

Міністерство освіти і науки України  
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет  
імені Василя Стефаника»

**Збірник наукових праць:  
філософія, соціологія, психологія**

*Випуск 18  
Частина 2*

Івано-Франківськ  
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет  
імені Василя Стефаника»  
2013

ББК 87.2 + 60.5 + 88  
З-41

*Друкується відповідно до рішення вченої ради філософського факультету  
Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника  
(протокол № 6 від 21.02.2013 р.)*

Збірник наукових праць входить до переліку видань Вищої атестаційної  
комісії України (zareєстровано постановою  
Президії ВАК України №2-02/2 від 09.02.2000 р.)

Свідоцтво про державну реєстрацію. Серія ІФ 3398

**Редакційна колегія:** **О.А.Ліщинська** – доктор психол. наук, професор  
(голова редакційної колегії); **В.К.Ларіонова** – доктор філос. наук, професор;  
**Р.А.Арцишевський** – доктор філос. наук, професор, чл.-кор. АПН України;  
**С.М.Возняк** – доктор філос. наук, професор; **М.В.Кашуба** – доктор філос. наук,  
професор; **З.С.Карпенко** – доктор психол. наук, професор; **В.П.Москалець** –  
доктор психол. наук, професор; **І.Д.Пасічник** – доктор психол. наук, професор;  
**М.В.Савчин** – доктор психол. наук, професор; **М.М.Сидоренко** – доктор філос.  
наук, професор; **Н.В.Чепелева** – доктор психол. наук, професор, чл.-кор.  
АПН України; **Г.М.Федоришин** – канд. психол. наук, доцент (*відповідальний  
секретар*).

**Збірник наукових праць : філософія, соціологія, психологія.** – Івано-Франківськ :  
З-41 Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»,  
2013. – Вип. 18. – Ч. 2. – 224 с.

**ББК 87.2 + 60.5 + 88**

Усі друковані статті пройшли процедури рецензування,  
експертного та конкурсного відбору

© ДВНЗ «Прикарпатський національний  
університет імені Василя Стефаника», 2013  
© Вид-во ДВНЗ «Прикарпатський національний  
університет імені Василя Стефаника», 2013

<i>Діана Романовська</i>	
Навчальний компонент формування особистісних стратегій діяльності майбутніх психологів.....	129
<i>Світлана Світич</i>	
Модель психологічної готовності педагогів до взаємодії із соматично ослабленими учнями.....	138
<i>Лариса Березовська</i>	
Особливості професійної діяльності вчителів.....	146

## **ПСИХОЛОГІЯ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН**

<i>Галина Федоришин, Галина Сенічак</i>	
Психологічні особливості становлення батьківської ідентичності у чоловіка..	154
<i>Олександра Гринчук</i>	
Психологічний зміст міжособистісних комунікацій у системі сімейних взаємин.....	162
<i>Ірина Пушкарук</i>	
Родительське програмування в процесі становлення особистості чоловіка-батька крізь призму концепції транзактного аналізу.....	168

## **ЮРИДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ**

<i>Ірина Сохан</i>	
Залежність морально-правової соціалізації від індивідуальних особливостей студентів.....	174

## **ПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ**

<i>Світлана Литвин-Кіндратюк</i>	
Етноестетичні виміри ритуально-побутової поведінки особистості.....	186
<i>Ірина Опанасюк</i>	
Постановка проблеми інтелектуальних емоцій у філософсько-психологічному дискурсі.....	193
<i>Тетяна Нечитайло</i>	
Особливості прояву локусу контролю як показника особистісного самовизначення в юнацькому віці.....	200
<i>Володимир Мицько, Василь Ходан</i>	
Ефективність використання стандартних і комбінованих схем терапії в лікуванні хронічного холецистохолангіту в дітей молодшого шкільного віку....	207
<i>Ірина Щурик</i>	
Особливості спілкування підлітків із вадами опорно-рухового апарату з однолітками.....	216

<b>ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ.....</b>	<b>223</b>
-----------------------------------	------------

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СТАНДАРТНИХ І КОМБІНОВАНИХ СХЕМ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГІТУ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*У статті представлено результати експериментального дослідження психо-емоційних станів у дітей із хронічною біліарною патологією в умовах застосування стандартної та комбінованої схем терапії. Доведено ефективність використання комбінованих схем терапії, підтверджену статистично значимими результатами.*

**Ключові слова:** психоемоційний стан, хронічний холецистохолангіт, самопочуття, активність, настрій, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, стандартна терапія, комбінована терапія, позитивна психотерапія.

