раніше з'являються складні форми самосвідомості, а отже, й потреба в інтимній дружбі. Для юнака найважливішою референтною групою все ще залишаються однолітки своєї статі, а головним конфідантом (повіреним таємниць), якщо такий є, буде друг своєї статі. Дівчата ж як ідеального друга частіше вибирають юнака, і в колі їх спілкування значно більше хлопчиків, причому старших за віком. Змішана, різностатева дружба в юності істотно відрізняється від одностатевої, а слово «дружба» часто є лише завуальованим найменуванням кохання, що зароджується.

Слід відзначити можливість істотного розширення самосвідомості підлітків через дружбу з партнером тієї самої статі. Це зумовлено тим, що підліток відкриває свій внутрішній світ, який визначає його інди-

відуальність і неповторність. Цей світ ще надто крихкий, і в підлітка виникає потреба у схваленні, прийнятті його значущими іншими, щоб підтвердити його право на існування. Окрім цього, необхідно мати на увазі, що здатність до внутрішнього діалогу, тобто роздумів про самого себе, в ранньому підлітковому віці недостатньо розвинена. Тому підлітку легше розповісти про себе іншій людині, ніж самому розмірковувати про себе. Як відомо, такий зовнішній діалог є попередником внутрішнього, тому можна зробити висновок, що через спілкування один з одним підлітки пізнають самі себе.

Зрозуміло, що основна потреба, реалізована в дружбі, — це потреба в саморозкритті, тобто прагненні поділитися з іншим своїми душевними таємницями. Однак слід пам'ятати, що підліток не лише прагне до саморозкриття, а й одночасно оберігає внутрішній світ від вторгнення інших, оскільки для них це територія такого собі інтимного таїнства. Саме тому для нього настільки важлива атмосфера безпеки в дружбі, а одна з найбільш значущих якостей — вміння не зрадити, зберегти довірену таємницю.

Коли заходить мова про підліткову дружбу, слід нагадати про ще одну її функцію — сприяння психосексуальному розвитку підлітків. Ця функція особливо значуща для дівчаток. Мається на увазі, що вибір об'єкта любові часто проходить у підлітків так звану фазу одностатевого вибору, яка зовні виглядає як пристрасна дружба і нагадує закоханість. Приміром, на перервах дівчатка ходять одна з одною, обійнявшись, пишуть одна одній записки, ревнують тощо.

Цікаво, що мотиви вибору друзів з віком змінюються. Молодші підлітки, як правило, вибирають друзів на основі спільності занять, справ, якими можна разом займатися. Для старших більшого значення набувають особистісні якості партнерів. Деякі вибирають друзів за подібністю якостей або за схожістю один на одного. Інші — за принципом ідеального Я. У такому разі обирається людина, яка володіє якостями, які хотілося б мати у себе.

Доволі складним питанням у юнацьких міжстатевих відносинах є співвідношення дружби і кохання. Характерне і ставлення юнаків та дівчат до різностатевої дружби — юнаки суворіше, ніж дівчата, розмежовують любов і дружбу. Це пов'язано не лише з різницею в темпах дозрівання, а й з тим, що потреба в дружбі з людиною протилежної статі висловлює, по суті, потребу в любові. Крім того, дівчата у спілкуванні з юнаками почуваються більш вільно і впевнено, ніж

юнаки — з дівчатами. Друзів протилежної статі у хлопців значно менше, ніж друзів своєї статі. Ще рідше представники протилежної статі визначаються як найближчі друзі.

Кохання передбачає більшу ступінь інтимності, ніж дружба, воно неначе охоплює і дружбу. Якщо на початку юності головним конфідентом зазвичай буває друг своєї статі, то пізніше це місце займе кохана людина. Поєднання духовного спілкування з сексуальною близькістю допускає максимальне саморозкриття, на яке лишень здатна людина. Юнак 16–18 років може задовольнитися колом друзів своєї статі. У більш старшому віці відсутність інтимного контакту з дівчиною вже не компенсується одностатевою дружбаю. Більше того, відчуваючи, що він відстає в цьому плані від однолітків, юнак іноді стає менш відвертий з друзями, замикається в собі. Психосексуальні труднощі — одна з головних причин юнацької самотності.

Попри демократизацію і спрощення взаємин між юнаками та дівчатами, вони аж ніяк не такі прості, як здається дорослим. Характерне те, що велика кількість запитань, які ставлять підлітки, стосується не стільки психофізіології статевого життя, всієї складності якої вони ще не усвідомлюють, скільки її нормативної сторони: як треба поводитися, наприклад, у ситуації залицяння, під час побачення, коли можна (і потрібно) цілуватися. Занепокоєння ритуальною стороною справи іноді настільки сильне, що молоді люди часто глухі до переживань один одного, навіть їх власні почуття відступають перед питанням, чи правильно вони діють з погляду норм своєї статево-вікової групи. Залицяння — гра за правилами, які, з одного боку, дуже жорсткі, а з іншого — досить невизначені. «Непотрапляння» у ці правила, викликає неприємні емоції, переживання, стрес. Через те, що молоді люди надають ритуалам гіпертрофоване значення, переживання ці можуть бути особливо глибокі.

У підлітковому віці, коли цікавість до питань статі максимальна і відзначається напругою та набуває особистісного сенсу, статева та сексуальна поведінка значною мірою залежить від попереднього виховання та рівня поінформованості. Недоліки статевого виховання, його відокремленість від особливостей психосексуального розвитку дитини можуть призвести до деформації особистості. Результатом статевого виховання має стати особисте уявлення дитини про моральні та соціальні норми статевої поведінки у різних сферах життя.

Список літератури

1. *Бюрне П.* Любовь / П. Бюрне // Психология любви и сексуальности. — М. : Искусство XXI век, 2005. — 320 с.
2. *Дольто Ф.* На стороне подростка / Франсуаза Дольто ; пер. с фр. А. К. Борисовой. — Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2010. — 423 с.
3. *Ильин Е. П.* Пол и гендер / Е. П. Ильин. — СПб. : Питер, 2010. — 688 с.
4. *Ильин Е. П.* Психология любви / Евгений Ильин. — СПб. : Питер, 2013. — 336 с.
5. *Кащенко Е. А.* Откровенный разговор про ЭТО с подростком / Е. А. Кащенко, А. Н. Котенева. — М. : Эксмо, 2013. — 334 с.
6. *Кле М.* Психология подростка: психосексуальное развитие / Мишель Кле ; пер. с фр. — М. : Педагогика, 1991. — 171 с.
7. *Колесов Д. В.* Физиолого-педагогические аспекты полового созревания / Д. В. Колесов, Н. Б. Сельверова. — М. : Педагогика, 1978. — 145 с.
8. *Кон И. С.* Вкус запретного плода: Сексология для всех / И. С. Кон. — М. : Семья и школа, 1997. — 464 с.
9. *Кон И. С.* Психология ранней юности. Книга для учителя / И. С. Кон. — М. : Просвещение, 1989. — 255 с.
10. *Кон И. С.* Психология юношеского возраста: проблемы формирования личности : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов / И. С. Кон. — М. : Просвещение, 1997. — 175 с.
11. *Мадарас Л.* Что происходит с моим телом? Книга для девочек / Л. Мадарас ; пер. с англ. — М. : АСТ : Астрель : Полиграфиздат, 2011. — 288 с.
12. *Мадарас Л.* Что происходит с моим телом? Книга для мальчиков / Л. Мадарас ; пер. с англ. — М. : АСТ ; Астрель ; Полиграфиздат, 2011. — 288 с.
13. *Райс Ф.* Психология подросткового возраста / Ф. Райс, К. Долджин. — 12-е изд. — СПб. : Питер, 2010. — 816 с.
14. *Сечейко О.В.* Психологічні детермінанти сексуальної поведінки підлітків: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психолог. наук : спец. 19.00.07 — Педагогічна та вікова психологія / О. В. Сечейко. — К., 2000. — 21 с.

5

ТЕМА

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ. РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ТА РИЗИКИ ДЛЯ НЬОГО

Найнадійніший шлях до забезпечення здоров'я і благополуччя населення — спільна робота всіх секторів держави, спрямована на соціальні та індивідуальні визначники здоров'я. Хороше здоров'я людей сприяє економічному відновленню та розвитку. Нездоров'я ж, навпаки, призводить до втрати життєвого потенціалу, спричиняє страждання людей і виснаження ресурсів у всіх секторах. Але без активної участі самих людей втрачається багато можливостей для зміцнення та захисту їхнього здоров'я, підвищення рівня благополуччя. Особливо важливою є стратегічна увага до забезпечення здорових умов життя для молодого покоління.

Згідно зі статутом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), «здоров'я — це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів. Володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я є одним з основних прав кожної людини, незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного і соціального положення».

Держави-члени ВООЗ розширили цю концепцію здоров'я, прийнявши рішення про те, що основним соціальним завданням урядів і ВООЗ має стати досягнення всіма народами світу «такого рівня здоров'я, який дасть їм змогу вести продуктивний у соціальному й економічному плані спосіб життя».

Ці концепції здоров'я і благополуччя покладено в основу Європейської політики «Здоров'я-2020». Благополуччя передбачає фізичний, пізнавальний, соціальний та емоційний аспекти. На нього впливає все, що відбувається протягом життя. Благополуччя як концепція приваблива також і для інших секторів. У підходах до здоров'я і благополуччя, заснованих на раціональному використанні ресурсів, виявляються фактори, що мають захисний вплив на здоров'я і благополуччя, сприяючи наділенню більшими правами, можливостями і здатністю до швидкого відновлення фізичних і душевних сил. За таких підходів у центрі уваги перебувають ресурси, що сприяють підвищенню самооцінки і здібностей до психофізіологічної адаптації

окремих людей і цілих спільнот, створюючи можливість покращити якість життя і збільшити його тривалість.

Здоров'я — це життєва цінність, яка посідає верхню ступінь в ієрархії цінностей людини в системі таких категорій людського буття, як інтереси та ідеали, гармонія і краса, творча праця, сенс і щастя.

Здоров'я — багатовимірне явище і багатоаспектне поняття. Існує ряд концептуальних моделей визначення поняття здоров'я.

Медична модель здоров'я. Вона припускає таке визначення здоров'я, яке передбачає лише медичні ознаки й характеристики здоров'я, тобто здоров'ям вважається відсутність хвороб, їхніх симптомів.

Біомедична модель здоров'я. Здоров'я розглядається як відсутність у людини органічних порушень і суб'єктивних відчуттів нездоров'я. Увага акцентується на природно-біологічній сутності людини, підкреслюється домінуюче значення біологічних закономірностей у життєдіяльності людини та її здоров'ї.

Біосоціальна модель здоров'я. Поняття «здоров'я» охоплює біологічні та соціальні ознаки, що розглядаються в єдності, але при цьому соціальним ознаками надається пріоритетне значення.

Ціннісно-соціальна модель здоров'я. Здоров'я — цінність для людини, необхідна передумова повноцінного життя, задоволення матеріальних і духовних потреб, участі в праці та соціальному житті, економічній, науковій, культурній та інших видах діяльності. Саме цій моделі найбільше відповідає визначення здоров'я, сформульоване ВООЗ.

Фізичне здоров'я — це найважливіший компонент у складній структурі стану здоров'я людини. Він зумовлений властивостями організму як складної біологічної системи. Організм як система має інтегральні якості, які не характерні для її окремих складових елементів (клітин, тканин, органів та систем органів). Ці елементи не можуть підтримувати індивідуальне існування без взаємозв'язку. Крім того, організм має здатність зберігати індивідуальне існування за рахунок самоорганізації. До проявів самоорганізації відносять здатність до самооновлення, саморегулювання і самовідновлення.

Психічне здоров'я — це стан благополуччя, в якому людина реалізує свої здібності, може протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати і робити внесок у своє співтовариство. У цьому позитивному сенсі психічне здоров'я є основою благополуччя.

чя людини та ефективного функціонування спільноти (за визначенням ВООЗ).

Питання психологічної стійкості особистості має величезне практичне значення, оскільки стійкість охороняє особистість від дезінтеграції та особистісних розладів, створює основу внутрішньої гармонії, повноцінного психічного здоров'я, високої працездатності.

Психологічну стійкість можна розглядати як складну якість особистості, синтез окремих якостей і здібностей. Її складові такі: здатність до особистісного зростання зі вчасним та адекватним вирішенням конфліктів (ціннісних, мотиваційних, рольових); відносна (не абсолютна) стабільність емоційного фону і сприятливого настрою; розвинена вольова регуляція.

Стійкість у подоланні труднощів, збереження віри в себе, впевненості в собі, своїх можливостях, досконалість психічної саморегуляції, постійний досить високий рівень настрою — ось невід'ємні складові психічного життя. Здатність зберігати постійний рівень настрою без звернення до психоактивних речовин і бути чутливим до різних аспектів життя, мати різнобічні інтереси — також важливі складові психологічної стійкості.

Соціологічний підхід до здоров'я ґрунтується на негативному його визначенні. Здорове суспільство — це суспільство, в якому спостерігається мінімальний рівень соціальних хвороб. Хвороба по своїй суті — це біологічний феномен, і поняття «соціальне здоров'я» має образне значення. Під *соціальним здоров'ям* зазвичай мають на увазі:

- соціальну значимість певних хвороб через їх поширеність, викликані ними економічні втрати, загрози для існування популяції або страх перед такими загрозами;
- вплив суспільного устрою на причини виникнення хвороб, характер їх перебігу та наслідки (тобто можливості одужання або смерті);
- оцінку біологічного стану певної частини або всієї людської популяції на основі інтегрованих (агрегованих) статистичних показників, що становлять так звану соціальну статистику.

Важливою проблемою України є збереження репродуктивного потенціалу і народження здорового потомства. Особливе занепокоєння викликає відсутність ознак демовідтворення, що створює певну

небезпеку для держави. За даними ВООЗ, сьогодні Україна займає одне з останніх місць серед країн Євросоюзу за показниками природного приросту населення. Така ситуація зумовлена особливостями репродуктивної поведінки та репродуктивної мотивації населення, яка залежить від економічного та соціально-психологічного стану населення держави. Суттєве значення для здійснення дітородної функції має стан репродуктивного здоров'я.

За визначенням ВООЗ, *репродуктивне* (репродукція — відтворення) *здоров'я* — це стан повного фізичного, психологічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань у всьому, що стосується репродуктивної системи, її функцій і процесів у ній. За цим визначенням, репродуктивне здоров'я тісно пов'язане із загальним станом здоров'я людини.

Часто поняття «репродуктивне здоров'я» розуміють у вузькому сенсі — як фізіологічні та фізичні умови, що дають змогу відтворювати здорове потомство. Але репродуктивне здоров'я складається з декількох компонентів:

**сексуальне здоров'я + планування сім'ї + безпечне материнство
і батьківство = репродуктивне здоров'я.**

На репродуктивне здоров'я впливає багато факторів: екологічні, соціальні, економічні, небезпечні й шкідливі виробництва тощо. Охорона репродуктивного здоров'я — це система заходів, спрямована на появу здорового потомства і планування сім'ї; захист від хвороб, що передаються статевим шляхом, і лікування захворювань репродуктивної системи; запобігання дитячій і материнській смертності.

У цілому національна система охорони репродуктивного здоров'я організована так, щоб забезпечити контроль за станом здоров'я майбутніх батьків на різних етапах розвитку й функціонування організму, і базується на стратегії ВООЗ для країн Європейського регіону з цих питань, основними принципами якої є: зміцнення здоров'я жінок і чоловіків, у т. ч. й репродуктивного, шляхом організації більш доступної і менш затратної первинної якісної медико-санітарної допомоги, включаючи служби охорони репродуктивного здоров'я (центри та інформаційні служби з питань планування сім'ї), розроб-

ка освітньої політики і програм забезпечення умов безпечного материнства, відповідального батьківства.

Ризики репродуктивного здоров'я

Основними факторами негативного впливу на репродуктивне здоров'я є стрес, порушення режиму сну і харчування, часті та хронічні захворювання (в тому числі ВІЛ та ІПСШ), аборт, шкідливі звички, такі як куріння, вживання алкоголю, наркотиків, безладні статеві стосунки, азартні та комп'ютерні ігри тощо.

За даними соціальних досліджень, особливо гострою за останні десять років стала проблема сексуальної активності підлітків. Підлітки досить рано вступають в статеві стосунки. Багато з них вже у школі мають по декілька сексуальних партнерів, не використовують засобів захисту або користуються презервативом час від часу. Ситуація ускладнюється ще й тим, що у багатьох з них сексуальні контакти відбуваються під впливом алкоголю. Як наслідок такої поведінки спостерігається зростання незапланованих вагітностей і абортів, юного материнства, а також ІПСШ.

Згідно зі статистичними даними МОЗ України, за останні десять років у нашій країні склалася загрозлива ситуація щодо рівня абортів, інфікування ВІЛ та ІПСШ.

ВІЛ/ІПСШ

Звісно, для підлітків здоров'я, ризики щодо здоров'я, наслідки ризикованої поведінки — поняття досить абстрактні. Та все ж варто обговорювати ці надзвичайно складні й важливі проблеми. Наприклад, те, що навіть один статевий акт може призвести до інфікування ІПСШ. А якщо людина вже ВІЛ-позитивна та ще й інфікується іншими ІПСШ, вона ризикує швидше дійти до кінцевої стадії захворювання — СНІДу.

Усвідомлення молоддю ризиків допоможе зробити їм адекватний вибір. У людини завжди є можливість впливати на ситуацію, її перебіг та кінцевий результат. Отримавши інформацію щодо наслідків ризикованої поведінки, кожен може зробити вибір, однак складність полягає у тому, що кожен оцінює міру ризику на власний розсуд. На жаль, здебільшого молодь недооцінює ризики, особливо через

відсутність достатньої інформації. Підлітки вважають, що саме з ними нічого небезпечного статися не може.

ВІЛ/СНІД

Як відомо, СНІД — одна з найскладніших проблем, з якою людство зіткнулося у ХХ ст. й увійшло у ХХІ ст. Стрімко зростає кількість інфікованих, хворих і померлих від СНІД людей і в Україні, і у світі.

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини. Потрапляючи в організм людини, він розмножується і через певний час призводить до повної втрати захисних сил організму.

Звісно, віруси є збудниками багатьох хвороб, наприклад, грипу, герпесу, навіть деяких видів раку. ВІЛ, як і інші віруси, — це мікроорганізм, який неможливо побачити за допомогою звичайного мікроскопа. Для життєдіяльності вірус проникає в будь-яку клітину організму людини, але найбільша його концентрація — у клітинах імунної системи. Ушкоджуючи ці клітини, ВІЛ руйнує імунітет людини, що з часом призводить до СНІДу.

СНІД — синдром набутого імунного дефіциту — це кінцева стадія хвороби імунної системи людини, спричиненої ВІЛ.

Отже, ВІЛ і СНІД — поняття різні. ВІЛ — це вірус, який руйнує імунну систему людини, а СНІД — це комплекс захворювань, які виникають на фоні повного руйнування імунітету вірусом. Тому вислів «інфікувався на СНІД» некоректний.