*The article presents the results of an experimental study psycho-emotional states in children with chronic biliary pathology in the application of standard and combination regimens. The efficiency of the use of combined regimens demonstrated statistically significant results.*

**Keywords:** psycho-emotional state, chronic cholecystocholangitis, health, activity, mood, anxiety, frustration, aggression, rigidity, standard therapy, combination therapy, positive psychotherapy.

За останнє десятиліття в Україні спостерігається значний ріст захворювань на патологію органів травлення в дітей молодшого й старшого шкільного віку. Серед них патологія гепатобіліарної системи, зокрема печінки, займає одне з провідних місць. Поряд із цим у науковій літературі залишається до кінця не з'ясованою проблема порушення функціонального стану печінки при хронічних захворюваннях біліарної системи. Близько 70–75% хвороб біліарної системи складають запальні ураження, зокрема хронічний холецистохолангіт [2; 3; 4; 6]. Активні пошуки нових методів діагностики та лікування таких порушень у дітей є одним із важливих завдань сучасної науки і практики [7; 8; 15; 16].

**Мета** – експериментально дослідити ефективність використання комбінованої схеми терапії в лікуванні хронічного холецистохолангіту в дітей молодшого шкільного віку.

Результати емпіричного дослідження. У дослідженні взяло участь 120 дітей молодшого шкільного віку із захворюванням на хронічний холецистохолангіт і контрольна група з 30 дітей молодшого шкільного віку, у яких проявів захворювання не спостерігалось. Дослідження проводилося на базі Івано-Франківської ОДКЛ та ЗОШ № 17 міста Івано-Франківськ.

Програма дослідження передбачала діагностику психічних станів груп здорових і хворих дітей та порівняння отриманих результатів до й після застосування стандартної терапії, комплексного лікування із використанням тіотриазоліну й аскорбінової кислоти, рутину й технік позитивної психотерапії [1; 9; 14].

Задля реалізації наміченої програми дослідження ми обрали критерії, що відображають якісну характеристику психічного стану людини: самопочуття,

активність, настрій, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, а також дві психодіагностичні методики – «Методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (САН)» і «Методика діагностики самооцінки психічних станів (за Г.Айзенком) [11].

Результати емпіричного дослідження самопочуття у здорових дітей засвідчили нормативний розподіл вибірки, а середній показник становив  $5,40 \pm 0,30$  бала. У дітей із хронічним холецистохолангітом показник був нижчим і становив  $5,10 \pm 0,20$  бала, що зумовлено зниженням сили, відчуттям хронічної втоми, швидким виснаженням. У процесі здійснення стандартної терапії згідно з протоколом, затвердженим МОЗ України (далі – СТ), наприкінці терапії верифіковано зниження показника самопочуття до  $4,57 \pm 0,30$  бала ( $p < 0,05$ ). Під час застосування комплексного лікування з використанням технік позитивної психотерапії (далі – КЛіТПП) у поєднанні з тіотриазоліном й аскорутином рівень самопочуття був у межах  $5,02 \pm 0,26$  бала і  $5,03 \pm 0,36$  бала відповідно. Вважаємо, що отримані результати зумовлені певною стереотипною оцінкою хворими дітьми власного стану, надмірною чуттєвістю до будь-яких проявів больового синдрому.

Наступним критерієм нашого дослідження стала активність як характеристика рухливості, швидкості та типу реакцій організму дитини. У процесі вивчення показників стану активності у хворих дітей на хронічний холецистохолангіт виявлено його значний спад до  $3,20 \pm 0,27$  бала у порівнянні з  $4,48 \pm 0,37$  балами у здорових дітей. У динаміці після застосування СТ відмічено зростання показника активності до  $3,74 \pm 0,28$  бала ( $p < 0,05$ ). Показники активності у хворих дітей на хронічний холецистохолангіт у динаміці після використання КЛіТПП, аскорбінової кислоти, рутину та тіотриазоліну були дещо вищими, проте знаходилися нижче визначеної норми й становили  $3,75 \pm 0,28$  бала і  $3,77 \pm 0,33$  бала ( $p < 0,05$ ). Відзначаємо, що в дітей досліджуваних груп показник активності пригнічений загальним станом захворювання, однак краще компенсується в процесі комбінованого лікування.

Останнім із досліджуваних критеріїв методики САН була категорія «настрій» як суб'єктивний стан емоційної задоволеності/незадоволеності людиною своїм теперішнім. Середнє значення показника настрою в дітей групи контролю був підвищений і становив  $5,95 \pm 0,30$  бала. У хворих дітей на хронічний холецистохолангіт середнє значення показників настрою становило  $5,31 \pm 0,29$  бала, а за СТ зменшилося до  $5,08 \pm 0,37$  бала ( $p < 0,05$ ), що, ймовірно, вказує скоріш на втомленість дітей процесом лікування та їхнім перебуванням у хворобі, а не реакцію на сам процес лікування та його результати. Застосування КЛіТПП із препаратами аскорбінової кислоти, рутину та тіотриазоліну в динаміці мало сприятливий вплив на зміну настрою. Відмічено зростання середнього показника настрою в дітей досліджуваних груп до  $5,43 \pm 0,33$  бала ( $p < 0,05$ ) і  $5,22 \pm 0,41$  бала відповідно.

У процесі дослідження відмічено, що самопочуття (табл. 1), визначене за методикою самооцінки САН, у дітей із хронічним холецистохолангітом за СТ погіршувалося й спостерігалось збільшення дітей зі зниженим самопочуттям (60% дітей після СТ проти 45% дітей до призначення терапії) і зменшення

кількості дітей із нормальним (25% проти 32,5% дітей) та ейфорійним самопочуттям (15% проти 22,5% дітей).

Зміна психоемоційного стану в дітей відображена показником « $\Delta\%$  – динаміка показників», який розраховується шляхом різниці кількості дітей, що мали відповідні показники до лікування, і кількості дітей, що мали ці ж показники після лікування.

Під час застосування КЛіТПП із тіотриазоліном було виявлено зменшення випадків із зниженим самопочуттям ( $\Delta\% = -2,5$ ) і зростання кількості випадків із позитивним самопочуттям ( $\Delta\% = +10$ ). У динаміці застосування комбінованої терапії аскорбіновою кислотою, рутином і позитивної психокорекції відмічено такі ж результати – зниження кількості випадків зі зниженим самопочуттям ( $\Delta\% = -5$ ) і зростання кількості випадків із позитивним самопочуттям ( $\Delta\% = +15$ ).

Таблиця 1

Відсоткові значення показників за методикою САН у дітей із хронічним холецистохолангітом у процесі лікування

Група	Самопочуття			Активність			Настрій		
	Н	З	П	Н	З	П	Н	З	П
контрольна (%)	23,3	30	46,7	36,7	53,3	10	10	10	80
до лікування (%)	32,5	45	22,5	0	100	0	17,5	45	37,5
після стандартного лікування (%)	25	60	15	15	85	0	25	35	40
динаміка показників ( $\Delta\%$ )	-7,5	15	-7,5	15	-15	0	7,5	-10	2,5
після комбінованого лікування позитивною психокорекцією + тіотриазоліном (%)	25	42,5	32,5	7,5	90	2,5	12,5	32,5	55
динаміка показників ( $\Delta\%$ )	-7,5	-2,5	10	7,5	-10	2,5	-5	-12,5	17,5
після комбінованого лікування позитивною психокорекцією + аскорутинном (%)	30	40	37,5	15	85	0	17,5	30	52,5
динаміка показників ( $\Delta\%$ )	-2,5	-5	15	15	-15	0	0	-15	12,5

*Н – нормальний стан, З – знижений стан, П – підвищений стан*

Аналіз показників активності в дітей із хронічним холецистохолангітом засвідчив дещо іншу динаміку (див. табл. 1). Після отримання СТ були помітні позитивні зміни в напрямі збільшення кількості дітей із нормальною активністю ( $\Delta\% = +15$ ) і зменшення кількості дітей зі зниженою активністю; щось подібне спостерігається під час застосування КЛіТПП аскорбіновою кислотою. У дослідній групі дітей, які отримували КЛіТПП із тіотриазоліном, було виявлено більш значущі позитивні зміни – зменшення кількості дітей із зниженою активністю ( $\Delta\% = -10$ ) і збільшення кількості дітей із нормальною й підвищеною активністю ( $\Delta\% = +7,5$  і  $\Delta\% = +2,5$ ) відповідно.

Результати подані в табл. 1, демонструють, що до моменту поступлення в стаціонар і призначення лікарських препаратів близько половини дітей (45%) мали знижений настрій. Більше третини дітей виявляли підвищений ейфоричний настрій, мотивуючи це можливістю не відвідувати заняття в школі й відсутністю контролю з боку батьків.