Перші випадки захворювання на СНІД було діагностовано в 1981 р. в США. Спочатку хвороба видавалася вельми загадковою. У Франції, тільки-но з'явилися перші повідомлення про таємничу хворобу, для її вивчення сформували групу дослідників під керівництвом ученого-вірусолога Люка Монтаньє. Протягом двох років було з'ясовано загальну картину хвороби, виявлено її збудника — вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), розроблено методи, за допомогою яких можна визначити вірус в організмі людини, встановлено механізм негативної дії вірусу на організм. Уперше виділили й ідентифікували ВІЛ також французькі вчені на чолі з Монтаньє в 1983 р. в Пастерівському інституті в Парижі. Водночас про факт відкриття вірусу, котрий спричиняє СНІД, повідомили американські вчені з Національного Інституту Здоров'я на чолі з Робертом Галло.

Тож успіхи у вивченні ВІЛ та СНІД насправді великі, але невідомого в дослідженні цієї проблеми, на жаль, ще багато.

Існує три шляхи передачі ВІЛ від однієї людини до іншої:

- під час статевого контакту з ВІЛ-інфікованою людиною, коли сперма чи виділення з піхви інфікованої людини потрапляють на слизові оболонки піхви чи статевого члена, ротової порожнини або прямої кишки іншої людини, з яких далі вірус проникає в кров;
- під час переливання крові, що містить ВІЛ. Ризик інфікування ВІЛ найбільший у разі повторного використання шприца чи голки для введення ліків або наркотиків після вірусоносія, а також коли цілісність шкірних покривів порушується гострим предметом (голкою, бритвою або інструментом для нанесення татуювання), який перед цим використовувала інфікована людина і кров якої залишилась на цьому предметі;
- ВІЛ також може передаватися дитині від інфікованої матері під час вагітності, пологів і після народження — під час годування молоком.

Передача ВІЛ відбувається через вени; анальний отвір, пряму кишку; піхву; статевий член; ушкоджену шкіру. Зазначений у такому порядку перелік показує ступінь — від високого до низького — уразливості цих областей до ВІЛ. У разі прямого контакту ВІЛ зі слизовими оболонками організму можливе інфікування, тому що вони мають здатність адсорбувати (вбирати в себе) вірус. Неушкоджена шкіра — бар'єр для проникнення ВІЛ.

Отже, ВІЛ у високій концентрації міститься лише в чотирьох біологічних рідинах організму людини: крові та похідних крові; лімфі, спинномозковій рідині; спермі, вагінальних виділеннях; грудному молоці. В інших біологічних рідинах ВІЛ також може міститися, але в дуже низькій концентрації (сльози, сеча, піт), тож інфікування через ці рідини неможливе. У слині концентрація ВІЛ у 10 000 разів нижче, ніж у крові, тому для зараження потрібно в 10 000 разів більша кількість слини, ніж крові. Окрім того, інфікування неможливе через предмети побуту, дружні поцілунки, укуси комах, домашніх тварин. ВІЛ також не міститься, фекаліях, вушній сірці.

ВІЛ-інфекція має свої особливості перебігу. Коли вірус з'являється в організмі, імунна система починає виробляти в імунних клітинах специфічні білки — антитіла, які борються з вірусом. Наявність

антитіл у крові людини свідчить про те, що в її організм потрапила інфекція (якщо аналіз крові показує наявність антитіл до ВІЛ, це означає, що людина інфікована ВІЛ). Але слід знати, що в період від 2 тижнів до 3–6 місяців з моменту інфікування ВІЛ організм людини продукує недостатню для виявлення кількість антитіл, оскільки протягом цього періоду («період вікна») вірус не накопичився у достатній кількості. Тому людям, які проходять тестування на ВІЛ, рекомендують за наявності негативного результату повторити аналіз через три місяці.

Носії ВІЛ протягом тривалого часу можуть виглядати і почуватися здоровими, хоча відразу після інфікування спостерігаються симптоми, що нагадують гостре респіраторне захворювання. Потім настає прихований період, коли вірус не проявляється. Цей період може тривати роками. Увесь цей час ВІЛ-інфікована людина відчувається добре, не підозрюючи, що в неї ВІЛ-інфекція, і може інфікувати інших. Та з часом імунна система все більше ослаблюється й організму стає дедалі складніше протистояти інфекціям. Минає час, і людина врешті захворює на СНІД, що згодом призводить до смерті. Дуже часто головною причиною смерті є не СНІД, а інші інфекції, з якими ослаблений організм не в змозі боротися.

На жаль, ця хвороба поки що невиліковна, але людина може на багато років продовжити стадію ВІЛ. Сьогодні існує багато лікувальних препаратів, які називаються антиретровірусними (тобто проти ретровірусів, до яких відносять і ВІЛ). За допомогою цих ліків вдається стримати розвиток вірусних часток — віріонів — у організмі людини, відповідно й затримують розвиток кінцевої стадії перебігу ВІЛ-інфекції. Окрім отримання антиретровірусного лікування, людям пропонують дотримуватися відповідного харчування і вести здоровий спосіб життя.

ВІЛ-інфіковані вагітні жінки також проходять лікування протівірусними препаратами, щоб знизити ризик інфікування плоду, оскільки дитина може народитися здоровою! До середини 1990-х років СНІД вважався смертельною хворобою, але з 1996 року завдяки антиретровірусній терапії цю інфекцію вважають керованою!

Отже, для людей, які живуть з ВІЛ, життя не зупиняється. Воно наповнюється іншими цінностями та змістом. Здоровий спосіб життя, антиретровірусне лікування дають змогу на багато років продовжити стадію ВІЛ і затримати розвиток хвороби до стадії СНІДу.

Не забуваймо, що ВІЛ-інфікований чи хворий на СНІД — це на-самперед людина, наділена такими самими почуттями, бажаннями, надіями, що й здорова людина. Тому основна допомога їй полягає у психологічній підтримці. Як правило, люди, дізнавшись, що вони ВІЛ-інфіковані, відчують потребу поділитися з кимось своїми переживаннями, знайти розуміння та співчуття, відчути себе не самотнім у боротьбі з хворобою.

На жаль, часто ВІЛ-інфіковані люди стають жертвами дискримінації. Порушуються їх права, ігноруються інтереси та бажання. Слід пам'ятати, що будь-хто може інфікуватися вірусом імунодефіциту. На ризик інфікування ВІЛ не впливають ні статева належність, ні сексуальні вподобання, ні соціальний статус чи раса. Всі люди рівні перед ризиком бути враженими ВІЛ — перед цим вірусом, і лише від нас самих, від нашого розуміння ризику, від нашої поведінки залежить наше здоров'я.

Передбачено кримінальну відповідальність за умисне зараження ВІЛ: позбавлення волі строком від 5 до 10 років (п. 4, стаття 130 Кримінального кодексу України).

Отже, ризик інфікування ВІЛ можливо звести до мінімуму, якщо утримуватися від статевих стосунків у підлітковому віці, а дорослим мати статеві стосунки лише з одним постійним партнером. Якщо людина ризикує і має декілька статевих партнерів — завжди користуватися презервативами. У разі потреби маніпуляції, пов'язаної з пошкодженням цілісності шкірних покривів (проколювання вух, ін'єкція, гоління, татуаж) завжди користуватися разовим інструментарієм і лише своїми гігієнічними засобами. Якщо жінка під час вагітності дізналася, що вона ВІЛ-інфікована або хвора на СНІД, для запобігання передачі ВІЛ плоду вона обов'язково повинна пройти призначений лікарем курс профілактичного лікування та після пологів годувати немовля лише штучними сумішами, а не грудним молоком.

ІПСШ

ІПСШ — це інфекції, що передаються статевим шляхом. Такі захворювання ще мають назву «інфекції, що передаються переважно статевим шляхом». ІПСШ — поняття ширше за венеричні хвороби (венеричні інфекції передаються лише статевим шляхом, наприклад, гонорея, сифіліс, твердий шанкер) й охоплює, окрім названих венере-

ричних захворювань, хламідіоз, трихомоніаз, генітальний герпес, вірусні гепатити В, С. ВІЛ також відноситься до ІПСШ, але ця інфекція має свої особливості. Сьогодні відомо понад 30 збудників ІПСШ. Інкубаційний (тобто прихований) період цих інфекцій може бути від кількох годин до 1,5 роки.

Основний шлях передачі ІПСШ — статевий, але також можна інфікуватися через кров і побутовим шляхом. ВІЛ, на відміну від ІПСШ, побутовим шляхом не передається.

Перебіг ІПСШ такий: мікроорганізми, які спричиняють ці захворювання, як правило, потрапляють в організм людини під час статевого контакту. Потім вони розмножуються і розвиваються самостійно, викликаючи хворобливі прояви. Якщо людина займається самолікуванням чи зовсім не лікується, захворювання стає хронічним та важковиліковним.

Кожне захворювання має свої особливості, ознаки, до кожного лікаря добирає конкретні методи лікування. Але, на жаль, багато людей легковажно ставляться до лікування, часто йдуть за порадою не до лікаря, а до друзів або сумнівних спеціалістів. Це призводить до того, що кількість хворих, зокрема на ІПСШ, зростає. Коли збудники ІПСШ потрапляють до організму людини, вони розмножуються, викликаючи запалення статевих органів: ушкоджують слизову оболонку матки, маткові труби та яєчники в жіночому організмі; яєчка, придатки яєчок, передміхурову залозу — в чоловічому. Вони можуть уражати будь-які внутрішні органи та кров. Нерідко хвороба розвивається приховано.

У нашій країні за свідоме інфікування ІПСШ передбачено кримінальну відповідальність на строк позбавлення волі від 2 до 5 років (стаття 133 Кримінального кодексу України).

Прояви ІПСШ можуть бути різноманітними. Основні серед них такі: незвичні виділення зі статевого члена або піхви, часте болюче сечовипускання, печія під час сечовипускання, почервоніння, висипи, виразки, пухирці чи бородавки в області статевих органів, заднього проходу, свербіння в області статевих органів, запалення лімфовузлів у паху, біль в низу живота (у жінок), біль під час статевих контактів. Ранні прояви багатьох ІПСШ малопомітні або їх немає зовсім, і більшість людей не зважає на них, доки не з'являться серйозні симптоми. А це означає, що лікування проходитиме значно складніше, а в майбутньому можуть виникнуть тяжкі ураження.

Наслідки ІПСШ дуже серйозні. Це може бути безпліддя, особливо у чоловіків, розвиток запальних процесів статевих органів і статеві розлади у обох статях, ускладнення під час вагітності, викидні, народження хворих дітей, мертвонародження, позаматкова вагітність, збільшений ризик раку шийки матки, підвищений ризик зараження ВІЛ та вірусними гепатитами В і С.

На жаль, серед ІПСШ є невиліковні хвороби. Такі ІПСШ, як сифіліс, гонорея, хламідіоз, трихомоніаз на ранніх етапах виліковні, однак якщо їх виявили й лікують запізно, то ці захворювання можуть викликати тяжкі побічні ефекти. ВІЛ, гепатит В, генітальний герпес, папіломавірус людини — це невиліковні ІПСШ. Перебіг цих хвороб можна лише полегшити або зменшити симптоми їх прояву.

До захворювання на ІПСШ часто призводять безвідповідальність, нестриманість, небажання чи нездатність передбачити та врахувати наслідки своєї поведінки. Людина може інфікуватися одразу декількома хворобами, тому під час лікування слід це враховувати. Лікування має призначати лише лікар після спеціального медичного обстеження. Тільки у такий спосіб можна призупинити подальший розвиток хвороби й отримати більше шансів на швидке й остаточне одужання й запобігання ускладненням. Відомо, що у період статевого дозрівання у слизовій оболонці шийки матки відбуваються фізіологічні зміни, які роблять дівчину більш чутливою до інфікування ІПСШ, особливо хламідіозом та гонореєю. ІПСШ у жінок частіше протікає за відсутності симптомів.

ІПСШ здебільшого пов'язані з безладним статевим життям. Не захищені статеві контакти значно підвищують ризик інфікування. Щоб запобігти захворюванню, слід користуватися презервативами і засобами особистої гігієни.

Аборти. Підліткова вагітність

В Україні на одну народжену дитину припадає 600 абортів (0,6% порівняно із загальним рівнем країн ЄС — 0,26%), тож рівень абортів все ще досить високий. Лише 47% жінок в Україні користуються сучасними засобами контрацепції, що менше, ніж у середньому в світі, й значно менше, ніж у Західній Європі й США (70%).

Існують певні ризики, пов'язані з абортom, і його можливі наслідки. Це сильна кровотеча, запалення органів брюшини, неповний аборт, загальне інфікування всього організму (сепсис), пошкод-

ження, рубцювання порожнини матки. Порожнина матки також може бути проколота або порвана інструментом для абортів. В разі механічного ушкодження матки існує ризик того, що сусідні органи (кишечник та сечовий міхур) також будуть ушкоджені. У надзвичайних випадках фізичні ускладнення внаслідок абортів, включаючи надмірну кровотечу, запалення, пошкодження органів через перфоровану матку та побічні реакції внаслідок анестезії, можуть призвести до смерті. Це ускладнення зустрічається, щоправда, рідко. Окрім цього, існують достовірні докази того, що виношування першої вагітності до повного терміну забезпечує захист проти раку молочної залози. Ряд достовірних даних доводить, що може існувати зв'язок між абортів та пізнішим розвитком раку молочної залози. Також досліджено, що жінки, які роблять один або більше абортів, ризикують у майбутньому мати передчасні пологи, а для деяких жінок це може стати серйозною психологічною проблемою.

Та найголовніше — аборт може призвести, окрім різних ускладнень, до безпліддя. Ризик безпліддя значно зростає, якщо переривається перша вагітність.

Сьогодні в Україні на фоні загального зниження кількості абортів, збільшується кількість абортів у жінок з першою вагітністю, в тому числі у дівчат віком до 14 років і у віковій групі 15–19 років. Їх кількість з 2,6% у 1999 р. зросла до 12% у 2012 р.

Виділяють три основні групи підвищеного ризику настання вагітності у підлітковому віці:

1. Дівчата, які починають статеве життя як частину сексуального експериментування з приятелем-ровесником раніше, ніж будуть поінформовані про можливі наслідки і зможуть їх уникнути.

2. Пасивні й недосвідчені дівчата, які не вміють встояти перед настирливим партнером, який зазвичай значно старший за них.

3. Дівчата з емоційними проблемами, які страждають від браку тепла й розуміння у батьківській сім'ї і для яких статеве життя стає засобом досягнення емоційного комфорту. Вважається, що найбільший ризик у представниць третьої групи.

У роботі з підлітками щодо запобігання незапланованої вагітності слід дотримуватися таких *рекомендацій*:

- Варто ознайомлювати підлітків із методами контрацепції тому, що таке ознайомлення все одно відбувається, і буде значно краще, якщо підлітки отримуватимуть правдиві дані, ніж будуть

користуватися інформацією із випадкових джерел, недостовірною, спотвореною чи просто неправдивою.

- Підлітки мають знати, що жоден із засобів контрацепції не дає абсолютної надійності. Отже, значні зусилля мають скеровуватися на виховання регулювальних мотивів і насамперед — відповідальності.
- Важливо, щоб ця робота проводилася планово й послідовно, і була спрямована на такі важливі аспекти, як здоровий спосіб життя, обговорення можливих проблем, пов'язаних з раннім початком статевого життя; щоб в атмосфері довіри молодь проходила поетапну підготовку до створення сім'ї, народження здорової дитини та збереження репродуктивного здоров'я.

Список літератури

1. «Красная нить». Советы и рекомендации — методы работы по профилактике ВИЧ/СПИД и половому воспитанию среди подростков. — Стокгольм — СПб. : Ester Stockholm, 2006. — 206 с.
2. ВИЧ-инфекция, сексуальное и репродуктивное здоровье молодежи / под. ред. Л. П. Симбирцевой. — СПб. : Островитянин, 2010. — 344 с.
3. Здоровый образ жизни : учеб. пособие. Ч. 2 / авт.-сост. Н. В. Куликова. — Томск : Изд-во Томского гос. пед. ун-та, 2011. — 76 с.
4. Здоровье-2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия / ВООЗ. Европейское региональное бюро ; EUR/RC62/9 Шестидесят вторая сессия. Мальта, 10–13 сентября 2012 г. — 16 с.
5. Исаев Д. Н. Половое воспитание детей: медико-психологические аспекты / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — Л. : Медицина, 1988. — 160 с.
6. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация / П. И. Калью // ВНИИМИ. — 1988. — 69 с.
7. Новая европейская политика здравоохранения — Здоровье-2020: видение, ценности, основные направления и подходы / ВООЗ. Европейское региональное бюро ; EUR/RC61/9 Шестидесят первая сессия. Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г. — 18 с.
8. Психология здоровья : учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб. : Питер, 2006. — 607 с.
9. Современные философские проблемы естественных, технических и социально-гуманитарных наук : учеб. для аспирантов и соискателей ученой степени кандидата наук / под общ. ред. д-ра филос. наук, проф. В. В. Миронова. — М. : Гардарики, 2006. — 639 с.



ВПЛИВ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ

Окремою гострою проблемою здоров'я підлітків є поширення шкідливих звичок серед молоді. Проблеми шкільного і сімейного виховання, недостатній рівень профілактики негативних проявів у поведінці підлітків, цікавість, пошук нових відчуттів у поєднанні з відсутністю критичного ставлення до психоактивних речовин, неформованість навичок здорового способу життя призводять до збільшення кількості підлітків, які курять, вживають алкоголь, наркотичні речовини. В уявленні багатьох підлітків алкоголь і наркотики — це атрибути «дорослого життя», і до їх вживання спонукає молодь саме бажання бути дорослим. Поступово алкоголь і наркотики стають способом життя підлітків, молоді, завдають шкоди близьким, оточенню, суспільству в цілому.

Сьогодні простежується стійка тенденція до зниження вікового порогу залучення до вживання психоактивних речовин, постійне розширення переліку речовин, які використовуються для досягнення певного ефекту, заміна медичних засобів «саморобними», що викликають швидке звикання, часте поєднання комбінації наркотиків, токсичних засобів з алкоголем.

Особливу тривогу викликає залежність дівчаток-підлітків від психоактивних речовин, під впливом яких відбувається багато незворотних патологічних змін, особливо у репродуктивній системі, які надають завади якійсь здійсненню репродуктивної функції.

Соціальна і психічна дезадаптація підлітків, відсутність гендерної грамотності стає причиною ранніх сексуальних стосунків, а сексуальне розгальмування під впливом психоактивних речовин веде до частої зміни статевих партнерів без використання контрацептивних засобів захисту і, відповідно, до венеричних і запальних захворювань органів малого тазу, незапланованої вагітності, результатом якої часто стає штучний аборт або юне материнство.

Все це негативно впливає на стан репродуктивної системи дівчаток-підлітків, що знижує репродуктивний потенціал України, який визначає майбутній генофонд держави.

Психоактивна речовина (ПАР) — це будь-яка речовина (або суміш) природного чи штучного походження, що впливає на функціонування центральної нервової системи, призводячи до зміни психічного стану.

Психоактивні речовини, які впливають на вищі психічні функції і часто використовуються в медицині для лікування психічних захворювань, називаються психотропними. Психоактивні речовини, які викликають звикання й заборонені законодавством, часто називають наркотиками.

За визначенням ВООЗ наркотик (від грец. *ναρκωτικός* — доводить до заціпеніння, лат. *parcosis* — ступор) — це хімічний агент, що викликає ступор, кому або нечутливість до болю. Вважається, що термін «*ναρκωτικός*» (наркотик) вперше вжив грецький цілитель Гіппократ для опису речовин, що викликають втрату чутливості або параліч. Цей термін також вживав видатний лікар античності Клавдій Гален. Як такі речовини Гален, наприклад, згадував корінь мандрагори, насіння еклати й маку (опіум).

У своїй доповіді в 1981 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила наркотик як «хімічну речовину або суміш речовин, відмінну від необхідних для нормальної життєдіяльності (подібну до їжі), прийом якої призводить до зміни функціонування організму й, можливо, його структури».

Термін «наркотик» зазвичай вживають стосовно до опіатів або опіоїдів, що називаються наркотичними анальгетиками. У загальноприйнятому медичному і юридичному сенсі його часто використовують як неточне визначення нелегальних психоактивних засобів незалежно від їх фармакології.

До легальних ПАР відносять нікотин (тютюн, цигарки, сигари), алкоголь (усі напої, які містять етиловий спирт) і кофеїн (кава, чай). Кофеїн віднесено до наркотиків з тієї причини, що він руйнує центральну нервову систему. Часте й у великій кількості вживання міцного чаю та кави, не очищених від кофеїну, завдає шкоди організму.

Легальні ПАР вживаються відкрито, і люди не несуть за це кримінальної відповідальності. Кожна людина, яка вживає ці речовини, несе особисту відповідальність за своє здоров'я і за наслідки такого вживання.

Незаконні ПАР — це речовини, розповсюдження і зберігання яких протизаконне. До них відносять похідні дикорослих конопель — марихуана, гашиш, анаша та ін.; опіати (героїн, опій, морфій та ін.); стимулятори (екстазі, кокаїн, амфетамін, ефедрин, ефедрон, первітин та ін.); галюциногени (ЛСД та ін.); депресанти (барбітурати та ін.), леткі інгалянти, а також інші речовини. У кожній країні визначено і затверджено урядом список таких речовин. Громадяни, які зберігають і розповсюджують ці речовини, схиляють до їх вживання інших людей, підлягають кримінальній відповідальності.

Серед негативних явищ, пов'язаних з уживанням наркотичних речовин, найчастіше у підлітковому середовищі зустрічаються такі: тютюнокуріння, вживання алкоголю, наркотиків або наркотичних речовин. Для підлітка такий вплив особливо небезпечний, оскільки організм саме активно формується.

Окрім того, залежність від ПАР у підлітків формується і прогресує швидше, ніж у дорослих. Так, наприклад, алкогольна психічна залежність у підлітків виникає через 3–6 місяців, а фізична — через 1–1,5 року. Окрім фізичних розладів, дуже швидко виникають розлади сну, страх, тривога, агресивна поведінка, погіршується пам'ять.

У підлітків деградація особистості може настати вже через 3–4 роки вживання ПАР, а в дорослого — через 10–15 років. Від залежності, придбані в підлітковому віці, досить складно позбутися. Вплив тютюнового диму, алкоголю та наркотиків на організм підлітка — завжди негативний.

Становлення репродуктивної системи дівчаток-підлітків, які вживають ПАР, відбувається на фоні високої соматичної та гінекологічної захворюваності, що є прогностично несприятливим популяційним показником і негативно характеризує репродуктивний потенціал. Особливості фізичного і статевого розвитку дівчаток-підлітків, які вживають ПАР, такі: відставання статевого розвитку, порушення становлення менструального циклу, зниження показників росту і маси тіла, розмірів малого тазу. Для їхнього репродуктивного здоров'я характерні ранні статеві стосунки, висока сексуальна активність, часта зміна статевих партнерів і нерозбірливість у статевих контактах, низький рівень знань про засоби і методи контрацепції, слабка мотивація до відповідальної статевої поведінки.

Тютюнокуріння

Викликають занепокоєння результати аналізу й оцінки поведінкових орієнтацій українських школярів/студентів щодо куріння. Кількість курців обох статей з віком зростає (з 20 % серед шестикласників до 77,5 % серед студентів професійно-технічних навчальних закладів). Зростає відсоток дівчат, які пробують курити, особливо це стосується 15-річних (17 % проти 13 % серед хлопців-однолітків). Серед курців 6,5 % — 15-річні дівчата, 24 % — дівчата 16–17 років. Серед студентів вищих навчальних закладів також зафіксовано «фемінізацію» цієї шкідливої звички: раз на тиждень курять 10 % дівчат і лише 6 % хлопців. Хлопці частіше за дівчат пробують курити в 11 років або раніше, а дівчата найчастіше викурюють свою першу сигарету в 14–15 років (26–30 %). Протягом останніх чотирьох років початок куріння серед дівчат «помолодшав» і припадає переважно на 13 років¹.

Лише деякі люди починають курити після підліткового віку, тому саме в цьому віці є можливість реалізувати профілактичні заходи.

Дослідження виявили, що в тютюновому димі міститься майже 4000 різних хімічних субстанцій, сорок три з них можуть викликати ракові захворювання. Сам нікотин згубно впливає переважно на нервову, серцево-судинну, травну і дихальну системи.

Нікотин, синильна та інші кислоти, а також сірководень, анілін та інші речовини, що містяться в тютюновому димі, добре розчиняються у воді й разом зі слиною потрапляють у шлунково-кишковий тракт. Вони подразнюють слизову оболонку стравоходу, шлунка, кишечника, викликаючи запальні процеси. Нікотин прискорює роботу серця, звужує кровоносні судини, підвищує артеріальний тиск, порушує обмін речовин. Курці в 13 разів частіше хворіють на стенокардію і в 10 разів частіше — на виразкову хворобу шлунка.

Тютюновий дим також впливає на слизові оболонки рота, гортані, носа й легенів. Аміак, розчиняючись у рідині, утворює нашатирий спирт, який викликає безгаражковий бронхіт курця. Відповідно працездатність легенів значно знижується, виникають кашель і задишка, знижується імунітет, що збільшує ризик розвитку туберку-

¹ Стан та чинники здоров'я українських підлітків : монографія / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірева. — К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка ; К.І.С., 2011. — 172 с.

льозу. Смертність від раку легенів у курців у 20 разів вища, ніж у тих, хто не курить.

Через перепад температур руйнується зубна емаль. На пошкодженій емалі відкладається тютюновий дьоготь (концентрат рідких і твердих речовин), який призводить до пожовтіння зубів і викликає специфічний запах у ротовій порожнині. Також через вплив дьогтю шкіра пальців рук набуває жовтувато-коричневого кольору. У курців частіше виникають дефекти шкіри, з'являються ранні зморшки.

Тютюновий дьоготь осідає на стінках дихальних шляхів, скорочуючи надходження кисню у кров. У результаті організм курця відчуває постійне кисневе голодування.

Отруйні речовини тютюнового диму потрапляють у кров і розносяться по всьому організму. Через їхній негативний вплив порушується робота нервових клітин і периферичних нервів — міжреберних, плечового, стегнового, сідничного.

У підлітків, які курять, повільніше відбувається фізичний, психічний і соціальний розвиток, частіше спостерігаються ознаки невротичного стану: слабкість, млявість, апатія, погіршення пам'яті, зниження апетиту, порушення сну тощо.

У підлітків-курців, які страждають гострими і хронічними захворюваннями органів дихання, порівняно з некурцями, виявляються більш виражені імунологічні ознаки запалення, що підтримує перебіг гострої і хронічної бронхо-легеневої патології. Пасивне куріння у здорових підлітків створює виражений негативний вплив на функцію зовнішнього дихання та рівень артеріального тиску.

У дівчат, які курять, частіше розвивається передменструальний синдром, який проявляється у другій половині менструального циклу й самостійно припиняється з настанням менструації. Це зміна самопочуття, знижений настрій, болі у животі, серцебиття, зміни артеріального тиску. Також можуть з'явитися порушення менструального циклу, переважно його скорочення. Може розвинутися і аменорея — відсутність менструального циклу. Також у дівчат, які курять, частіше виникають хронічні запальні захворювання статевих органів.

Часто дівчата починають курити, аби позбавитися зайвої ваги, оскільки куріння знижує апетит. Але в період статевого дозрівання організм дівчини потребує певного запасу жиру, який необхідний для нормального розвитку репродуктивної системи. Відсутність

необхідної кількості жиру гальмує статеве дозрівання і може призвести до серйозних проблем зі здоров'ям.

У юнаків, які курять, виробляється менше сперми, знижується рухливість сперматозоїдів. Згодом це може призвести до неспроможності запліднити яйцеклітину, тобто чоловічого безпліддя. Численні дослідження засвідчують, що куріння стає причиною розвитку імпотенції, швидше за все, в результаті пошкодження дрібних кровоносних судин статевого члена. Серед молодих чоловіків виявлено прямий зв'язок між курінням у період статевого дозрівання й ослабленою статевою функцією (ослаблення потенції й зниження статевого потягу). У юнаків, які мають проблеми з ерекцією, згодом можуть виникати психологічні проблеми у спілкуванні з дівчатами — страх, тривога, різні комплекси, а часто й агресія.

Куріння у молодих жінок можна порівняти з відсутністю одного з яєчників. У результаті токсичного впливу на яєчники отруйних речовин знижується вироблення жіночих статевих гормонів і порушується процес дозрівання яйцеклітини. У таких жінок підвищується ризик розвитку «позаматкової вагітності», безпліддя. А у разі вагітності ризик розвитку ускладнень для плоду залишається високим, особливо якщо жінка продовжує курити.

Нікотин — основний компонент тютюнового диму — спричиняє різні негативні впливи на організм вагітної жінки, але переважно діє на нервову і серцево-судинну системи. Куріння стимулює вивільнення норадреналіну із нервових закінчень, що стає безпосередньою причиною збільшення частоти пульсу, підвищення артеріального тиску, виникнення екстрасистолії (порушення серцевого ритму).

Куріння під час вагітності сприяє біоактивації проканцерогенів у тканинах плоду і плаценти, збільшуючи на 50–60 % ризик розвитку онкологічних захворювань у дітей в перші роки життя. Куріння може змінювати хід ембріогенезу внаслідок гіпоксії, що призводить до порушень метаболізму, загибелі нервових клітин, неправильного розвитку мозкових судин і структур мозку. Стан плоду ускладнюється надходженням у кров матері сильної респіраторної отрути — СО. Утворений в результаті реакції СО з гемоглобіном карбоксигемоглобін проникає у кров плоду через плаценту, при цьому його концентрація у 2–3 рази вища, ніж у матері. Це призводить до вираженої гіпоксії плоду, яка підтверджується при моніторному дослідженні його стану. Синдром раптової смерті зовні здорової дитини, який

посідає в структурі смертності малюків одне з перших місць, також пов'язують із курінням жінки під час вагітності. Це пояснюється недосконалістю розвитку нервової системи новонародженого у поєднанні з пасивним курінням.

Зниження маси тіла, росту, зміна розвитку коронарних артерій у новонароджених, збільшення частоти мимовільних абортів, мертвонароджень — це неповний перелік впливу куріння на систему «мати — плід». Підвищена частота інфарктів і відшарування плаценти — один з прикладів системної судинної токсичності тютюну.

Алкоголь

За даними ВООЗ, зловживання алкоголем — одна з причин смертності в усьому світі. Як результат зловживання спиртними напоями зростає кількість серцево-судинних захворювань. Вченими доведено, що люди, які регулярно вживають алкоголь, в середньому живуть на 15–20 років менше. Практично всі органи і системи організму зазнають токсичного впливу алкоголю, особливо коли спиртні напої вживаються регулярно і у великих дозах.

Вживання алкоголю викликає у підлітків швидку втрату психічного і морального здоров'я, зупинку соціального розвитку, розлади поведінки, в тому числі й кримінальність. Такі підлітки інтелектуально швидко деградують.

Дані соціологічного дослідження, проведеного в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2010) свідчать про високий рівень вживання алкогольних напоїв серед дітей старшого віку та молоді. Більшість опитаних почали вживати алкогольні напої у віці від 13 до 15 років. Однак 15 % респондентів вперше спробували алкогольні напої в 11 років і раніше. Різниця між хлопцями та дівчатами простежується лише серед учнів 6-го класу. Починаючи з 13 років така тенденція практично повністю нівелюється і вживання алкоголю хлопцями та дівчатами стає фактично на одному рівні. З дорослішанням суттєво зменшується відсоток учнівської молоді, які взагалі не вживали алкогольних напоїв. Якщо про невживання міцних напоїв у 6-му класі повідомили 94 % учнів, то серед студентів цей показник становить лише 42 %. Така сама тенденція

спостерігається стосовно невживання пива. Якщо в 6-му класі рівень невживання становить 71 %, то серед студентів — лише 24 %².

Найбільше від токсичного впливу алкоголю страждають серцево-судинна, центральна нервова система і шлунково-кишковий тракт. Під впливом алкоголю порушується серцевий ритм, виникають болюві відчуття в ділянці серця, тахікардії тощо. Алкогольна інтоксикація може призвести до втрати пружності серцевого м'яза, до склерозу судин серця і мозку, розвитку анемії. У дослідженнях випадків раптової смерті було виявлено, що алкогольне ураження серця становить близько 30 %.

Етиловий спирт згубно впливає на діяльність центральної нервової системи, призводячи до виникнення вестибулярних порушень, тремору рук. Під впливом спирту порушується життєдіяльність нервових клітин, що може призвести спочатку до порушень пам'яті, а далі до психічних порушень, зокрема до недоумства. Порушення роботи шлунково-кишкового тракту виникає навіть від разового вживання спиртного, а в разі регулярного вживання алкогольних напоїв виникають серйозні захворювання. Клінічні дослідження виявили, що близько 70 % гастроентерологічних хворих зловживали міцними спиртними напоями. Вражаючи слизову оболонку шлунково-кишкового тракту, алкоголь призводить до гастриту, виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, а також до панкреатиту й алкогольного цирозу печінки. Цироз — захворювання незворотне і летальне.

Етанол і продукти його переважно неякісної переробки впливають дуже токсично, порушуючи обмінні процеси й ушкоджуючи клітини різних органів. Не можна недооцінювати негативний вплив алкоголю на репродуктивну систему підлітків, яка ще не сформувалася, адже шкідливі речовини в ньому впливають на мозкові структури (гіпоталамус, гіпофіз), які запускають процеси формування статевої системи, порушують гормональну рівновагу, регульовану статевими гормонами (тестостероном і естрогеном).

У юнаків рання алкоголізація призводить до зниження рівня тестостерону, що може призвести до атрофії специфічних клітин в

² Стан та чинники здоров'я українських підлітків : монографія / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірева. — К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка ; К.І.С., 2011. — 172 с.

яечках, які виробляють тестостерон. Цей чоловічий статевий гормон відповідає за багато функцій в організмі, зокрема за ріст репродуктивних органів, формування життєздатних сперматозоїдів, збільшення м'язової маси тіла тощо. За даними фахівців, 200–250 мл алкоголю знижують рівень тестостерону в організмі на п'ять днів. Вплив алкоголю на центральну нервову систему може призвести до порушення ерекції і еякуляції. На одних алкоголь може діяти збудливо, на інших — навпаки, все залежить від типу нервової системи юнака. Але з формуванням залежності від алкоголю у всіх відбувається поступове згасання статевого потягу й послаблення ерекції. Частота і ступінь порушення функції чоловічих статевих залежать від кількості й тривалості вживання алкоголю.

Алкоголь у великих дозах викликає пошкодження підкіркових структур головного мозку, що відповідають за статеву функцію, а також погіршує якість сперми — токсичні речовини порушують утворення сперматозоїдів, знижують їхню якість і рухливість. Відомо, що чоловічі статеві клітини дуже чутливі до дії алкоголю. На фоні всіх цих змін знижуються захисні сили організму підлітка, що сприяє розвитку запальних захворювань репродуктивної системи. Так зловживання алкоголем часто призводить до зниження здатності до запліднення. Серед причин чоловічого безпліддя хронічний алкоголізм займає одне з перших місць, а втрата контролю над собою може призвести до інфікування ІПСШ, що істотно збільшує ризик безпліддя.

Етанол має здатність проникати через клітинні мембрани і впливати на стан і повноцінність ДНК. Дослідження засвідчують, що навіть нечасте вживання етанолу здатне порушити генетичний код, оскільки руйнує передусім найвразливіші, еволюційно більш досконалі фрагменти ДНК, тим самим підвищуючи ризик народження дітей з вродженими дефектами, каліцтвами.

Найбільше вразливі до дії алкоголю клітини мозку та печінки, чим і пояснюється сильне ураження саме цих органів. У чоловіків печінка нейтралізує жіночі статеві гормони, а якщо вона не може впоратися з цією функцією, їх рівень в організмі збільшується. Це може призвести до перерозподілу жиру за жіночим типом — він відкладатиметься на стегнах, грудях, внизу живота. У хронічних алкоголіків розвивається імпотенція, атрофія яєчок, а на фоні зростання рівня жіночих

статевих гормонів з'являється жіночий тип оволошіння і збільшуються грудні залози.

У дівчат тривале вживання алкоголю гальмує статеве дозрівання, перешкоджає гармонійній роботі статевих залоз, що призводить до порушення менструального циклу, його нерегулярності, аменореї (відсутності місячних). У жінок, хворих на хронічний алкоголізм, менструація може взагалі припинитися, що в майбутньому призводить до раннього клімаксу, а значить — передчасного старіння.

У разі порушень менструального циклу знижується рівень жіночих статевих гормонів — естрогенів, — які дуже потрібні жіночому організму, а особливо зростаючому. Естрогени сприяють розвитку вторинних статевих ознак, появі статевого потягу, підготовці репродуктивної системи до вагітності, забезпечують вихід яйцеклітини в статеві шляхи і можливість її запліднення після овуляції. Естрогени також викликають структурні зміни в тканинах статевої системи, сприяють розвитку молочних залоз, матки, маткових труб, піхви і впливають на розподіл підшкірного жиру за жіночим типом, мають величезний вплив на обмін речовин.

Алкоголь також порушує овуляцію (дозрівання яйцеклітини і вихід її з фолікула яєчника), перешкоджає переходу яйцеклітини з яєчника в порожнину матки, що часто призводить до жіночого безпліддя.

Алкоголізм і тютюнокуріння — важливі фактори ризику перинатальної смертності. Куріння підвищує рівень цієї смертності, а систематичне вживання алкогольних напоїв під час вагітності в більшості випадків призводить до патологічного перебігу вагітності та пологів, викликає алкогольний синдром плоду (відхилення у психофізичному розвитку дитини), численні вади, що також обумовлює високу перинатальну смертність.