У процесі застосування препаратів СТ відмічається зменшення кількості дітей із зниженим настроєм ( $\Delta\% = -10$ ) і збільшення кількості дітей із нормальним ( $\Delta\% = +7,5$ ) та підвищеним настроєм ( $\Delta\% = +2,5$ ). Використання КЛіТПП із тіотриазоліном чи аскорбіновою кислотою, рутином сприяло покращенню психоемоційного стану, зокрема настрою, в обох групах. Так, у дітей із застосуванням у комбінованій схемі тіотриазоліну відмічено позитивну динаміку – збільшення кількості пацієнтів із підвищеним настроєм (55% дітей проти 37,5% відповідно,  $\Delta\% = +17,5$ ) і зменшення випадків зі зниженим настроєм (32,5% дітей проти 45% відповідно,  $\Delta\% = -12,5$ ).

Застосування КЛіТПП з аскорбіновою кислотою, рутином сприяло зменшенню кількості дітей зі зниженим настроєм і зростанню з підвищеним ( $\Delta\% = -15$  і  $\Delta\% = +12,5$  відповідно). Проте відсотковий показник кількості дітей із нормальним настроєм залишався без змін і становив 17,5%.

Дослідження рівнів тривожності, фрустрації, агресивності й ригідності за «Методикою самооцінки психічного стану» Г.Айзенка в дітей із хронічним холецистохолангітом дало змогу оцінити варіативність негативних тенденцій психоемоційних станів респондентів чи конструктивне зменшення їхнього деструктивного впливу на психіку в процесі застосування СТ і КЛіТПП.

Результати оцінки рівня тривожності в контрольній групі здорових дітей засвідчують, що нормативний розподіл відсутності цієї ознаки психічного неблагополуччя в середньому повинен дорівнювати 50% і більше опитаних респондентів. Інша значна група опитаних показала середній рівень тривожності – 43% респондентів, а високий рівень тривожності було виявлено лише в одного респондента, що становить 3,3% вибірки.

У групі дітей із верифікованим хронічним холецистохолангітом виявлено такий розподіл за даним критерієм: у 42,5% не виявлено тривожності, 47,5% демонструють середній рівень, 10% – високий рівень. У порівнянні з контрольною групою здорових дітей показник тривожності в дітей із цим захворюванням вищий, однак не становить критичну чи переважаючу тенденцію.

Після застосування СТ (табл. 2) відзначалося зменшення кількості дітей, у яких не було виявлено тривожності ( $\Delta\% = -10$ ), а також дітей із високим рівнем тривожності ( $\Delta\% = -5$ ), проте діагностовано збільшення кількості дітей із середнім рівнем тривожності.

У результаті застосування стандартних схем терапії кількість дітей із середнім рівнем тривожності практично не змінювалася, проте в поєднанні з позитивною психокорекцією із тіотриазоліном було виявлено збільшення кількості дітей з низьким рівнем даної ознаки ( $\Delta\% = 5$ ) і зменшення кількості пацієнтів із високим її рівнем ( $\Delta\% = -5$ ). Водночас, досліджуючи ефективність застосування КЛіТПП з аскорбіновою кислотою, рутином було виявлено негативну динаміку: збільшення кількості дітей із високим рівнем три-

вожності ( $\Delta\% = 5$ ) і відсоткове зменшення респондентів із відсутністю цієї ознаки ( $\Delta\% = -7,5$ ).

Таблиця 2

**Відсоткове значення показників тривожності й фрустрації за методикою самооцінки психічного стану Г. Айзенка в дітей із хронічним холецистохолангітом у процесі лікування**

Група	Тривожність			Фрустрація		
	Н	С	В	Н	С	В
контрольна (%) (n = 30)	53,3	43,3	3,33	50	46,7	3,3
до лікування (%) (n = 120)	42,5	47,5	10	47,5	37,5	15
після стандартного лікування (%) (n = 40)	32,5	62,5	5	62,5	35	2,5
динаміка показників ( $\Delta\%$ )	-10	15	-5	15	-2,5	-12,5
після комбінованого лікування позитивною психокорекцією + тіотриазоліном (%) (n = 40)	47,5	47,5	5	35	55	10
динаміка показників ( $\Delta\%$ )	5	0	-5	-12,5	17,5	-5
після комбінованого лікування позитивною психокорекцією + аскорутинном (%) (n = 40)	35	50	15	57,5	32,5	10
динаміка показників ( $\Delta\%$ )	-7,5	2,5	5	10	-5	-5

*Н – немає, С – середній рівень, В – високий рівень*

Другим критерієм дослідження стало вивчення показників фрустрації в дітей із хронічним холецистохолангітом до і після застосування СТ і КЛіТПП. Дослідження рівня фрустрації в контрольній групі здорових дітей показало, що характер розподілу такий: у 50% опитаних не було виявлено характеристик фрустрованості, 46,7% дітей мають середній рівень фрустрації і тільки в одному випадку ця ознака мала високий показник.