Алкоголь легко проникає через плацентарний бар'єр, і його концентрація у крові плоду сягає 80–100 % від вмісту його у крові матері, що становить значну загрозу для плоду у зв'язку з незрілістю нирок та інших органів видільної системи, але переважно через недосконалість ферментних систем, що окислюють алкоголь. Порушення кровообігу в плаценті призводить до дистрофічних змін у ній.

За останні роки зросло споживання молоддю слабоалкогольних «напоїв», насамперед — пива. За даними опитувань, школярі систематично п'ють пиво починаючи з 10–13 років. Часто пиво вважають

майже безалкогольним напоєм і не тільки не шкідливим, а й корисним.

Більшість досліджень засвідчують негативний вплив пива на організм. Цей напій — клітинна отрута, що у разі надмірного вживання призводить не лише до алкоголізму, а й до важких соматичних наслідків.

Пиво містить моноаміни, що утворюються в результаті бродіння хмелю, які впливають на головний мозок, викликаючи у сп'янілого стан приголомшеності, отупіння. У пиві також є рослинні аналоги жіночих статевих гормонів. Печінка у відповідь на прийняття пива синтезує речовину, що пригнічує секрецію метилтестостерону (основного чоловічого статевого гормону). Саме тому у чоловіків, які понад міру захоплюються пивом, формується схожа на жіночу фігура: ширшає таз, збільшуються грудні залози, на стегнах і животі відкладається жир («пивний живіт»).

Дослідження довели також зв'язок між вживанням пива й серцево-судинними хворобами, що суперечить уявленню, яке побутує серед населення, про те, що пиво захищає серце. Відзначається несприятливий вплив пива на масу тіла (в сторону ожиріння) та рівень артеріального тиску, із сечею виділяється натрій і калій. Пиво, як і інші алкогольні «напої», впливає на шлунково-кишковий тракт, спочатку збуджуючи його секрецію, а потім пригнічуючи її, що призводить до гастритів, виразкової хвороби, панкреатиту, коліту. Так само, як і інші алкогольні напої, пиво може викликати цироз печінки. Прийом пива без одночасного приймання їжі збільшує ризик розвитку алкогольного ушкодження печінки та підшлункової залози.

Навіть невеликі дози пива впливають на потомство тих, хто п'є, — як чоловіків, так і жінок, організми яких виробляють під впливом алкоголю неповноцінні статеві клітини, наслідком чого стають викидні, народження неповноцінних або мертвих дітей. Діти, які народилися з алкогольним синдромом плода, але без важких каліцтв, відстають у фізичному і психічному розвитку.

Украй небезпечне вживання пива матір'ю, яка годує немовля грудним молоком, оскільки дитина у такий спосіб також отримує алкоголь, росте слабкою, безпорадною, вразливою для інфекцій і нервово-психічних розладів.

Думка вітчизняних і зарубіжних вчених щодо неприпустимості вживання алкогольних, в тому числі й слабоалкогольних «напоїв» та

пива, дітьми і підлітками — єдина і однозначна. Доведено, що найнебезпечнішим віком щодо виникнення залежності від алкоголю є 18–20 років, тому що в цей період інтенсивного розвитку клітини мозку та інших органів найбільш чутливі до шкідливих впливів. Захворювання прогресує дуже швидко і супроводжується тяжкими психічними розладами, деградацією особистості, важко піддається лікуванню. Молоді люди повинні знати, що регулярний прийом алкоголю — це один з прямих факторів, що впливають на статевий, психосексуальний розвиток і репродуктивне здоров'я.

Наркотичні речовини

Найчастіше перші спроби наркотичних речовин відбуваються у підлітковому віці. Відповідно, швидко формується залежність. Зазвичай, це відбувається за відомою схемою, у кілька послідовних стадій. Перша спроба — результат цікавості, властивого усім підліткам прагнення бути як усі значимі для нього друзі. Далі за механізмом умовного рефлексу формується групова залежність: наркотик вживається в певних умовах або в певній компанії. Поза цим бажання вживати наркотичні речовини у підлітка не виникає. Наступний етап: психічна залежність як потреба приймати наркотик, щоб отримати приємні відчуття. Наркотичні речовини покращують настрій і викликають потужні приємні емоції — і все це без кропіткої роботи над собою. Ці речовини дають відчуття так званого легкого щастя і нескінченної радості, адже не треба докладати зусиль, щоб почуватися щасливим. Ефект від першого прийому наркотиків може бути настільки сильними, що надалі підліток прагне повторити відчуття, вдаючись до нової порції. У нього створюється ілюзія, що без жодних зусиль можна виконати будь-яку роботу, легко вивчити величезний текст, підготуватися до іспиту або швидко зняти напруження і розв'язати певну проблему.

Слід зазначити, що період від першого прийому до стійкого звикання залежить від виду наркотику та індивідуальних особливостей підлітка, таких як: вік, рівень фізичного і психічного розвитку, перенесені захворювання, особливості біохімічних процесів в організмі, спадковість. Проте нерідко споживач стає залежним вже після першої ін'єкції. Наприклад, опіати, включаючись в обмінні процеси, призводять до швидкого (іноді після одного-двох прийомів) ви-

никнення найсильнішої психічної та фізичної залежності. Деякі з речовин не викликають фізичної залежності (непереборна потреба організму в отриманні наркотику, який вже бере участь в обміні речовин), у такому разі останньою стадією формування залежності стає психічна. Воля і розум людини повністю підпорядковані бажанням і далі вживати наркотики — людина повністю руйнується як особистість. Психічна залежність призводить до важких депресій, штовхає людей до необдуманих вчинків і призводить до самогубств.

Тривале вживання наркотиків призводить до стійких порушень емоційних центрів у головному мозку. Виснажуються центри позитивних емоцій, зменшується їхня активність і чутливість, а активність центрів негативних емоцій різко посилюється. У разі такого розбалансування емоційних центрів спроба покинути наркотик призводить до глибокої затяжної депресії. Самостійно вийти з цього глухого кута підліток практично не може, оскільки він втрачає навичку управління своїми емоціями, за нього це робив наркотик. Наркозалежні часто повторюють: «Спочатку шукаєш наркотик, щоб було добре, потім — щоб не було так погано». У підлітків, які вживають наркотичні засоби, залежність виникає набагато швидше, а руйнівна дія наркотиків виражена сильніше.

Підвищена чутливість до наркотиків характерна для лобових відділів мозку. Зміни в цих відділах призводять до стійких змін особистості й психічних порушень, які зберігаються навіть у тверезому стані. Підліток стає розгальмованим, цинічним, грубим, безцеремонним, втрачає цікавість до навчання, близьких і друзів. Коло його інтересів незворотно звужується лише до вживання наркотику.

Усі наркотики негативно впливають на різні органи і системи організму, який росте і формується. Багато з цих змін незворотні. У легені курців гашишу, марихуани потрапляє у чотири рази більше сажі й смол, ніж від звичайних цигарок. У результаті розвивається «хронічний бронхіт курця», також значно зростає ризик раку легенів. Опіати пригнічують дихальний і кашльовий центри головного мозку, що підвищує ризик легеневих інфекцій, призводить до хронічного кисневого голодування всіх органів.

Будь-який наркотик, незалежно від виду, істотно збільшує навантаження на серце підлітка. Порушуються метаболічні процеси у серцевому м'язі, що призводить до його дистрофії. Серце не може

впоратися навіть зі звичайним навантаженням, що призводить до серйозних судинних порушень і хронічної серцевої недостатності.

Більшість наркотичних речовин знижує апетит, як результат — порушення харчування аж до повного виснаження. Також часто погіршується вироблення травних ферментів і ускладнюється травлення. Печінка уражається досить швидко, оскільки саме вона відіграє основну роль в очищенні організму від токсинів. Це і є причиною того, що у споживачів наркотиків цироз печінки розвивається набагато частіше, ніж у алкоголіків.

Загалом будь-які наркотичні речовини викликають залежність, і саме в цьому полягає головний руйнівний вплив наркотиків на психіку людини.

Вплив стимуляторів (екстазі, кокаїн, амфетамін, ефедрин, ефедрон, первітин та ін.), опіатів (героїн, опій, морфій та ін.), депресантів (барбітурати та ін.), галюциногенів (ЛСД та ін.), легких інгалянтів (аерозолі, легкі розчинники та ін.) на організм людини.

Стимулятори — підвищують активність центральної нервової системи, тому після прийому людина зазвичай відчуває коротку, але дуже інтенсивну і перебільшену впевненість у собі, бадьорість. Проте після цього «злету» настрої швидко погіршуються, життєвий тонус падає, посилюється серцебиття, виникають неспокій, тривога, розлади серцево-судинної, дихальної та травної систем. Це спонукає людину знову повторити дозу. Стимулятори можуть викликати порушення сну, дратівливість, депресію, психічні розлади — від підозрілості й недовіри до інших галюцинацій і маячних розладів. У людини швидко зростає толерантність до стимуляторів. Толерантність — це стан адаптації до наркотичних речовин, для якого характерна зменшена реакція на введення такої самої кількості наркотику, а для досягнення очікуваного ефекту потрібна більша доза препарату. Так досить швидко формується залежність від цих речовин, особливо у підлітків.

Опіати — це алкалоїди опійного маку, їхні похідні та синтетичні аналоги, а також речовини, які синтезуються в організмі людини. Для всіх опіатів характерна сильна знеболювальна активність, що зумовлює їх використання як анальгетиків у різних галузях медицини, особливо у разі важких травм, поранень, оперативного втручання, а також захворювань, що супроводжуються вираженим больовим синдромом. Механізм дії цих алкалоїдів пов'язаний з пригніченням

таламічних центрів больової чутливості, що проводять больові імпульси до кори головного мозку. Розрізняють вживання опіатів за медичними показниками, вживання медичних опіатів без призначення лікаря і вживання нелегальних наркотиків.

Речовини цієї групи викликають відчуття ейфорії, сонливість, пригнічення дихання, пригнічення кашльового рефлексу, важкість у кінцівках, звуження зіниць, нудоту, блювоту, утруднення сечовипускання. Наркозалежні часто помирають від передозування, оскільки надмірна доза призводить до пригнічення дихального центру. Вживання опіатів швидко призводить до залежності.

Депресанти — це група речовин рослинного походження та синтетичні сполуки, за своєю дією — седативні, снодійні, транквілізатори. Основний ефект їхньої дії — пригнічення діяльності центральної нервової системи.

Більшість депресантів викликають фізичну та психологічну залежність, чому значно сприяє певна регулярність вживання. Майже всі депресанти шкідливі для здоров'я людини, у разі їх вживанні з'являється небезпека передозування, що, наприклад, змусило сучасну медицину майже відмовитися від призначення барбітуратів. Вірогідність передозування зростає при змішуванні депресантів з іншими наркотичними препаратами, особливо небезпечний у цьому відношенні алкоголь.

Галюциногени (психотомиметики) — це психоактивні речовини рослинного походження і синтетичні сполуки, здатні викликати у здорових людей порушення функцій центральної нервової системи, схожі на психози, зокрема галюцинації.

До галюциногенів відносять алкалоїди, що виділяються з мексиканського кактуса (мескалін), деяких видів мексиканських грибів (псилоцибін та ін.), кореня могильника (гармін); напівсинтетичну похідну алкалоїду ріжок пурпурових — диетиламід лізергінової кислоти (ЛСД–25); індійську коноплю (гашиш) та ін. Вони викликають психічні зрушення, що проявляються слуховими і зоровими галюцинаціями, відчуттям страху, порушенням правильності сприйняття навколишнього. Повторний прийом галюциногенів може викликати звикання і тяжке порушення нервової діяльності.

Леткі інгалянти (технічні рідини, засоби побутової хімії: розчинники, бензин, клей, ацетон, засоби для виведення плям) у разі вдихання проявляють дуже токсичні властивості. За тривалого вжи-

вання досить швидко розвивається захворювання — токсикоманія. Це хвороба, яка розвивається як наслідок вживання хімічних речовин, не віднесених до групи наркотиків. Найчастіше токсикомани вдихають випари цих речовин, нюхають їх, іноді п'ють. Для стану сп'яніння характерна неадекватна поведінка, порушення координації рухів, галюцинації. Тривале вживання швидко призводить до токсичного ураження печінки, частих важких пневмоній, незворотних змін головного мозку. Змінюється характер підлітка, спостерігається відставання у психічному розвитку, зниження імунітету, уповільнення росту. Тривале вживання призводить до інвалідності. Найчастіше токсикоманія характерна для підлітків молодшого віку.

Нині щорічно з'являються нові створені хімічним шляхом синтетичні наркотики. Вони не потрапляють у сферу національного та міжнародного контролю. Небезпека цієї тенденції полягає в тому, що синтетичні наркотики мають високу фармакологічну активність, відносно дешеві у виробництві й можуть виготовлятися де завгодно, безпосередньо біля місць кінцевого споживання, в обхід митних бар'єрів. Саме тому їх легко розповсюджують серед молоді. Наркологи наголошують, що ці наркотики ще небезпечніші для здоров'я, частіше призводять до інвалідності. Потенційний ризик від їх споживання для здоров'я — величезний, оскільки вони мають більш високу активність і наркогенний потенціал.

Будь-які наркотики руйнівню впливають на репродуктивну систему підлітка, адже в головному мозку тільки-но починають встановлюватися складні зв'язки між гіпофізом та гіпоталамусом, які відповідають за статеву і репродуктивну функцію організму. Залежно від виду наркотику ці механізми мають відмінності, але результат один: порушується статеве дозрівання, менструальний цикл у дівчат, сперматогенез у хлопців, порушується формування статевого потягу.

Під впливом наркотиків у молодих людей обох статей знижується рівень статевих гормонів у плазмі крові, переважно тестостерону — біологічної речовини, що підвищує сексуальну чутливість нервових закінчень шкірних і слизових оболонок. Через це сексуальні реакції притупляються або й повністю зникають. Дослідження також виявили вплив наркотиків на спадковість. Наприклад, навіть одноразовий прийом ЛСД може викликати незворотні зміни в хромосомах.

Доведено також токсичний вплив наркотиків на формування плоду. У батьків-наркоманів діти можуть народитися з різними ро-

зумовими та фізичними відхиленнями, особливо якщо протягом вагітності жінка не відмовлялася від вживання наркотиків. У такої матері може народитися наркозалежна дитина. Якщо цього не сталося, то ризик стати наркоманом у дитини залишиться на все життя. За статистикою діти наркозалежних батьків у 3–4 рази частіше стають наркозалежними вже в підлітковому віці, порівняно з дітьми батьків, які не вживали наркотиків. Ця залежність згубно позначається на дітях і після пологів, якщо мати, яка вживає наркотики, буде годувати дитину грудним молоком. Діти, народжені такими батьками, погано розвиваються, відстають у розумовому, фізичному розвитку, мають багато супутніх захворювань.

Список літератури

1. *Гуркин Ю. А.* Гинекология подростков / Ю. А. Гуркин // Руководство для врачей. — СПб. : Фолиант, 2000. — С. 574.
2. *Кирющенко А. П.* Алкоголизм и потомство / А. П. Кирющенко // Врач. — 1995. — № 8. — С. 5–6.
3. *Личко А. Е.* Подростковая наркология. Руководство / А. Е. Личко, В. С. Битенский. — Л. : Медицина, 1991. — 304 с.
4. *Оразмурадов А. А.* Влияние алкоголизма и табакокурения на течение беременности и перинатальный исход родов / А. А. Оразмурадов и др. // Наркология. — 2007. — № 11. — С. 60–62.
5. *Оруджев Н. Я.* Роль социальных факторов в развитии наркоманий и токсикоманий у детей и подростков / Н. Я. Оруджев, О. А. Жигунова // Современные проблемы наркологии : Материалы науч.-практ. конф., 21–22 октября 1999 г. — Астрахань, 1999. — С. 115–119.
6. Психология зависимостей (аддиктология) / Б. Р. Мандель. — М. : Вузовский учебник ; НИЦ Инфра-М, 2012. — 320 с.
7. *Радзинский В. Е.* Репродуктивное здоровье девочек-подростков, употребляющих психоактивные вещества / В. Е. Радзинский и др. // Наркология. — 2006. — № 9. — С. 54–58.
8. Стан та чинники здоров'я українських підлітків : монографія / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірева. — К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка ; К.І.С., 2011. — 172 с.
9. *Столяров Г. В.* Лекарственные психозы и психотомиметические средства / Г. В. Столяров. — М. : Медицина, 1964. — 454 с.

7

ТЕМА

ВІДПОВІДАЛЬНЕ БАТЬКІВСТВО ТА ПІДЛІТКОВО- ЮНАЦЬКИЙ ВІК ЯК ЕТАП ЙОГО ФОРМУВАННЯ

Роль сім'ї у вихованні дітей незрівнянна за можливостями свого впливу з жодними іншими соціальними інститутами і саме від збереження традиційної сім'ї значною мірою залежить перспектива відродження нашого народу і держави. У сім'ї формується і розвивається особистість, закладаються основи моральності, формується світогляд, засвоюються норми і правила поведінки, формується поняття про благополучний або неблагополучний спосіб життя, розкривається внутрішній світ кожної дитини та формуються індивідуальні риси характеру. Все це свідчить про те, що роль сім'ї у житті та вихованні кожної людини була, є і буде безцінною. Ця важлива роль повністю реалізується у тих сім'ях та родинах, для яких характерне відповідальне батьківство.

Протягом всієї історії людства підготовка молоді до створення власної сім'ї була одним з головних виховних завдань. У первісному суспільстві вступ у доросле життя був визначений певними правилами й обрядами. Життя патріархальної сім'ї будувалося так, щоб молодь природним шляхом засвоювала сімейні ролі, готувалася до їх виконання психологічно і на практиці.

Однак нині багато з традиційних сімейних і культурних цінностей, що регулювали протягом століть статеві та сімейні стосунки, зазнали суттєвих змін. Простежується тенденція збільшення кількості розлучень, зниження престижу традиційного шлюбу, поверховості знань молоді про сімейне життя та виховання дітей.

Однією з вагомих причин кризи сім'ї та сімейного виховання є відсутність сформованого комплексу особистих якостей майбутніх батьків — тих рис, які формують поняття «відповідальне батьківство».

З огляду на це, питання підготовки юнаків та дівчат до майбутнього відповідального шлюбу є одним з головних для суспільства в цілому і навчальних закладів зокрема. Втрачені можливості формування усвідомленого відповідального батьківства в підлітковому віці компенсувати майже неможливо.

Визначний педагог Ш. О. Амонашвілі зазначав, що підліткову «пристрасть до дорослішання і розвитку» потрібно направити на

найбільш відповідальну справу — свідому підготовку до майбутнього батьківства, оскільки самоактуалізацію особистості закладено в людині самою природою. Саме в цьому віці, і навіть раніше, діти, гостро переживаючи статеву ідентичність, починають освоювати роль жінки і чоловіка в суспільстві.

Нині у молоді уявлення про батьківство недостатньо наповнені, вони невисоко оцінюють себе як майбутніх батьків. Окремою проблемою стала психологічна готовність молоді брати шлюб, створювати сім'ю, народжувати дітей. Відбувається зміна пріоритетних напрямків становлення особистості. Все більше молодих людей надають першочергового значення матеріальним засадам життя, морально-етичні принципи та сімейні цінності стають все менш значущими. З одного боку, це призводить до більш виваженого рішення про народження дітей, їхнє виховання та розвиток, а з іншого — зводить взаємини з дитиною до рівня матеріального забезпечення її потреб. За таких умов виникає проблема якості виконання батьками виховних функцій та обов'язків щодо розвитку, виховання дітей, постає необхідність формування у молодих людей свідомого, відповідального ставлення до батьківства.

В науці батьківство як феномен вивчається в різних галузях: педагогіці, психології, соціології, соціальній роботі. Але, як свідчить аналіз сучасної соціально-педагогічної й психологічної літератури з цих питань, єдиного тлумачення терміна «батьківство» немає.

Великий тлумачний словник сучасної української мови визначає батьківство як «кровну спорідненість між батьком і його дитиною».

У науковій літературі суть батьківства як багатогранного явища тлумачиться в декількох аспектах, а саме:

- як біологічний, соціокультурний та психологічний феномен; інтегральне психологічне утворення особистості (батька і / чи матері); надіндивідуальне ціле (ми — батьки);
- соціальний інститут, який поєднує два інших інститути — материнство і батьківство (у вузькому розумінні);
- діяльність батьків з догляду, матеріального забезпечення, виховання, навчання дитини;
- етап у житті людини, який починається з моменту зачаття дитини і не припиняється після смерті дитини;
- як буття, стан, перебування людини в положенні батька;

- об'єктивний факт походження дитини від конкретних батьків, засвідчений актовим записом про народження;
- суб'єктивне відчуття людини себе батьком;
- усвідомлення батьками родинного зв'язку з дітьми.

Батьківство — це соціально-психологічний феномен, сукупність знань, уявлень і переконань щодо себе у батьківській ролі, реалізованих у всіх проявах поведінкової складової батьківства. Як надіндивідуальне ціле батьківство позначає подружню пару, яка вирішила дати початок новому життю, та саму дитину.

Батьківство як багатогранний феномен можна розглядати на двох рівнях, які одночасно є етапами його формування. Перший етап — це дошлюбний період, час до того, як чоловік чи жінка стане батьком або матір'ю. Тут існує лише його образно сконструйований зміст, який може містити образи емоцій, пов'язані з вихованням дітей, окремі й загальні когнітивні схеми: планування укладу життя в умовах батьківства, планування виховання та інше, а також образи окремих поведінкових актів і всієї поведінки в цілому. На цьому етапі, ще до початку сімейного життя, до народження дитини, закладається сама можливість стати батьком / матір'ю. З народженням дитини починається наступний етап формування батьківства, етап здійснюваного батьківства, який триває протягом всього життя людини. На думку Е. Еріксона, факт народження дитини знаменує критичний період у розвитку особистості дорослого та його соціалізації. Формування батьківської позиції означає остаточне приєднання до дорослого покоління.

Разом з тим, і попередній його етап — існування батьківства лише на «теоретичному» рівні, в його ментальній репрезентації — важливий для становлення майбутнього батька / матері, оскільки фантазії, мрії, образи-уявлення, що є потужними факторами мотивації, можуть зумовити його майбутнє «обличчя». Цей етап можна умовно розділити на два великі періоди.

Перший починається від самого народження і триває до початку пубертату. Другий припадає на пізній підлітковий вік і продовжується в юності. Ці періоди розрізняються за «вагою» у їх формуванні двох основних факторів. Перший з них — фактор сім'ї та позасімейного оточення. Якщо в перший період дитина переважно взаємодіє з батьками та іншими членами сім'ї, то в другому вона відчуває значний вплив дуже широкого кола агентів соціалізації. Другий фактор мож-

на визначити як фактор статевого дозрівання. Саме на фоні статевого дозрівання відбувається становлення особистості дитини і формування її гендерної ідентичності.

Фактори, що зумовлюють формування батьківства, можна розділити на зовнішні та внутрішні, вони співвідносяться з наведеними вище рівнями. До зовнішніх відносяться фактори макросистеми, мезосистеми та мікросистеми, до внутрішніх — фактори індивідуального рівня людини.

На індивідуальному рівні батьківство формується під впливом особистісних та індивідуально-типологічних особливостей людини, її досвіду. Ідеал батька і матері — це складова ідеалу чоловіка й жінки і одночасно загальний ідеал батьківства.

Уявлення про батьківство — це наочний образ батьківства, який виникає на основі наявного у людини досвіду (насамперед із батьківської сім'ї) шляхом його відтворення в уяві. Уявний образ — менш яскравий і деталізований, ніж сприйняття його в реальній ситуації, але, разом з тим, в той же час він більш узагальнений і схематизований. За своєю суттю уявлення про батьківство — це фантазія, оскільки самого батьківства ще немає, є лише його образно сконструйований зміст. Цей зміст передбачає образи емоцій, пов'язаних з вихованням дітей, окремі і загальні когнітивні схеми: планування укладу життя в умовах сім'ї та батьківства, планування виховання, а також образи окремих вчинків і поведінки в цілому.

У юнацьких мріях формується образ бажаного батьківства. У деяких молодих людей цей образ виникає як контраст до спогадів про своє «важке» дитинство. У інших навпаки — на основі позитивного прикладу своїх батьків. Вони пам'ятають багато приємних моментів зі свого дитинства і оцінюють його як найщасливіший період у своєму житті, а тому хочуть для своїх дітей такого самого дитинства. Ще в інших цей образ виникає під впливом соціокультурних зразків. У будь-якому разі мрії впливають на цілісне уявлення про батьківство і є потужним фактором мотивації.

Ідеал батьків — це ідеал батька й ідеал матері разом або кожного окремо.

Мами проводять з дітьми більше часу, ніж батьки, і більше займаються вихованням дитини, тому в суспільстві побутує стереотип, що мати — основна фігура, яка впливає на дитину. Звідси складається уявлення про ідеальну матір: турботливу, люблячу, відповідальну,

вона приділяє дитині багато часу, співпрацює з нею, альтруїстична, невладна і неагресивна.

Ідеал батька може бути дуже суперечливим і передбачати полярні якості. Частина уявлень пов'язана з традиційно інструментальною роллю батька-чоловіка, частина — з серйозними змінами соціальних стереотипів.

У цілому в суспільстві побутують такі уявлення про ідеального батька: успішний, забезпечує матеріальне благополуччя сім'ї, владний, суворий, незалежний, стримано виражає свої емоції, авторитет для дитини.

Нині дуже поширений стереотип про те, що сучасні батьки — надто далекі від ідеалу. Їм дорікають у слабкості й некомпетентності.

Дослідження виявили такі уявлення про ідеальних батьків.

Ідеальний батько/мати — упевнені в собі, хороші організатори, не відзначаються вразливістю, не мають нав'язливих страхів, налаштовані на співпрацю з дітьми і вміють встановлювати з ними партнерські відносини, орієнтовані більше на дітей, ніж на себе, в міру залежні від дітей, завжди вміють відкрито висловити свої почуття, неагресивні у ставленні до дітей, гнучкі у розв'язанні проблем і конфліктних ситуацій, прагнуть допомагати дітям і стати другом, заслужити увагу і любов, дорожать своїми відносинами з дітьми, добрі, лагідні, проявляють співчуття, ласку, вміють підбадьорити і заспокоїти дітей, здатні жертвувати собою заради дітей.

У цілому усереднений образ ідеального батька / матері можна охарактеризувати як відносно гармонійний, за винятком того, що він некритичний до дітей, зайве довірливий, нереалістичний у судженнях і вчинках стосовно дітей.

Ідеальний батько/мати поєднує в собі як неконформні тенденції — незалежність думок, активність, так і полярні властивості — конформні тенденції: залежність і пасивність.

Якщо подивитися на ідеали батька й матері, то вони обидва наділені позитивними рисами, які можна об'єднати в одній людині залежно від ситуації. Так, ідеали батька й матері стають схожими, тобто простежується тенденція до суміщення ідеалів батьків.

Більшість дослідників вважають, що дитині для успішної соціалізації необхідні обоє батьків за домінуючої ролі матері. Любов матері безумовна: мама любить дитину такою, якою вона є. Любов батька — більш умовна і вимоглива, він пишається реальними достоїнствами

й успіхами дитини. Дитина потребує обидві сторони батьківської любові, їй важливо бути об'єктивно оціненою за реальні життєві досягнення, і не менш важливо, щоб її безумовно приймали.

Нині відбувається переорієнтація життєвих ролей чоловіка та жінки, змінюються соціокультурні стереотипи маскуліності й фемінінності, що спричинено зміною культурної парадигми в сучасних умовах. Сучасна ситуація щодо батьківства висвітлює переплетення традиційних рис жіночності й мужності. Слабшає колишня поляризація статевих ролей і пов'язаних з ними соціокультурних стереотипів. Соціальні ролі чоловіка й жінки не здаються полярними і взаємовиключними.

Унаслідок цього, у батьків з'являється ширший спектр можливостей для прояву батьківської любові. Оскільки любов батька — це величезна сила у розвитку та вихованні дитини, поступово формується новий тип прояву батьківської любові: батько психологічно й емоційно бере участь у пологах, вагітності, годуванні, догляді за дитиною та її вихованні. Під час вагітності батько може транслювати дитині свою любов не тільки через матір, а й безпосередньо спілкуючись з дитиною, оскільки вона в зародковому стані здатна сприймати звуки, особливо низькі частоти. З моменту народження дитина відчуває гостру потребу в турботі з боку батьків: годування, тілесний контакт. Окрім цього, малюк відчуває потребу в емоційному контакті й спілкуванні. І задовольнити їх може не лише мати, а й батько.

Традиційний поділ батьківських і материнських функцій, як і інших статевих ролей, не є абсолютним біологічним імперативом. Сьогодні професійне зростання і досягнення важливі і для чоловіка, і для жінки. Тому однією з причин популяризації ідеї відповідального батьківства є можливість справедливого балансу й розподілу сімейного і професійного залучення дружини і чоловіка. Соціальна відпустка — для батька, який доглядає за дитиною, а мати працює, чи навпаки, залежно від інтересів сім'ї та дитини, — це сімейний вибір, який забезпечує збереження кваліфікації, особисте задоволення обох членів подружжя, покращення матеріального стану сім'ї та країни в цілому. Розуміння між батьками, підтримка, самореалізація, баланс сімейного та особистого, змістовне дозвілля, спільна участь у вихованні дітей створюють сімейне середовище, сприятливе для розвитку дитини, дотримання її прав, формування гармонійної особистості, запобігають насильству і брутальному поведженню з дітьми.

Стиль сімейного виховання визначається особистісними якостями батьків, їх уявленнями про життя і є свого роду реалізацією особистості батьків: батьки з певними особливостями реалізують певний стиль сімейного виховання. Упевнені в собі батьки, які вміють довіряти людям, здатні контролювати те, що з ними відбувається, у відносинах зі своїми дітьми проявляють теплоту, прийняття і чуйність.

Багато вітчизняних і зарубіжних дослідників, аналізуючи типи керівництва батьків дітьми, наводять вагомі аргументи проти авторитарних, надліберальних, непослідовних і ригідних батьківських позицій та аргументи за авторитетно-демократичні й гнучкі.

Відомі різні форми і моделі сім'ї, специфіка яких залежить від етапу розвитку суспільства і характеру національних (релігійних) традицій. Умовно їх можна поділити на *традиційні* й *модернізовані* (сучасні) моделі. В умовах багатоетнічного суспільства національна сім'я, з одного боку, відображає у своєму функціонуванні національні особливості сьогоденного суспільного буття, з іншого — є ніби сховищем слідів минулого. Залежно від зміни типу родини, зумовленої історичними особливостями культури і конкретного суспільства, змінюється також тип і механізм взаємодії поколінь, складових сім'ї.

Традиційна сім'я існувала протягом кількох тисяч років і донині існує в багатьох суспільствах. Перехід до модернізованого типу може відбуватися досить довго, непослідовно, тому в моделях сучасних сімей простежуються доволі значні елементи традиційності.

Для традиційної сім'ї характерні такі ознаки:

- жорстка сегрегація соціально-статевих ролей і функцій, пов'язаних із стереотипними видами діяльності; патріархальна (рідше матріархальна) ієрархія із закріпленням влади господаря над майном, діяльністю, а іноді й життям домочадців, з підлеглим становищем залежних членів сім'ї;
- складна структура сім'ї зі спільним проживанням в одному домогосподарстві подружніх пар кількох поколінь з їхніми дітьми;
- зосередження всіх життєвих функцій (виробничої, економічної, виховної, репродуктивної, побутової) у сім'ї, участь у їх виконанні всіх членів родини, залучення жінок виключно у домашньому господарстві;

- переважно не лімітований характер репродуктивної поведінки, народжуваність на рівні природної фертильності, засудження всіх заходів з обмеження дітонародження, інколи навіть з покаранням.

Модель *модернізованої сім'ї* визначається так:

- стирання кордонів між соціально-статевими ролями, варіабельність виконання сімейних функцій, в тому числі пов'язана зі структурною неповнотою або деформацією сім'ї (сім'я з одним із батьків; сім'я, що складається з прабатьків і онуків без середнього покоління);
- переважно нуклеарний тип сім'ї: одна пара батьків і їхні неповнолітні діти;
- симетрична модель сім'ї, в якій чоловік і жінка рівноправні у розпорядженні сімейними засобами, вихованні дітей, вирішенні всіх інших питань;
- професійна зайнятість усіх дорослих працездатних членів сім'ї, постійна робота жінок поза домом, мотивована не тільки необхідністю додаткового доходу, а й прагненням жінки до самореалізації, успіху, визнання;
- функціональна диференціація життєдіяльності сім'ї в суспільстві, поділ функцій між сім'єю й великою кількістю інших інститутів;
- регульований характер репродуктивної поведінки, зниження народжуваності. Планування сім'ї стає загальновизнаним типом репродуктивної поведінки, невід'ємним набутком соціально-відповідальної прокреативної етики;
- соціально-психологічна потреба в дітях трансформується в сучасних подружніх парах у потребу в одній дитині. Крім того, з'являється категорія свідомо бездітних сімей.

На відміну від традиційної сім'ї, де організація спрямована на збереження і повторення способу життя батьків у дітях, у сучасній сім'ї важливим є взаємовплив батьків і дітей. Головна риса соціалізації в сім'ї нового типу така: кожен з її членів прагне отримати можливості для самореалізації. Поява дитини в сім'ї, разом зі сприйняттям цього явища як обмеження (тимчасового або постійного) для самореалізації батьків (насамперед матері), може відкривати нові можливості для батьків, давати поштовх для розвитку сім'ї, сімейних відносин,

дозволяє батькам найбільш повно реалізувати себе в особистісному плані.

Тип сім'ї впливає на формування особистості дитини, її характеру.

Виділяють *три психологічних типи сім'ї* й можливості адаптації дітей з цих родин в суспільстві:

Традиційна сім'я — у ній виховується повага до авторитету старших; педагогічний вплив здійснюється зверху вниз. Підсумком соціалізації дитини в такій сім'ї є здатність легко вписатися в «вертикально організовану» громадську структуру. Діти з таких сімей легко засвоюють традиційні норми, але відчують труднощі у формуванні власних сімей.

Дітоцентрична сім'я — у ній головним завданням батьків вважається забезпечення благополучного майбутнього дітей. В цілому сім'я існує тільки для дитини. Вплив здійснюється, як правило, знизу вгору (від дітей до батьків). В результаті у дітей формується висока самооцінка, відчуття власної значущості, але збільшується вірогідність конфліктів із соціальним оточенням за межами сім'ї.

Подружня сім'я — в ній головною метою є взаємна довіра, прийняття та автономність її членів. Виховна дія — горизонтальна, на рівних: батьки і діти. Як правило, у дітей, вихованих у таких сім'ях, немає навичок підпорядкування соціальним вимогам. Вони погано адаптуються в середовищі, побудованому за вертикальним принципом.

В останні роки погляд на сім'ю як систему дещо змінився. Сучасна сім'я розглядається в сукупності всіх притаманних їй функцій: виробничої, репродуктивної, виховної, господарської та охоплює сфери життєдіяльності сім'ї, духовного спілкування, влади та лідерства, первинного соціального контролю, сексуальної сфери.

Батьківська сім'я — це найважливіший чинник соціалізації та розвитку особистості дитини. Вона володіє певними механізмами впливу на підростаючу особистість. Вплив сім'ї залежить від її виховного потенціалу та інших об'єктивних і суб'єктивних факторів.

Виховний потенціал сім'ї — це комплекс її психолого-педагогічних характеристик, що зумовлюють розвиток і виховання особистості дитини: виховна структура сім'ї; соціально-рольова адекватність сім'ї; культурно-освітній рівень батьків; батьківська компетентність; психологічна атмосфера сім'ї; характер дитячо-батьківських відносин; стиль сімейного виховання.

За цим трактуванням, сім'ї з високим виховним потенціалом — це такі сім'ї, в яких сім'я і батьківство є базовими життєвими цінностями; для яких характерне безумовне прийняття дитини як особистості, позитивне ставлення дитини до батька/матері та батьків як сімейного подружжя; не порушено структури сімейних зв'язків і соціально-рольової взаємодії; переважають типи соціально-бажаної поведінки дітей і батьків.

Багато дослідників вважають, що в усі часи і в усіх народів головною і єдиною специфічною функцією сім'ї була і є соціалізація дитини, а інші функції — додаткові й змінюються протягом століть.

Суспільство дає певний взірець батьківства, який започатковує формування батьківства в кожному конкретному випадку, враховуючи особливості подружжя, їх ціннісно-мотиваційну сферу й досвід, отриманий у батьківській сім'ї.

Формування соціальної зрілості у підлітків — одне з найважливіших завдань виховання. Для відповідального батьківства важлива батьківська зрілість як єдність особистісної та батьківської складових, що передбачає особистісну, соціальну та функціональну зрілість.

Під зрілістю особистості розуміють насамперед соціальну зрілість, яка виражається в тому, наскільки адекватно людина розуміє своє місце у суспільстві, яким світоглядом або філософією послуговується, які ставиться до суспільних інститутів (норми моралі, права, закони, соціальні цінності), своїх обов'язків і праці.

Соціальна зрілість передбачає зрілість громадянську, тобто усвідомлення свого обов'язку перед батьківщиною, народом, суспільством, відповідальність за свою працю; моральну — розуміння, прийняття і реалізацію норм моралі, наявність розвиненої совісті, готовність діяти відповідно до встановлених норм у стосунках з людьми, здатність любити й відчувати відповідальність у любові, у побудові сім'ї та її майбутнього; естетичну — достатньо розвинену здатність сприймати прекрасне в різних його проявах і формах — в побуті, мистецтві, природі.