У дітей, що хворіють на хронічний запальний процес біліарного тракту, відмічається високий рівень фрустрації в кожному сьомому випадку та наявність середнього рівня фрустрації в третини обстежених дітей.

Згідно з результатами нашого дослідження, лікування із застосуванням СТ приводить до збільшення кількості дітей, у яких не спостерігаються прояви стану фрустрації ( $\Delta\% = 15$ ), і, відповідно, зменшення кількості з її високим рівнем (табл. 2).

У процесі вивчення наслідків застосування схем комбінованої терапії (КЛіТПП) більш позитивний ефект було отримано під час застосування препаратів аскорбінової кислоти, рутину: збільшення кількості дітей, у яких не діагностовано стан фрустрації ( $\Delta\% = 10$ ), і зменшення кількості з ознаками середнього та високого рівня ( $\Delta\% = -5$ ).

Аналізуючи дані, отримані після застосування КЛіТПП із тіотриазоліном у дітей з хронічним холецистохолангітом, констатуємо, що поряд зі зменшенням кількості опитаних із високим рівнем фрустрації ( $\Delta\% = -5$ ) зменшується



й кількість хворих з відсутністю цієї ознаки ( $\Delta\% = -12,5$ ), а також значно збільшується кількість із середнім рівнем фрустрації ( $\Delta\% = 17,5$ ). Тобто допускаємо, що показники фрустрації з високих стали середніми, однак і в респондентів, у яких до лікування не було виявлено показників названої ознаки, після спостерігалася фрустрованість.

Третім критерієм дослідження за методикою Г.Айзенка була агресивність як стійка риса особистості, готовність до агресивної поведінки.

Таблиця 3

**Відсоткове значення показників агресивності й ригідності за методикою самооцінки психічного стану Г.Айзенка в дітей із хронічним холецистохолангітом у процесі лікування**

Група	Агресивність			Ригідність		
	Н	С	В	Н	С	В
контрольна (%) (n = 30)	26,7	60	13,3	36,7	53,3	10
до лікування (%) (n = 120)	45	50	5	42,5	55	2,5
після стандартного лікування (%) (n = 40)	25	57,5	17,5	22,5	62,5	15
динаміка показників ( $\Delta\%$ )	-20	7,5	12,5	-20	7,5	12,5
після комбінованого лікування позитивною психокорекцією + тіотриазоліном (%) (n = 40)	27,5	57,5	15	22,5	75	2,5
динаміка показників ( $\Delta\%$ )	-17,5	7,5	10	-20	20	0
після комбінованого лікування позитивною психокорекцією + аскорутинном (%) (n = 40)	20	60	20	25	62,5	12,5
динаміка показників ( $\Delta\%$ )	-25	10	15	-17,5	7,5	10

*Н – немає, С – середній рівень, В – високий рівень*

Дослідження рівня агресивності в здорових дітей виявило такий нормативний розподіл: у 60% дітей діагностовано середній рівень агресивності, у 26,7% випадків виявлено відсутність цієї ознаки і тільки в чотирьох респондентів (13,3%) – високий рівень агресії.

Показники рівня агресивності в пацієнтів шкільного віку із хронічним холецистохолангітом до початку лікування мали таке відсоткове вираження: у 50% було виявлено середній рівень агресивності, у 45% пацієнтів не помічено проявів агресивності й тільки у 5% виявлено високу агресивність. Проте з анкетних даних випливає, що діти, у яких було діагностовано високий рівень агресивності, проживають у неповних сім'ях. Також у порівнянні з контрольною групою здорових дітей помітний занижений рівень агресивності, а відповідно, і агресивних реакцій, що, ймовірно, є наслідком впливу захворювання.

Дані табл. 3 свідчать, що під час застосування СТ збільшується кількість дітей із показниками високого та середнього рівнів агресивності ( $\Delta\% = 12,5$  і  $\Delta\% = 7,5$ ). Водночас виявлено зменшення кількості пацієнтів ( $\Delta\% = -20$ ), у яких агресивність до моменту лікування була відсутньою. У зв'язку з тим, що

певний рівень агресивності є адекватною вродженою характеристикою особистості, зростання її показників під час одужання вказує на нормалізацію психічного стану пацієнтів.

Після лікування запропонованими комбінованими схемами (КЛіТПП) збільшується кількість обстежених хворих дітей із високим та середнім рівнями агресивності, наближаючи їхні показники до нормативного розподілу, діагностованого в контрольній групі. Така тенденція простежується в обох дослідних групах, де застосовувалося КЛіТПП у поєднанні з тіотриазоліном чи аскорбіновою кислотою, рутином. Однак більш виражений ефект було помічено під час застосування КЛіТПП із препаратом аскорбінової кислоти, рутину: виявлено зростання на 1/4 кількості дітей із високим і середнім рівнями агресивності ( $\Delta\% = 25$ ) у порівнянні з періодом, що передувало лікуванню. КЛіТПП із застосуванням тіотриазоліну показало зростання високих та середніх рівнів агресивності тільки в 17,5% випадків пацієнтів. Указана відмінність у жодному разі не демонструє явної переваги препаратів аскорбінової кислоти, рутину над препаратами тіотриазоліну, оскільки в обох випадках було досягнуто позитивного ефекту.

Четвертим із досліджуваних показників методики Г.Айзенка була ригідність як неготовність, нездатність, утрудненість у здійсненні будь-яких дій, пов'язаних зі зміною певної наміченої програми, що виражається в труднощах перебудови сприйняття й уявлень, закостенілості афективних, емоційних реакцій, неспроможності до перебудови системи мотивів тощо.

Діти з високим рівнем ригідності переважно мають проблеми з адаптацією до нових умов та змін, важко сприймають будь-які, навіть незначні проблеми в батьківській сім'ї, тяжко переживають невдачі, нерідко замикаються в собі.

Із проведеного аналізу результатів дослідження здорових дітей випливає, що низький рівень та відсутність ригідності в сукупності становили 90% усієї вибірки, а високий рівень ригідності було виявлено тільки в 10% досліджуваних.

Діагностика психічного стану хворих на хронічний холецистохолангіт до початку лікування за показником ригідності виявила такий розподіл: у 55% обстежуваних дітей був середній рівень вираженості цієї ознаки, її відсутність спостерігалася в 42,5% опитаних і тільки в одному випадку було зафіксовано високий рівень ригідності. Таким чином, у порівнянні із здоровими обстежуваними ригідність у хворих дітей була нижчою, що, на нашу думку, вказує на певний рівень активності, реактивної готовності брати активну участь у процесі власного одужання.

Після застосування СТ (табл. 3) спостерігаємо зменшення кількості хворих з відсутністю вказаної ознаки ( $\Delta\% = -20$ ) і зростання переважно кількості випадків із високим рівнем ригідності ( $\Delta\% = 12,5$ ) на фоні незначного збільшення кількості дітей із середнім рівнем ригідності ( $\Delta\% = 7,5$ ). Попри однозначну негативну тенденцію отриманих результатів, ці показники є близькими до показників контрольної групи, що можна трактувати як певну нормалізацію ознак ригідності в процесі одужання.

У групі пацієнтів, до яких застосовувалося КЛіТПП із використанням тіотриазоліну, було діагностовано зменшення кількості дітей із відсутністю ознак ригідності та зростання випадків із середнім її рівнем. Водночас кількість пацієнтів із високим рівнем ригідності в порівнянні з періодом до лікування не змінилася.

У процесі застосування КЛіТПП з аскорутином простежувалася динаміка зростання кількості дітей із високим та середнім рівнями ригідності ( $\Delta\% = 10$  і  $\Delta\% = 7,5$ ) і, відповідно, відсоткове зменшення кількості дітей із відсутністю ознак ригідності. Слід зазначити, що використання тіотриазоліну в системній терапії КЛіТПП стосовно ознак ригідності виявилось найбільш ефективним, попри те, що середній показник (у порівнянні з контрольною групою) був вищим, високі показники не були діагностовані.