Соціальна зрілість також передбачає і зумовлює психологічну зрілість. Соціально незріла особистість не може демонструвати повну психологічну зрілість, для неї більш характерні інфантильність суджень і дій, нерозуміння вимог суспільства тощо.

Для зрілої особистості характерна тенденція досягнути найвищого розвитку своїх духовних, інтелектуальних і фізичних здібностей.

Виділяють такі характеристики зрілої особистості: розвинуте почуття відповідальності, потреба в турботі про інших людей, здатність до активної участі в житті суспільства і ефективного застосування своїх знань і здібностей, до психологічної близькості з іншою людиною, до конструктивного розв'язання життєвих проблем на шляху до найбільш повної самореалізації.

Виділяють чотири базових компоненти особистісної зрілості:

- відповідальність;
- терпимість;
- саморозвиток;
- позитивне мислення (базовий інтегративний компонент).

Особистісно зріла людина вміє будувати зрілі відносини з іншими людьми. Вони можуть бути визначені як відносини прийняття та розуміння між двома особистостями, які самоактуалізуються і демонструють високий рівень внутрішньої конгруентності й автентичності. Їх також можна визначити як відносини між людьми, здатними до відповідальних вчинків і розуміння ціннісно-сміслових та світоглядних передумов і наслідків кожного вчинку, як відносини між людьми, які здатні бачити в собі та іншому цілісність і цінність людського буття.

Індикаторами показника особистісної зрілості є адекватний віку рівень зрілості емоційної, пізнавальної, поведінкової сфер; адаптивність у мікросоціальних відносинах; відповідність суб'єктивних образів об'єктам реальності та характеру реакцій — зовнішнім подразникам; здатність до саморегуляції своїх почуттів, поведінки; підтримка активності, перспективне планування життєвих цілей.

Індикаторами показника недостатньої особистісної зрілості є: наявність внутрішніх особистісних конфліктів, тривожність, невпевненість, психічна напруженість, симптоми невротичних реакцій, акцентуйовані риси, недостатня адекватність у рівні зрілості різних особистісних сфер, неповна адаптивність в мікросоціальних процесах, труднощі саморегуляції своїх станів, почуттів, поведінки та ін.

Отже, які б критерії зрілої особистості не пропонувалися, у всіх простежується думка про дієву особистість, яка ставить нові завдання і прагне досягнути різних цілей.

Виходячи з положення про те, що зріла особистість може бути вихована лише зрілою особистістю, доходимо висновку, що особистісна зрілість батьків — найважливіший чинник сімейного виховання.

У статті «Про становлення особистості» К. Г. Юнг писав про потребу в розвитку особистості самих батьків:

«Безперестанку стверджують, що з дитини треба виховати особистість. Я, звісно, схиляюся перед цим високим виховним ідеалом. Однак хто покликаний виховувати особистість?»

Насамперед це звичайнісінькі некомпетентні батьки, які дуже часто самі протягом половини або навіть усього життя залишаються багато в чому дітьми. Все, що ми бажаємо змінити в дітях, слід було б, передовсім, уважно перевірити, чи не є це тим, що краще було б змінити в нас самих. Ніхто не в змозі виховати особистість, якщо він сам не є особистістю».

Особистість — це результат вищої життєвої стійкості, абсолютного прийняття, індивідуально і максимально успішного пристосування до загальнозначущого за найбільшої свободи вибору.

Особистість батьків має величезний вплив на особистість дитини, оскільки дитина не тільки наслідує їхні прості дії, а й загальні тенденції поведінки батьків. Добре адаптовані, емоційно зрілі батьки, швидше за все, будуть реагувати на прояв дитиною своїх потреб з великою чуйністю та увагою. Сенситивне виховання сприяє розвитку у дитини емоційної стійкості, незалежності, соціальної компетентності та інтелектуальних навичок.

Згідно з результатами досліджень, особливості поведінки батьків щодо до дітей зумовлені рівнем їх розумового розвитку, установками, особистісними рисами, ціннісними орієнтаціями. Чим вище у матері рівень інтелектуальних інтересів, незалежності суджень, чим вона спокійніша й впевненіша в собі, тим ближче до матері дитина. Допитливість дитини також залежить від емоційної стабільності матері: чим вона спокійніша, тим допитливіша дитина. Найкращою гарантією міцного самовладання і адекватної поведінки дітей є вміння батьків володіти собою.

На взаємодію батьків з дітьми впливає також соціальна спрямованість батьків, їхні узагальнені уявлення про інших людей. Батьки, які віддають перевагу психологічним характеристикам, мотивам, почуттям над ставленням до людей з погляду їхнього зовнішнього виду, роду занять або положення в суспільстві), схильні використовувати особистісно-орієнтовані дисциплінарні методи. Вони звертають увагу дітей на почуття і мотиви інших людей, заохочують їх розмір-

ковувати над власною поведінкою і емоціями. Такий підхід сприяє розвитку пізнавальних навичок дитини, формуванню особистої відповідальності та автономності.

Проведені психологічні дослідження підтверджують вплив особистісної зрілості батьків на формування особистості дитини і, отже, наполягають як на необхідному на відповідному її розвитку в підлітковому і юнацькому віці.

Структура *особистісної зрілості батьків* має такі компоненти: когнітивний, емоційний та поведінковий.

Когнітивний — це уявлення про себе як активного суб'єкта життєдіяльності, що здійснює вільний вибір і несе за нього відповідальність; уявлення про дитину як рівноправного учасника сім'ї, думки, емоції, почуття якого є значущими і цінними; уявлення про виховання як про розвиток (а не виправлення недоліків), творчість і можливості для самореалізації.

Емоційний — це прийняття своїх слабкостей і недоліків, розвинене почуття любові й поваги до себе; неоцінювальне й безумовне прийняття дитини, донесення до неї проявів батьківської любові.

Поведінковий — це дії щодо себе, спрямовані на самопізнання, саморозвиток, самореалізацію; навички співпраці з дитиною (вміння говорити про свої почуття, чути, що говорить дитина, розв'язувати конфлікти з використанням компромісу і співробітництва, висловлювати невдоволення окремими діями дитини, але не дитиною в цілому, вміння виразити в дієвій формі любов і прийняття дитини.

Отже, особистісна зрілість батьків як системне утворення — це єдність особистісних і батьківських складових, спрямованих на творчу реалізацію виховання та розвитку дитини в сім'ї. До особистісних складових відносять відповідальність, активну життєву позицію, адекватне розуміння самого себе, автентичність, прагнення до самопізнання, самореалізацію, саморозвиток, сформовані ціннісні орієнтації, здатність робити вільний вибір і вміння будувати зрілі міжособистісні відносини.

Складові відповідального батьківства

Відповідальне батьківство — це, насамперед, збалансованість різних сторін виховання, високий ступінь інтимності у відносинах з

дитиною, здатність і бажання підтримувати її матеріально, але не на шкоду її освіченості, розвитку, її особистісним якостям.

Ефективним, відповідальним можна вважати батьківство, для якого характерний гармонійний стиль сімейного виховання, позитивне ставлення до батьківства та якісне виконання батьківських функцій, а також високий рівень розвитку духовності та моральності; соціального інтелекту; пізнання батьками самих себе, своїх психологічних особливостей; усвідомлення результатів своїх дій; вивчення світу дитини, поглиблене пізнання її вчинків, емоцій, думок; ефективної взаємодії з дитиною; активності у соціальних контактах.

Відповідальне батьківство — це не стан, а процес або сукупність процесів, що протікають у різних вимірах.

Ключовими вимірами відповідального батьківства є комунікативний, емоційний, нормативний, економічний, охоронний і духовний.

Комунікативний вимір — батьки регулярно спілкуються з дитиною, знають про її інтереси і захоплення.

Емоційний вимір — батьки не просто спілкуються з дитиною, а й співпереживають їй, люблять її, приймають такою, якою вона є. Вони готові вислухати дитину, обговорюють важливі для неї теми, виступають радниками або помічниками.

Нормативний вимір — це забезпечення повноцінної соціалізації дитини, засвоєння нею соціальних норм — прийнятих у суспільстві приписів і табу. Батьки виступають для дитини в ролі експертів, які мають повноцінний досвід взаємодії із соціальними інститутами.

Економічним виміром є матеріальне забезпечення дитини.

Охоронний вимір — одне з найважливіших завдань батьків — збереження і зміцнення здоров'я і життя дитини.

Духовний вимір — в умовах зміни ціннісних парадигм важливо сприяти засвоєнню дитиною базових життєвих цінностей, які є загальнолюдськими, однаково важливими для будь-якого суспільства (життя, здоров'я, сім'я, культура країни і суспільства).

На формування відповідального батьківства впливають різні фактори. Ієрархічно їх можна розмістити на таких рівнях: рівень суспільства, рівень батьківської сім'ї, рівень власної сім'ї та рівень особистості.

Формування відповідального батьківства — це результат неперервної освіти, для якого характерні певні компетенції (розвинуте

почуття відповідальності; потреба в піклуванні про інших людей; здібності до активної участі в житті суспільства і до ефективного використання своїх знань і умінь; до психологічної близькості з іншою людиною; до конструктивного розв'язання життєвих проблем на шляху самоактуалізації та самореалізації, ціннісні орієнтації, батьківські позиції, стиль виховання, комунікативні уміння).

Батьківська компетентність — це не вроджена якість особистості. Вона виникає і розвивається як похідна від досвіду, отриманого в системі взаємостосунків батьки—діти, у неперервному навчанні протягом життя, вихованні та розвиткові особистості.

Одним із завдань програм статевого виховання є таке важливе сьогодні формування у молоді відповідального усвідомленого ставлення до свого майбутнього сімейного життя, підготовка до батьківства. Для успішного виконання майбутньої функції батьківства молодь вже у підлітковому та юнацькому віці має отримувати інформацію про суть важливих складових понять: сім'я, батьківство, відповідальне батьківство, батьківська компетентність.

Основними завданнями формування навичок відповідального батьківства, на думку більшості вчених, є такі: обґрунтування цінності сім'ї та батьківства в житті людини, ознайомлення із суттю батьківства, а саме усвідомленого батьківства; формування відповідального ставлення до виконання ролей батька/ матері та батьківських функцій; формування культури поведінки й спілкування між юнаками та дівчатами; інформування про етику й психологію батьківської поведінки; ознайомлення школярів зі стилями батьківської поведінки та можливими наслідками батьківства в ранньому віці.

У роботі з формування навичок відповідального батьківства вчителі, соціальні педагоги використовують різні форми і методи навчання та виховання. Серед найпоширеніших виділяють індивідуальні (етична бесіда, консультація, інформування, листування); групові (тренінг, семінар, тести, відео-лекторії, конкурси, вікторини тощо), масові (тематичні дні, тижні, акції, вечори, конференції тощо).

Список літератури

1. *Безпалько О. В.* Характеристика батьківства / О. В. Безпалько // Соціальна педагогіка в схемах і таблицях : навч. посіб. — К. : Логос, 2003. — С. 62–63.
2. *Братусь І.* Формування навичок усвідомленого батьківства та ранній розвиток дитини : метод. матеріали / І. Братусь, А. Гулевська-Черниш, Т. Лях // Практична психологія та соціальна робота — 2002. — №5. — С. 36–49.
3. *Буніна Л. М.* Усвідомлене батьківство як соціально-педагогічне явище / Л. М. Буніна // Вісн. Луган. держ. пед. ун-ту ім. Тараса Шевченка : Пед. науки. — 2003. — №7. — С. 18–20.
4. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. В. Бусел. — Ірпінь : Перун, 2004. — 1140 с.
5. *Девярых С. Ю.* Семейные ценности и родительские ориентации юношей и девушек: анализ гендерных различий / С. Ю. Девярых. — Минск : РИВШ, 2007. — 158 с.
6. *Нагула О. Л.* Батьківська компетентність як чинник психічного розвитку дитини [Електронний ресурс] / Олена Нагула // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України : електрон. наук. фах. вид. / гол. ред. О. В. Діденко. — 2012. — Вип. 5. — Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/e-journals/vnadps/2012_5/12_nolprd.pdf. — Назва з екрану.
7. *Овчарова Р. В.* Психологическое сопровождение родительства / Р. В. Гончарова. — М. : Изд-во Института Психотерапии, 2003. — 319 с.
8. *Овчарова Р. В.* Родительство как психологический феномен : учеб. пособие / Р. В. Овчарова. — М. : Московский психолого-социальный институт, 2006. — 496 с.
9. Усвідомлене батьківство як умова повноцінного розвитку дитини : метод. матеріали / за заг. ред. Г. М. Лактіонової. — К. : Наук. світ, 2004. — 107 с.

8

ТЕМА

ОСНОВИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Питання збереження репродуктивного здоров'я населення є одним з пріоритетних для сучасного цивілізованого суспільства. Нині в Україні воно стає особливо актуальним на фоні глибокої демографічної кризи, зумовленої стійким зниженням народжуваності й високим рівнем показників материнської та дитячої смертності.

Останнім часом у всьому світі велику увагу приділяють проблемам здоров'я, здорового способу життя та відповідального батьківства.

У народженні дітей зацікавлені не тільки сім'я, а й держава і суспільство. Лише для простого відтворення населення в країні у кожній родині має бути двоє-трьох дітей. Крім того, коли переважна кількість сімей має тільки одну дитину, населення «старіє» (у його структурі збільшується питома вага літніх і старих людей). Це означає, що скорочується можливість використання розумового потенціалу молодих і кваліфікованих фахівців. Природно, що від цього страждає економіка держави і особистий добробут кожного. Тому основним завданням держави є створення соціально-економічних умов, сприятливих для народження бажаних і здорових дітей. Ці умови передбачають:

- систему заходів і законодавчих актів з підтримки молодого сім'ї, особливо у разі народження дитини;
- охорону здоров'я вагітної жінки як у медичному, так і в соціальному плані, а також створення умов для безпечного материнства;
- створення умов, що дозволяють громадянам реалізовувати свої репродуктивні права: організацію медичних служб, таких як центри планування сім'ї та репродукції людини, молодіжні центри, медико-генетичні консультації, клініки лікування безпліддя тощо;
- забезпечення населення доступною та достовірною інформацією в галузі охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, а також доступ до сучасних засобів контрацепції.

Збереження та зміцнення здоров'я підлітків — це найважливіше на сьогодні завдання, оскільки лише здорові люди можуть мати здорових дітей. Репродуктивне здоров'я дівчат у підлітковому віці багато в чому визначає їхнє здоров'я у майбутньому.

Планування сім'ї — поняття, яке активно входить в сучасне життя. Багато років планування сім'ї помилково розуміли як обмеження народжуваності. Але насправді це забезпечення здоров'я жінки для народження бажаних і здорових дітей. Іншими словами, планування сім'ї — це діти за бажанням, а не з нагоди. Право на планування сім'ї, на вільне і відповідальне батьківство є міжнародно визнаним правом кожної людини. Планування сім'ї допомагає людям свідомо визначити кількість дітей у сім'ї й час їх народження, планувати своє життя, уникати непотрібних тривог і хвилювань.

Планування сім'ї потрібно для: народження бажаних здорових дітей; збереження здоров'я жінки; досягнення гармонії в психосексуальних стосунках у сім'ї; здійснення життєвих планів.

Планування сім'ї дозволяє людям мати бажане число дітей і визначити інтервали часу між їх народженням. Це досягається завдяки використанню методів контрацепції та лікування безпліддя.

Переваги планування сім'ї

Запобігання ризику для здоров'я жінок, пов'язаного з вагітністю. Те, що жінка може вибрати, вагітніти їй чи ні, а також коли їй вагітніти, має прямий вплив на її здоров'я і благополуччя. Планування сім'ї дозволяє робити інтервали між вагітностями і відстрочувати вагітність у молодих жінок, які піддаються підвищеному ризику виникнення проблем зі здоров'ям і смерті в результаті ранньої вагітності. Завдяки плануванню сім'ї можна запобігати вагітності серед жінок більш старшого віку, яким також погрожують підвищені ризики. Планування сім'ї дає жінкам змогу обмежити розмір їхньої сім'ї, якщо вони цього хочуть.

Зниження дитячої смертності

Планування сім'ї дозволяє запобігати частим або невчасним вагітностям і пологам, які мають відношення до найвищих показників дитячої смертності у світі. Діти, матері яких померли під час пологів, також мають підвищений ризик поганого стану здоров'я і смерті.

Сприяння запобіганню ВІЛ/СНІД

Планування сім'ї знижує ризик настання небажаної вагітності у жінок з ВІЛ, що призводить до народження меншого числа інфіко-

ваних дітей. Крім того, чоловічі та жіночі презервативи забезпечують подвійний захист — від незапланованої вагітності і від ІПСШ, в тому числі й ВІЛ.

Зменшення рівня вагітностей серед дівчат-підлітків

У вагітних дівчат підліткового віку з найбільшою ймовірністю народжуються недоношені діти чи діти з малою масою тіла. Серед дітей, народжених дівчатами-підлітками, відзначаються вищі показники смертності новонароджених. Через вагітність багато дівчат-підлітків змушені припиняти відвідування школи, що має довгострокові наслідки для них самих, їх сімей та спільнот.

Уповільнення зростання чисельності населення

Планування сім'ї є основою для уповільнення незбалансованого зростання чисельності населення і зменшення пов'язаних з ним негативних наслідків для економіки, навколишнього середовища.

Результати опитувань засвідчують, що більшість підлітків цікавляться питаннями створення майбутньої власної сім'ї. Наприклад, дівчата хочуть знати, коли треба народжувати дитину, як хлопці ставляться до майбутнього батьківства.

Бажано, щоб народження кожної дитини у сім'ї було запланованим, а батьки готувалися до цієї важливої події. У нашій країні існує система медико-психологічних, інформаційних і соціальних заходів, спрямованих на профілактику незапланованої вагітності; інфекцій, що передаються статевим шляхом, в тому числі ВІЛ, кінцевою метою яких є збереження репродуктивного і сексуального здоров'я населення. Система цих заходів і називається планування сім'ї.

В Україні служба охорони репродуктивного здоров'я підпорядковується Міністерству охорони здоров'я України.

Охорона репродуктивного здоров'я — це сукупність профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів, спрямованих на розв'язання питань, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям. Ці заходи спрямовані на підтримку та сприяють добробуту родини або окремої людини, а саме: запобігання раннього початку статевого життя; профілактика незапланованої вагітності; надання інформації про планування родини й часу народження дітей; профілакти-

ка ІПСШ, в тому числі ВІЛ; профілактика алкоголізму, наркоманії, куріння.

Тобто цілі служб охорони репродуктивного здоров'я збігаються з цілями роботи служби планування сім'ї — це забезпечення народження здорової і бажаної дитини та збереження здоров'я жінок і чоловіків.

В Україні існує мережа центрів і кабінетів планування сім'ї. У кожній області працює центр планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, а в сільській місцевості — фельдшерсько-акушерські пункти. У жіночих консультаціях є кабінети планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, куди може звернутися як жінка, так і чоловік. Чоловіки (в тому числі й підлітки) можуть звертатися за консультацією до уролога чи сексопатолога (андролога).