**Висновки.** У результаті проведеного експериментального дослідження можна сформулювати такі висновки:

1. У порівнянні із застосуванням стандартної терапії рівень *самопочуття* пацієнтів зростав краще в умовах упровадження комплексного лікування з тіотриазоліном й аскорбіновою кислотою, рутином у поєднанні з техніками позитивної психотерапії.
2. Показники *активності* в дітей із хронічним холецистохолангітом, попри прогнозований пригнічений стан, краще компенсуються в умовах комбінованого лікування з тіотриазоліном й аскорбіновою кислотою, рутином в поєднанні з техніками позитивної психотерапії. Після застосування стандартної терапії показники активності були значно нижчими.
3. Після впровадження комплексного лікування з тіотриазоліном й аскорбіновою кислотою, рутином у поєднанні з техніками позитивної психотерапії відмічалось покращення *настрою* пацієнтів, середні показники за цим критерієм були вищими, ніж до моменту лікування. Після застосування стандартної терапії показники настрою були нижчими, ніж до початку застосування терапії.
4. Відзначаємо, що психоемоційні стани в дітей із захворюванням на хронічний холецистохолангіт за методикою САН значно покращувалися після застосування комплексного лікування з *аскорбіновою кислотою, рутином* у поєднанні з техніками позитивної психотерапії.
5. Рівень *тривожності* в дітей із хронічним холецистохолангітом відмічався високими показниками до лікування. Найбільш ефективною схемою лікування стосовно показників тривожності виявилось комплексне лікування з аскорутином у поєднанні з техніками позитивної психотерапії.
6. У пацієнтів із біліарною патологією рівень *фрустрації* значно вищий у порівнянні зі здоровими респондентами. У результаті застосування комбінованих і стандартної схем терапії кращі результати були отримані під час стандартного лікування. Відзначаємо, що застосування позитивної психотерапії для фрустрованих пацієнтів мало негативні наслідки.
7. Показники рівня *агресивності* у дітей з хронічним холецистохолангітом були значно нижчими за ці ж показники в контрольній групі здорових дітей. Підвищення показників агресивності до певної статистичної нор-

ми стало можливим у результаті застосування комбінованого лікування з тіотриазоліном й аскорбіновою кислотою, рутином у поєднанні з техніками позитивної психотерапії. Після застосування стандартної терапії показники агресивності були менш наближеними до норми.

8. Низькі показники *ригідності* до початку лікування у хворих на хронічний холецистохолангіт дітей можна пояснити високою активністю, ентузіазмом перемоги над хворобою, очікуваним процесом лікування. Після застосування стандартної терапії показники ригідності нормалізуються, що підтверджується наближенням даних до тих, які були отримані в контрольній групі здорових дітей. Найбільш ефективним стосовно показників ригідності виявилось застосування комплексного лікування з тіотриазоліном у поєднанні з техніками позитивної психотерапії.
9. Уведення в процеси реабілітації дітей з біліарною патологією психотерапевтичних практик позитивно вплинуло на динаміку одужання пацієнтів і потребує подальшого методичного й практичного вдосконалення з урахуванням специфіки перебігу захворювання.

Вважаємо, що вдосконалений комплекс патогенетичного лікування порушень функціонального стану печінки повинен включати попередню психологічну діагностику індивідуально-типологічних властивостей пацієнтів з метою індивідуалізації процесу терапії, ураховуючи результати нашого дослідження.

1. Ахола Т. Краткосрочная позитивная психотерапия : (Терапия, фокусированная на решении) : монография / Т. Ахола, Б. Фурман. – С. Пб. : Речь, 2000. – 220 с.
2. Белоусов Ю. В. Билиарная патология сегодня: этиологические аспекты и принципы коррекции / Ю. В. Белоусов, И. В. Журавлева // Современная педиатрия. – 2009. – № 2 (24). – С. 69–75.
3. Белоусов Ю. В. Микробиоценоз кишечника и микрофлора желчи при хронических холециститах у детей / Ю. В. Белоусов, И. В. Журавлева, Е. М. Савинова // Український медичний альманах. – 2003. – № 1. – С. 12–14.
4. Боярська Л. М. Особливості психоемоційного стану дітей та підлітків із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою / Л. М. Боярська, Ю. В. Котлова, К. О. Іванова // Здоровье ребенка. – 2012. – № 3 (38). – С. 30–34.
5. Волосянко А. Б. Порушення психологічного статусу у дітей з хронічним гастродуоденітом та їх корекція / А. Б. Волосянко, О. В. Тимощук, М. М. Кулеша-Любінець // Медична психологія. – 2011. – № 1. – С. 56–61.
6. Майданник В. Г. Вегетативні дисфункції у дітей / В. Г. Майданник // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1998. – № 4. – С. 5–11.
7. Нейко Є. М. Хронічний холецистит / Є. М. Нейко, Н. В. Скробач // Архів клінічної медицини. – 2003. – № 1. – С. 6–14.
8. Нікітіна Н. О. Діагностика вегетативної дисфункції у дітей із захворюваннями гепатобіліарної системи / Н. О. Нікітіна // Одеський медичний журнал. – 2004. – № 3 (83) – С. 57–59.
9. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Носрат Пезешкиан ; пер. с нем. – 2-е изд. – М. : Ин-т позитивной психотерапии, 2006. – 464 с. – (Серия «Позитивная психотерапия»).
10. Психодиагностика как метод выявления медико-социальных потребностей подростков / И. Е. Вобожко, Я. А. Жданова, Е. Е. Шелкопляс [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 3. – С. 41–44.

11. Практическая психодиагностика: методики и тесты : учеб. пособ. / под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара : БАХРАХ, 1998. – 672 с.
12. Словарь практического психолога / сост. С. Ю. Головин. – Минск : Харвест ; М. : Изд-во АСТ, 2001. – 800 с.
13. Степанова Н. М. Психокорекційні заходи в комплексному лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця / Н. М. Степанова // Медична психологія. – 2010. – № 4. – С. 28–35.
14. Справочник практического психолога / сост. И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2008. – 848 с.
15. Щербиніна М. Б. Біліарна патологія : причини, механізми розвитку, принципи діагностики та лікування / М. Б. Щербиніна // Лікування та діагностика. – 2003. – № 3. – С. 25–30.
16. Щербиніна М. Б. Функціональний холестаза: роль у формуванні гепатобіліарної патології та можливості його медикаментозної корекції / М. Б. Щербиніна, О. В. Закревська // Гастроентерологія. – 2003. – № 29. – С. 68–76.

УДК 159.922.761

Ірина Щурик

## ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ ПІДЛІТКІВ ІЗ ВАДАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ З ОДНОЛІТКАМИ

*У статті проаналізовано психологічні особливості спілкування підлітків із вадами опорно-рухового апарату з ровесниками, розглянуто проблеми соціалізації таких дітей. Описано найтиповіші види комунікативних бар'єрів, які зустрічаються в дітей з функціональними обмеженнями, і визначено основні способи розв'язання цієї проблеми.*

**Ключові слова:** вади опорно-рухового апарату, підлітки з вадами опорно-рухового апарату, функціональні обмеження, комунікативні бар'єри, комунікативні здібності.

*This paper explores the psychological characteristic of adolescents with communication disabilities of the musculoskeletal system of peers, the problems of socialization of children. The author described the most common types of communication barriers that occur in children with functional limitations, and the basic ways to solve this problem.*

**Keywords:** defects musculoskeletal, adolescents with disabilities musculoskeletal, functional limitations, communication barriers, communication skills.

Спілкування з однолітками є основною потребою підлітків. Саме в спілкуванні вони набувають досвіду взаємодії з людьми, усвідомлюють себе через порівняння з іншими, розвиваються інтелектуально. Для підлітків спілкування з ровесниками є найбільшою цінністю, відсуваючи на другий план і шкільну успішність, і взаємини з дорослими та педагогами. Для підлітків характерним є прагнення бути визнаним у колі ровесників і досягти авторитету. Група однолітків є тим індикатором соціалізації, що показує, яким шляхом піде підліток – соціалізації чи десоціалізації [7]. Спілкування з ровесниками, які володіють таким же, як у нього, життєвим досвідом, дає можливість підлітку оцінювати себе по-новому.

Більшість підлітків із вадами опорно-рухового апарату позбавлені повноцінного спілкування. Тому актуальним питанням сьогодні залишається

Наукове видання

**Збірник наукових праць:  
філософія, соціологія, психологія**

*Випуск 18*

*Частина 2*

Головний редактор *Василь ГОЛОВЧАК*  
Літературний редактор *Руслана БОДНАР*  
Комп'ютерна правка, верстка *Віра ЯРЕМКО*  
Коректор *Олександра ЛЕНІВ*

Підп. до друку 12.10.2013. Формат 60x84/16. Папір офсет.  
Гарнітура «Times New Roman». Друк на ризографі. Ум. друк. арк. 13,0.  
Наклад 100 пр. Зам. № 86.

Видавець і виготовлювач  
Видавництво Прикарпатського національного університету  
імені Василя Стефаника  
76018, м. Івано-Франківськ, вул. С. Бандери, 1,  
тел. 71-56-22, e-mail: [vdvcit@pu.if.ua](mailto:vdvcit@pu.if.ua)  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2718 від 12.12.2006