Наприкінці 2006 року в Україні прийняли Національну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. Вона продовжує ініціативи, розпочаті в рамках попередньої програми, а також зосереджується на ліквідації високих показників щодо абортів та ІПСШ, в тому числі ВІЛ. Такі програми — особливо важливі для України, враховуючи той факт, що велика кількість людей в країні має незадоволені потреби з планування сім'ї.

Планування сім'ї розглядається не лише як основне право людини, а також як важлива складова здоров'я матері та дитини. За декілька років через використання методів контрацепції для планування сім'ї ризику значно знизилися, і зараз визнається, що вони позитивно впливають на здоров'я.

Обмежуючи вік для народження дітей, коли стан здоров'я жінки вважається найкращим (20–40 років), планування сім'ї може допомогти зменшити ризик анемії, безпліддя та смертності від ускладнень після пологів. Інтервал між народженням дітей також дає значні переваги як для жінки, так і для дитини. Якщо дотримуватися дворічного інтервалу між вагітностями, відсоток народження життєздатних немовлят підвищується до 50%.

Інтервал між пологами гарантує, що мати має достатньо можливостей для належного догляду за своїм немовлям. Дворічний інтервал дає організму можливість відновитися від нестачі вітамінів, втрати крові та пошкодження репродуктивної системи після попередніх пологів, також дає змогу матері адекватно годувати груддю свою другу дитину. У той час, коли з 1990 р. материнська смертність у сві-

ті значно зменшилася, в Україні її рівень все ще залишається високим порівняно з країнами Центральної та Східної Європи. Працюючи над зниженням незапланованих вагітностей, Україна тим самим зменшуватиме рівень материнської та дитячої смертності.

Контрацепція

Контрацепція є важливою складовою програми планування сім'ї. Хоча кожен метод запобігання незапланованій вагітності має свої плюси та мінуси, їх застосування, безумовно, має переваги перед штучним абортom.

Оснoву вибору методу контрацепції складає принцип індивідуального підходу. У різні періоди репродуктивного життя жінки необхідно підібрати оптимальний метод контрацепції з урахуванням багатьох факторів, серед яких слід виділити такі: ефективність методу, його прийнятність, особливості соматичного та гінекологічного статусу, репродуктивний анамнез, вік, сімейний статус, національні та релігійні особливості, темперамент, ставлення партнерів до різних методів контрацепції.

Досліджено, що українські жінки вдвічі рідше використовують методи контрацепції, ніж жінки з країн Європейського Союзу. Загалом населення України мало знає про сучасні методи контрацепції, до того ж побутує досить багато міфів стосовно їх використання. Світовий досвід стверджує, що використання сучасних контрацептивних методів для запобігання незапланованій вагітності веде до зниження частоти абортів, що дозволяє зменшити материнську смертність на 25–50%.

Кожна людина, яка вже розпочала статеве життя або готується до цього, повинна володіти знаннями про сучасні контрацептивні методи.

Визначимо основні поняття: контрацептиви — це засоби, які по-різному запобігають заплідненню яйцеклітини, контрацепція — це методи запобігання вагітності. Ці методи ще називають «методами планування сім'ї».

Існує багато методів контрацепції, але переважно їх обов'язково має рекомендувати лікар, а використанню деяких — треба навчати.

Методи контрацепції: сучасні методи — комбіновані оральні контрацептиви (КОК); пігулки, що містять тільки прогестаген; імплан-

тати; ін'єкції прогестагена; щомісячні ін'єкції, або комбіновані ін'єкційні контрацептиви (КІК); внутрішньоматковий контрацептив, що містить мідь (ВМК); внутрішньоматковий контрацептив (ВМК): левоноргестрел; жіночі презервативи; чоловічі презервативи; жіноча стерилізація; чоловіча стерилізація; метод лактаційної аменореї (МЛА), невідкладна контрацепція; традиційні методи — перерваний статевий акт; методи визначення періодів овуляції (природне планування сім'ї або періодичне утримання).

Оральні контрацептиви. Контрацептив випускається у вигляді пігулок, діюча речовина яких перешкоджає виходу яйцеклітини з яєчника. Залежно від виду гормонів, що входять до їх складу, існують два види пігулок — комбіновані оральні контрацептиви (КОК) та прогестагенові оральні контрацептиви. Пігулки може призначити лише лікар. До складу КОК входять два гормони — естроген і прогестаген, які ідентичні природним гормонам жінки. Прогестагенові пігулки не містять естроген, тому не викликають змін у звертанні крові й можуть застосовуватися жінками, які годують груддю. У разі правильного використання оральної контрацепції ефективність становить 99,7 %.

Сорок років науково-медичних досліджень щодо побічних ефектів використання гормональних контрацептивів довели, що пігулки безпечні: вони не порушують гормональний баланс жінки, знижують ризик раку матки та яєчників, не призводять до збільшення маси тіла. Після 10 років використання ризик захворіти на ці види раку зменшується на 80 %.

Ін'єкції — це уколи, що приймаються кожні три місяці; препарат містить гормони, які повільно вивільняючись, запобігають овуляції. Цей метод використовується в Україні. Доведено, що, як і в разі використання оральних контрацептивів, гормони препарату безпечні для жінки і точно відображають її природний гормональний фон. Використання цього методу потребує відвідування лікаря, адже ін'єкція завжди має виконувати медпрацівник. Ефективність методу — 99,95 %.

Внутрішньоматковий контрацептив (ВМК) — це невеличкий пластиковий пристрій з мідними рукавами або дротом, імплантацію якого у матку може здійснити лише спеціально підготовлений медпрацівник. Мідний компонент контрацептиву уповільнює сперматозоїди і перешкоджає виникненню вагітності. Цей метод — найкращий для жінок, які хочуть почекати декілька років між вагітностями

або вже не планують мати більше дітей. Люди часто вважають, що ВМК призначені лише для старших жінок, які вже мають дітей, але молодші жінки також можуть користуватися ним, якщо у них немає ризику захворювання на ІПСШ.

ВМК встановлюється терміном до 5 і навіть 10 (для деяких видів ВМК) років. Ефективність методу — 99,4–99,8 %. ВМК не слід використовувати жінкам, у яких багато сексуальних партнерів, оскільки у них високий ризик захворювання на ІПСШ.

Вагінальне кільце — це гнучке й еластичне кільце, яке після введення у піхву, поступово, малими дозами виділяє жіночі гормони — естроген і прогестаген. Розміщене глибоко у піхві, кільце діє 21 день циклу. Після 21-го дня кільце виймається й жінка має сім днів «без кільця». Коли цей семиденний період закінчується, вводиться нове кільце. Кільце має високу ефективність — 99,7 %. Воно дуже просте у використанні й підходить жінкам, які забувають щодня приймати пігулки.

Гормональний пластир — це невеликий пластир, що прикріплюється до шкіри і виділяє природні жіночі гормони — естроген та прогестаген. Ці гормони перешкоджають дозріванню і заплідненню яйцеклітини. Перший пластир застосовується у перший день менструації, далі — щотижня протягом трьох тижнів. Наприкінці тритижневого періоду у жінки буде один тиждень «без пластиру». Хоча пластер змінюється лише один раз на тиждень, перевіряти його слід щоденно, щоб переконатися, що він правильно прикріплений. Якщо пластир відклеюється, жінці слід звернутися до лікаря і користуватися додатковим методом контрацепції. Ефективність методу сягає 99,7 %.

Презервативи — єдиний метод контрацепції, який може захистити від ІПСШ/ВІЛ, тому дуже важливо правильно їх використовувати. Вони зупиняють сперму на шляху до жіночих статевих шляхів і діють як бар'єр. Презерватив — це тонкий чохол з латексу, іноді вкритий сперміцидами для додаткового захисту від вагітності. Один з недорогих засобів контрацепції, яким можуть користуватися майже всі. Презервативи можуть використовуватися разом з іншими методами для подвійного захисту. Вони майже не мають побічного ефекту. Дуже рідко у людини може бути алергія на латекс, і доведеться обирати інший метод.

Наприклад, використання презервативів разом з оральними контрацептивами забезпечує подвійний захист: від вагітності та

ІПСШ/ВІЛ. Якщо правильно використовувати презервативи, вони ефективні на 98 %, але також існує 3–5 % ризику: він може вислизнути і порватися. У кожному статевому акті слід використовувати новий презерватив і не застосовувати вазелін або змазки на масляній основі.

Сперміциди — це хімічні речовини, під дією яких порушується здатність сперматозоїдів рухатися і запліднювати яйцеклітину. Вони виготовляються у формі піни, желе, крему, супозиторіїв або таблеток, що вводяться у піхву. Сперміциди необхідно використовувати безпосередньо перед статевим актом, а деякі — за 15 хвилин до його початку. Важливо чітко дотримуватися інструкцій з використання, оскільки від цього залежить ефективність методу. Порівняно з іншими методами, сперміциди ефективні лише на 82 %. Раніше вважали, що сперміциди можуть захистити від деяких видів ІПСШ, але сучасні дослідження спростували це.

Природні методи планування сім'ї базуються на спостереженні за природним циклом жінки. До них входить метод цервікального (шийка матки) слизу, температурний метод, симптотермальний метод та метод лактаційної аменореї. Три перших методи базуються на спостереженні за фізичними ознаками, які вказують на овуляцію. Жінка визначає дні, коли вона може або не може завагітніти, спостерігаючи за секрецією слизу, вимірюючи температуру в прямій кишці щоранку в один і той самий час перед тим, як встати з ліжка. Вона також спостерігає за такими симптомами, як біль в молочних залозах і часті зміни настрою. Користуючись цими методами, жінка має періодично утримуватися від статевих стосунків, виходячи з визначеного фертильного (найбільш сприятливого для зачаття) періоду жінки.

Метод лактаційної аменореї (МЛА) базується на природній післяпологовій неможливості завагітніти, коли жінка вигодує маля груддю. Цей метод може бути використаний матерями, які годують лише груддю перші шість місяців після народження дитини. У цей час грудне вигодовування зупиняє вироблення гормонів, необхідних для овуляції. Дуже важливо, щоб протягом цього шестимісячного періоду матір годувала дитину виключно грудним молоком, не даючи дитині іншого прикорму і навіть води. Також важливим для ефективності методу є дотримання інтервалу між годуванням — приблизно 6–10 разів на день з інтервалом не більше шести годин (в тому числі

й годування вночі). Тільки-но у жінки знову почалася менструація, метод втрачає ефективність.

Ефективність природних методів становить близько 75% через неправильне користування. Ці методи потребують дуже хорошої комунікації й активної участі обох партнерів, також потрібно, щоб у жінки не було порушень менструального циклу.

Невідкладна контрацепція. Використовується відразу після незахищеного статевого акту протягом 72 годин. Цей метод використовують лише у критичних ситуаціях, коли жінка ризикує завагітніти. Це ситуації, коли інший метод контрацепції не використовувався, підвів (наприклад, презерватив розірвався або вислизнув), або у випадку згвалтування. Дія невідкладної контрацепції заснована на тому, що вона зупиняє вихід яйцеклітини або перешкоджає вже заплідненій яйцеклітині прикріпитися до стінки матки. Як невідкладна контрацепція часто використовується комбінована контрацептивна пігулка, яка містить набагато більшу дозу гормонів, ніж для прийому у разі звичайної контрацепції. Якщо жінка планує вживати комбіновану оральну контрацепцію як невідкладну, перед прийняттям їй необхідно проконсультуватися з лікарем щодо правильної дози. Мідну ВМС також можна використати як невідкладну контрацепцію. Ефективність цього методу висока — 99,8%, але невідкладна контрацепція, як правило, містить велику дозу гормонів, до не варто часто вдаватися, при цьому жінці треба бути готовою до можливих побічних ефектів.

Добровільна жіноча або чоловіча стерилізація — метод хірургічної стерилізації. Цей метод планування сім'ї — незворотної дії. Процедура підходить лише тим жінкам і чоловікам, які твердо переконані, що не хочуть мати більше дітей.

Жіноча стерилізація передбачає проведення хірургічної процедури, суть якої полягає у блокуванні фаллопієвих труб з метою перешкодити попаданню яйцеклітини в матку. Процедура досить проста і, як правило, не потребує перебування у лікарні. Але, попри її простоту, завжди є потенційний ризик, який може бути викликаний цією операцією.

Чоловіча стерилізація — це процедура, під час якої сім'явиносна протока розрізається і блокується для того, щоб перешкодити потраплянню сперматозоїдів у сім'яну рідину. Процедура проводиться під місцевим наркозом, чоловік може піти додому вже через кілька годин. Вазектомія — високоефективний метод контрацепції, але не

одразу. Тому протягом перших трьох місяців необхідно додатково користуватися іншим методом.

Міфи про контрацепцію

Існує досить багато міфів стосовно певних методів контрацепції. Найбільш поширені такі:

Перерваний статевий акт — ефективний захист від незапланованої вагітності.

Цей метод не є сучасним методом контрацепції. Перед сім'я-випиттям зі статевого члена чоловіка може виділятися рідина, яка містить сперматозоїди. А також чоловік може просто не встигнути вийняти статевий член з піхви. Цей метод не захищає від ІПСШ / ВІЛ.

ВМК можуть викликати запальні захворювання органів малого тазу.

ВМК не спричиняють запальні захворювання органів малого тазу. Частіше за все причинами запальних захворювань органів малого тазу є гонорея і хламідіоз (це інфекцій, що передаються статевим шляхом — ІПСШ). Утім, введення ВМК у період, коли жінка хворіє на гонорею чи хламідіоз, може призводити до таких захворювань, однак це відбувається рідко. Дослідження свідчать, що зазвичай запальні захворювання органів малого тазу виникають протягом двадцяти днів після введення ВМК. На 666 випадків введення ВМК припадає 1 випадок розвитку запальних захворювань органів малого тазу (тобто менше 2 випадків на 1 тисячу жінок). Виникнення запальних захворювань органів малого тазу через 20 днів після введення ВМК не пов'язане з ВМК у порожнині матки.

Слід знати, що незахищений секс, багато статевих партнерів (більше одного!) значно підвищують ризик виникнення запальних захворювань органів малого тазу. А якщо жінка поставила ВМК, цей ризик для неї суттєво підвищується.

Гормональні контрацептиви — дуже небезпечні для здоров'я жінки.

Гормони в складі контрацептиву аналогічні природним гормонам організму жінки. Більшість гормональних контрацептивів містять естроген і прогестаген — гормони, які природно виробляються в організмі жінки під час менструального циклу. Контрацептив запобігає вагітності за рахунок двох механізмів, основним з яких є при-

гнічення овуляції. Дозріла яйцеклітина з яєчника просувається по маткових трубах, де і відбувається запліднення. Прийом гормональних контрацептивів запобігає вивільненню яйцеклітини з яєчника, і запліднення не відбувається. Інший механізм полягає в тому, що прийом гормональних контрацептивів викликає зміну щільності секрету в каналі шийки матки, що ускладнює проникнення сперматозоїдів. Це ніби додатковий механізм захисту від незапланованої вагітності у разі, якщо овуляція все-таки відбудеться (наприклад, не випита вчасно таблетка).

Список літератури:

1. *Адамова Г. М.* Сучасні аспекти планування сім'ї : навч. посібник / Г. М. Адамова, О. А. Бондаренко, Н. Г. Гойда та ін. — К., 2012. — 320 с.
2. *Вереніч В.* Посібник для тренерів з проведення просвітницьких занять з населенням з питань репродуктивного здоров'я і планування сім'ї / В. Вереніч, О. Голоцван, Н. Карбовська, Т. Литвинова. — К., 2012. — 133 с.
3. *Вовк І. Б.* Контрацепція для сексуально активних осіб віком до 18 років [Електронний ресурс] / І. Б. Вовк. — Режим доступу: http://health-ua.com/pics/pdf/P_19_1/77.pdf. — Назва з екрану.
4. *Голоцван О. А.* Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу : метод. рекомендації / О. А. Голоцван, С. І. Осташко, О. М. Мешкова та ін. ; ЮНІСЕФ. — К., 2008. — 180 с.
5. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / за ред. проф. Н. Г. Гойди. — К.; Вид-во Раєвського, 2004. — 128 с.
6. Клінічний протокол планування сім'ї. — К., 2006. — 96 с.
7. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Всемирная организация здравоохранения. — 3-е изд. — 2004, 169 с.
8. Планирование семьи // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). — № 351. — Май, 2013.

9

ТЕМА

ФОРМИ І МЕТОДИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМ СТАТЕВОГО ВИХОВАННЯ

Мета статевого виховання — це не лише інформування підлітків про певні аспекти статевого питання, а й формування у них соціальної зрілості через інтерактивне навчання. Форма проведення занять зі статевого виховання може бути різною. Підлітки, які перебувають на початкових стадіях психосоціального розвитку, надають перевагу пасивним методам отримання інформації — бесіди та лекції. Старшим підліткам, як правило, подобається інтерактивне навчання (рольові ігри, мозковий штурм, дискусії) та консультування.

Тренінг — це така форма організації навчання, яка використовує інтерактивні методи і дає учасникам змогу під час спілкування в комфортній емоційній атмосфері обмінюватися досвідом і знаннями з метою отримання нових знань і засвоєння навичок.

Тренінг має свої особливості: наявність постійної групи учасників; дотримання певних принципів групової роботи; просторова організація навчання; використання активних та інтерактивних методів роботи; застосування особистого досвіду і знань учасників.

Існують різні види тренінгів: комунікативні, тренінги особистісного зростання, соціально-психологічні, соціально-просвітницькі тощо.

Соціально-психологічний тренінг — це запланований процес навчання, спрямований на розвиток знань, соціальних установок, навичок і досвіду в галузі міжособистісного спілкування; засіб розвитку компетентності у спілкуванні, засіб психологічного впливу.

Тренінг як запланований процес має шість складових (компонентів): *мета, учасники, зміст, рамкові умови, методи навчання, ведучий* (тренер).

Для проведення тренінгу ведучий (тренер) повинен чітко уявляти мету тренінгу, знати цільову групу (учасників, їх особливості, мотивацію тощо); розуміти, якими методами навчання можна розкрити зміст і досягти мети, в яких рамкових умовах проводиться тренінг і, звісно, знати свої особливості й працювати над вдосконаленням навичок проведення тренінгу. Рамкові умови — це кількість учасників тренінгу, час і тривалість тренінгу, місце для проведення (приміщення), ресурсне забезпечення тощо.

У тренінгу використовують *активні* та *інтерактивні методи* навчання: презентація, індивідуальна робота, робота в парах, робота в малих групах, рольова гра, обговорення, «мозковий штурм», анкетування, ігри-руханки тощо.

Інтерактивний (inter — взаємний, act — діяти) — той, який взаємодіє, перебуває в режимі бесіди, діалогу з кимось / чимось. На відміну від активних, інтерактивні методи навчання орієнтовані на найбільш широку взаємодію учасників групи не лише з тренером, а й один з одним, і на домінування активності учасників у процесі навчання.

Мозковий штурм

Метод мозкового штурму (з *англ.* brainstorming) — це оперативний метод розв’язання проблеми на основі стимулювання творчої активності, за якого учасникам обговорення пропонують висловлювати якомога більше варіантів розв’язання, у тому числі й найбільш фантастичних. Потім із загальної кількості висловлених ідей відбирають найбільш вдалі, які можуть бути використані на практиці.

Мозковий штурм використовується, коли потрібно: розкрити зміст певного поняття; знайти шляхи розв’язання проблеми; з’ясувати, що учасники знають і як ставляться до певного питання, проблеми, явища тощо.

Етапи мозкового штурму:

- постановка проблеми — попередній етап;
- генерація ідей — основний етап, від якого багато в чому залежить успіх всього мозкового штурму; головне на цьому етапі — кількість ідей, жодних обмежень, повна заборона на критику і будь-яку (навіть позитивну) оцінку висловлюваних ідей, оскільки оцінка відволікає від основного завдання і збиває творчий настрій;
- групування, відбір і оцінка ідей — дає змогу виділити найбільш цінні ідеї і дати остаточний результат мозкового штурму. На цьому етапі оцінка бажана.

Правила мозкового штурму: кожен може вільно висловлювати пропозиції; учасники висловлюються по черзі, точно і стисло; будь-які пропозиції приймаються і схвалюються учасниками; тренер записує всі пропозиції; не можна критикувати і коментувати пропозиції; можна розвивати попередні ідеї.

Робота в малих групах

Робота в малих групах дає всім учасникам змогу діяти, практикувати навички співробітництва, міжособистісного спілкування (зокрема володіння прийомами активного слухання, вироблення загального рішення, розв'язання суперечностей). Роботу в групах варто використовувати, коли потрібно розв'язати проблему, з якою важко впоратися індивідуально; коли у вас є інформація, досвід, ресурси для взаємного обміну; коли одним з очікуваних результатів навчання є придбання навичок роботи в команді.

Варто починати з малих груп із двох-трьох учасників. Із засвоєнням правил роботи можна збільшувати склад груп до 5–7 осіб, розширюючи діапазон можливостей, досвіду і навичок її учасників. Проте разом з цим підвищується і ймовірність неконструктивної поведінки, дезорганізації, конфлікту. Чим більша група, тим більше вміння потрібно від учасників, щоб дати кожному змогу висловитися. Чим менше часу відпущено на роботу в групі, тим меншим має бути розмір групи. Разом з тим, чим більше утворено груп, тим більше часу буде потрібно на презентацію результатів групової роботи.

Рекомендується об'єднувати в одній групі учасників з різним рівнем підготовки. У різнорідних (статеві, етнічно, культурно) групах стимулюється творче мислення й інтенсивний обмін ідеями, проблему можна розглянути з різних сторін.

Корисно зберігати склад групи стабільним протягом тривалого часу, щоб учасники могли вдосконалюватися у груповій роботі. Разом з тим, зміна складу групи дає змогу учасникам попрацювати з різними людьми, краще пізнати їх.

Рольові ігри

Рольові ігри, разом з творчими завданнями і роботою в малих групах, — це основний прийом на інтерактивних заняттях. У рольовій грі учасникам пропонується «зіграти» іншу людину або «розіграти» певну проблемну ситуацію. Для позначення методик цього типу також використовуються близькі назви (імітації, ділові ігри, моделювання). Ці методики сприяють розвитку навичок критичного мислення, комунікативних навичок, навичок розв'язання проблем, відпрацюванню різних варіантів поведінки у проблемних ситуаціях.

За змістом рольові ігри в тренінгу можуть бути спонтанними, тематично-центрованими, конфлікт-центрованими, особистісно-центрованими, такими, що розвивають упевненість у собі.

Рольова гра проводиться для того, щоб: визначити ставлення учасників до зазначених тем; учасники напрацювали досвід розв'язання певних проблем; сформувані в учасників усвідомлену позицію з обговорюваних ситуацій та питань; виробити навички відповідальної поведінки.

Для проведення рольової гри тренеру необхідно:

- організувати чіткий розподіл ролей між учасниками, щоб кожному учаснику дісталася роль (це може зробити тренер, або учасники визначаються самостійно);
- стежити, щоб учасники вибирали ролі добровільно;
- попередити учасників, що не обов'язково грати роль під власним ім'ям;
- стежити, щоб після виконання учасниками поставлених завдань група підтримувала їх оплесками;
- після закінчення гри обов'язково провести з учасниками «вихід з ролей» (наголосити, що гру закінчено і всі знову стають тими, ким є в реальному житті);
- якщо учасник грає негативну роль, то після «виходу з ролі» слід його доброзичливо підтримати: запропонувати групі подякувати, назвати учасника його справжнім ім'ям, зробити комплімент і обов'язково поаплодувати.

Групове обговорення

Групове обговорення — це метод, який передбачає активний обмін думками, враженнями, знаннями та досвідом між усіма учасниками тренінгу. Обговорення проводиться для того, щоб: узагальнити і підвести підсумки зробленого; учасники усвідомили, сформували або змінили своє ставлення і переконання щодо обговорюваних питань.

Під час обговорення тренеру слід:

- ставити лише відкриті запитання, формулювати їх стисло й конкретно. Відкрите запитання — це таке формулювання, яке не передбачає однозначну відповідь «так» чи «ні»; як правило, починається зі слів: «Що?», «Коли?», «Який?», «Чому?», «Як?»;

- бути уважними до всіх, забезпечувати всім учасникам однакові можливості в обговоренні, дякувати за запитання і висловлювання;
- утримувати обговорення в руслі заданого запитання або поставленої проблеми.

Структура тренінгового заняття

Тренінгове заняття складається з трьох основних частин: вступна, основна, заключна. Кожна частина має свої характерні особливості й елементи.

I. Вступна частина складається з таких етапів:

Привітання, вступне слово — це етап, в який входить коротке привітання і представлення тренера учасникам (якщо це перше заняття), а також коротке повідомлення про мету та зміст заняття.

Знайомство — відбувається (або триває) знайомство учасників заняття. У вправах на проведення знайомства тренер не тільки проводить його, а й сам бере у ньому активну участь.

Прийняття (повторення) правил групи — етап, під час якого на першому занятті учасники приймають, а в подальшому повторюють ті норми поведінки, яких слід дотримуватися усім учасникам під час заняття.

II. Основна частина передбачає такі етапи:

Визначення рівня інформованості та актуалізація проблеми — на цьому етапі тренер і учасники з'ясовують рівень знань та інформованості з теми; визначають, чому проблема актуальна і важлива для них і суспільства. Для цього тренер може ставити групі запитання, проводити «мозкові штурми», використовувати анкети, вікторини.

Надання інформації — інформація подається на різних етапах заняття і в різних формах. Це можуть бути інформаційні повідомлення тренера, роздаткові матеріали, результати напрацювань учасників у підгрупах тощо.

Напрацювання практичних навичок — беручи участь у різних формах роботи, учасники отримують практичні вміння і навички.

Основними з них є: комунікативність — це ефективне спілкування та взаємодія (напрацьовуються під час усього тренінгу);

прийняття рішень — здатність робити усвідомлений відповідальний вибір в ситуаціях, що вимагають рішення (для цього проводять-

ся рольові ігри, розігрування та обговорення проблемних ситуацій, дискусії тощо);

ефективна поведінка в змінюваних умовах — використання різних моделей поведінки і вибір оптимальної моделі. Ця навичка допомагає людині добре орієнтуватися в ситуації, гнучко реагувати і швидко знаходити вихід.

Таке вміння напрацьовується різними методами роботи і є одним з основних результатів участі в програмі. Розвитку цього вміння найкраще сприяють рольові ігри, робота в підгрупах, дискусії, обговорення тощо.

III. До заключної частини заняття належить:

Підведення підсумків — на цьому етапі тренер і учасники обговорюють результати роботи, діляться думками та враженнями, закріплюють отримані знання. Заключна частина, як і вступна, є обов'язковим елементом кожного заняття.

Головною ознакою тренінгу є наявність певних принципів і правил, саме тому слід звернути на них особливу увагу.

Правила групи

Для того щоб тренінг був успішним, потрібно дотримуватися спеціальних правил. Правила — це норми поведінки, про які учасники групи домовляються і яких дотримуються під час заняття.

Правила приймаються всією групою разом з тренером на початку роботи. Вони допомагають створити таку атмосферу, за якої кожен учасник: відкрито висловлюється і висловлює свої почуття й думки; не боїться стати об'єктом насмішок і критики; впевнений в тому, що особисті питання, які обговорюються на занятті, не вийдуть за межі групи; отримує інформацію сам і не заважає отримувати її іншим.

Існує кілька основних правил, які допомагають забезпечувати ці умови: бути позитивними; бути активними; говорити тільки за темою; говорити від свого імені; не критикувати: кожен має право на власну думку; зберігати конфіденційність; говорити те, що думаєш; говорити стисло і по черзі; дотримуватися регламенту.

Особливості групової динаміки

Як правило, в процесі будь-якого тренінгу можна виділити такі основні стадії: знайомство; конфронтація; стійка робота; розпад.

Як і люди, групи мають свій життєвий цикл. Група переживає різні стадії розвитку, перш ніж повністю розкриє свій потенціал.

1. Початок тренінгу. Це так звана стадія народження групи: семінар планується; проводиться підбір учасників; відбувається перше заняття; уточнюються мета і завдання тренінгу. На цій стадії більшість учасників відчуває цікавість, невпевненість і певну сором'язливість. Кожен сподівається бути прийнятим і знайти місце в навчальному співтоваристві.

2. Знайомство один з одним. Це «раннє дитинство» групи: учасники ближче знайомляться один з одним, виявляють спільних знайомих або спільне хобі; помічають схожості й відмінності в життєвих цілях, цінностях, надіях і побоюваннях, в життєвому досвіді. Група встановлює правила, відбувається поділ ролей і завдань. Стосунки всередині групи стають більш дружніми, учасники — більш терпимими, поступово виникає довіра і відчуття впевненості.

3. Початок роботи. Цю стадію можна порівняти з «початковою школою». Група починає працювати над своїми цілями, розподіляти завдання і приймати на себе обов'язки. Учасники готові робити свій внесок в життя групи і активно працювати. Разом з тим, група вчиться долати «перешкоди»: учасники реагують на поведінку інших членів групи, яка їм заважає. Обговорюють темп роботи (для когось він занадто повільний, для інших — занадто швидкий). Часто ці реакції виражаються в сторонніх розмовах або обговорення відбувається за межами групового простору.

4. Період конфронтації. Цей період можна порівняти з «підлітковим віком» групи. Відмінності між учасниками проявляються сильніше, виникають конфлікти, які відпрацьовуються або ігноруються; ясніше «вимальовуються» особистості окремих людей, формуються альянси і підгрупи. На цій стадії групові цілі й способи дії перевіряються і з часом визначаються по-новому. Деякі члени групи почувуються роздратованими, пригніченими, недооціненими або обділеними увагою. Інші, навпаки, задоволені своїм місцем в групі й відчувають, що можуть діяти вільно. І завжди є хтось, хто розмірковує, чи варто йому і далі працювати з групою.

5. Розвиток синергії. Коли група навчиться успішно долати «перешкоди» і розв'язувати конфлікти, вона досягає стадії зрілості, так званого дорослого віку. Учасники в основному ідентифікують себе з цілями групи і усвідомлюють, що спільна робота так само важлива,

як і особистість кожного з усіма її сильними і слабкими сторонами. Члени групи стають більш толерантними, терпимими до чужих слабостей і недоліків, більш відповідальними за власну поведінку. Вони вже не вважають, що «винен» тренер чи хтось інший. Група готова визнавати успіхи, приймати відмінності й розв'язувати конфлікти. У природних групах обговорюються заходи, розробляються тимчасові плани і обговорюється можливість їх реалізації в майбутньому. Учасники почуваються компетентними, живими і згуртованими.

6. Завершення роботи групи. Можна сказати, що це той момент, коли настав час покидати «батьківську домівку й вирушати у самостійний політ». Закінчився запланований час роботи групи, і вона виконала свої завдання. Багато тренерів виділяють час для обговорення минулої роботи, досягнутих успіхів і нереалізованих бажань. Учасники задоволені більшою чи меншою мірою. Не всі групи досягають п'ятої стадії — стадії синергії. Вони можуть застрягти на стадії конфліктів або перейти до «відступу». У цьому разі вони просто задовольняються тим, що група не стала командою і справжньої співпраці не було. Для тренера важливо дати групі достатньо часу для виконання завдань кожної стадії розвитку. Спостерігається така тенденція: чим більша група, тим більше часу вона витрачає на кожну стадію.

Проблемні ситуації, які можуть виникнути під час тренінгу, та їх розв'язання:

Зниження активності групи під час роботи.

Причиною може бути емоційний спад, фізична втома тощо. Варто провести ігри-руханки, провітрити приміщення, якщо доречно — згадати жарт або веселий випадок з власного життя. Постарайтеся частіше міняти своє місце у колі й міняти місцями учасників.

Учасники групи демонструють дратівливість, неохоче беруть участь у виконанні вправ.

Іноді причина може бути в нерозумінні завдання. Можна повторити його, а потім запитати, чи все зрозуміло, і в разі потреби ще раз пояснити. Якщо вправа передбачає роботу в підгрупах, краще озвучити завдання після формування підгруп. Під час роботи підгруп слід підходити до учасників, цікавитися, чи все зрозуміло, долучати до роботи, підтримувати і спрямовувати роботу.

Учасники ставлять запитання, що виходять за межі змісту заняття, очікують від тренера розв'язання своїх особистих проблем.

Тут важлива позиція тренера і його переконаність у тому, що він не може знати «все про все». Тренер має знати, куди і з яким питанням можна звернутися. Такою інформацією слід обов'язково володіти й бути готовим надати її учасникам.

Учасники неактивні у своїх висловлюваннях щодо досвіду і знань, які вони отримують на заняттях.

Кожне завдання або вправа має завершуватися висновками. Бажаючи, щоб висновки робили самі учасники групи. Ведучий може поставити запитання, підвести групу до необхідних висновків, підкреслити важливість думок, які вже прозвучали в колі, і під кінець підвести підсумок самому. Задавайте більше відкритих питань. Не відповідайте на них самі, залучайте до цього учасників.

Пам'ятайте принцип залучення: заохочуйте обмін ідеями, вислуховуйте думки всіх учасників, ставтеся до них з повагою і зацікавленістю, завжди дякуйте за висловлені думки.

Агресивна поведінка одного або декількох учасників.

Спробуйте зрозуміти причину такої поведінки. Розмежуйте поведінку учасника від його особистості (ми можемо висловити ставлення до поведінки учасника, а не до нього самого!). Нагадайте про правила роботи, які прийняла група. Визнайте право кожного мати свою думку, запропонуйте перенести обговорення конфліктного питання на інший час. В жодному разі не реагуйте агресивно у відповідь!

В учасників виникають додаткові запитання.

Якщо виникають запитання за темою, варто приділити їм увагу. Намагайтеся не відповідати на запитання самі, навіть якщо знаєте відповідь. Краще переадресувати їх групі, обговорити у колі, за необхідності повідомити додаткову інформацію. Не відповідайте категорично, навіть якщо ви впевнені у своїй правоті. Не втрачайте час на суперечки, запропонуйте повернутися до запитання пізніше. Обов'язково виконайте свою обіцянку.

Хтось з учасників вимагає особливої уваги.

Вимога додаткової уваги може проявлятися у тому, що учасник демонструє групі й тренеру свою компетентність у певному питанні,

намагається будь що довести свою правоту. В жодному разі не вступайте в суперечку з учасником, але й не ігноруйте його. Якщо він справді обізнаний в обговорюваних питаннях, попросіть його поділитися знаннями, подякуйте за додаткову інформацію.

Учасник не бере участі в роботі, мовчить.

Така поведінка не завжди свідчить про незацікавленість учасника в занятті. Часто людині потрібен час для адаптації до нових умов або прийняття рішення про свою поведінку. Не акцентуйте на ньому увагу інших учасників. Поступово залучайте до роботи, підтримуйте його дії. Це можуть бути прості слова: «Дякую», «Цікава думка» та ін. Іноді деякі учасники так і залишаються мовчазними протягом багатьох занять, хоча досягнень від участі в заняттях у них не менше, ніж у тих, хто активно поведився і багато говорив.

Список літератури

1. *Вачков И. В.* Основы технологии группового тренинга. Психотехники : учеб. пособие / И. В. Вачков. — М. : Ось-89, 2001. — 224 с. (Практическая психология).
2. *Лещук Н. О.* Вирішувати нам — відповідати нам : посібник / Н. О. Лещук, З. А. Сивогракова, Ж. В. Савич. — К. : Наш час, 2008. — 271 с.
3. *Методика освіти «рівний — рівному» : навч.-метод. посіб. / Н. О. Лещук, Ж. В. Савич, Н. В. Заверико, Н. В. Зимівець* — К. : Наш час, 2007. — 104 с.
4. *Сивохоп Я. М.* Використання інтерактивних методів навчання в процесі підвищення кваліфікації педагогів з питань формування навичок здорового способу життя підлітків / Я. М. Сивохоп // Науково-методичний журнал «Нова педагогічна думка». — №2 (74) 2013. — Рівне : РОІППО, 2013. — С. 27–29.
5. *Сивохоп Я. М.* Використання тренінгових технологій в процесі підвищення кваліфікації педагогів з питань формування навичок здорового способу життя підлітків / Я. М. Сивохоп // Актуальні проблеми соціальної роботи: волонтерство як важливий ресурс соціальної роботи : Матеріали доповідей та повідомлень Міжнародної науково-практичної конференції / за ред. І. В. Козубовської. — Ужгород, 2013. — С. 102–104.
6. *Сивохоп Я. М.* Основні підходи щодо формування навичок здорового способу життя учнівської молоді / Я. М. Сивохоп // Науковий вісник Ужгородського національного університету / редкол. І. В. Козубовська (голова) та ін. — №18. — Ужгород : Вид-во УжНУ «Говерла», 2013. — С.102–104 (Педагогіка. Соціальна робота).

4. *Смид Р.* Групповая работа с детьми и подростками / Р. Смид ; пер. с англ. — М. : Генезис, 2000. — 272 с.
 5. Технологія тренінгу/упоряд. О. Главник, Г. Бевз ; за заг. ред. С. Максименка. — К. : Главник, 2005. — 112 с. — (Психол. інструментарій).
 6. *Фопель К.* Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего : практическое пособие / К. Фопель ; пер. с нем. — М. : Генезис, 2004. — 256 с.
 7. *Я хочу провести тренинг : Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИД, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем/Гуманитарный проект.* — Новосибирск, 2000. — 223 с.
-

Навчальне видання

Лещук Наталія Олексіївна
Савич Жанна Володимирівна
Голоцван Олена Анатоліївна
Сивохоп Ярослав Михайлович

СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

Навчальний посібник

Редагування, верстка та обкладинка *Юлія Дворецька*

Формат 70x100/16. Гарнітура NewtonС.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Обл.-вид. арк. 7,18. Ум. друк. арк. 11,05.
Наклад 1000 прим.