



Global challenges

**MHGC Journal
Special Issue**

Rome 2019

SPECIAL ISSUE

“Ukraine and global processes in the area of Mental Health”

Requested by:

**Bogomolets National Medical University (Department of clinical
psychology, psychosomatic and psychotherapy)**

and

**National University Lviv Politechnic (Institute of Social and Humanitarian
Sciences)**

Field of study and special focus

Mental Health, Medicine, Psychology, Sociology, Social work, Social
Sciences, Education, Economics, Law, Inter- and Transdisciplinary studies

Editor-in-chief: Dr. Viktor Vus, Associate Professor

DOI: [http://doi.org/10.32437/MHGCJ-2019\(0\)](http://doi.org/10.32437/MHGCJ-2019(0))



Crossref



CiteFactor
Academic Scientific Journals



Academic
Resource
Index
ResearchBib



Scilit



Scientific Indexing Services



BASE

The authors are responsible for validity of data
Each report has passed a review procedure

© NDSAN (MFC – coordinator of the NDSAN), Italy, 2019

CONTENT

Yuliia Matviiko, Mariana Shkoliar	The impact of stigmatization on social attitude towards the lgbt-community	4
Anastasiia Bednarska, Mariana Hasiak, Iryna Krasilych	Trauma-informed approach in the development of inclusive education environment in the higher school	14
Halyna Herasym, Olha Herus, Larysa Klymanska, Viktor Savka, Janusz Sieroslawski	The problem of alcohol consumption in lviv in the sociological dimension (by the materials of the empirical research)	28
Olha Herus, Tereza Klymus, Marta Kozak	The impact of physical and sports rehabilitation of people with cerebral palsy on the proprioceptive system improvement	36
Olha Pletka	Group stereotypes and symbols of overcoming difficult social situations in the image of small groups	45
Liliia Klos, Nataliia Nazar	Integrated social services based on preservation and promotion of community health: an analysis of the state and prospects of development	59
Anna Kohut, M. Bobryk, J. Komisarenko, O. Chaban	The significance of multidisciplinary approach for the increasing in patients with diabetes mellitus 2 type quality of life level	70
Iryna Romash	Peculiarities of the course and treatment of gastroesophageal reflux disease in patients with syndrome of undifferentiated tissue dysplasia. (systematic literature review)	76

THE IMPACT OF STIGMATIZATION ON SOCIAL ATTITUDE TOWARDS THE LGBT-COMMUNITY

Yuliia Matviiko, Mariana Shkoliar

Lviv Polytechnic National University, Lviv, Ukraine

Abstract.

Introduction. The current stage of society's development is the time to remove taboos. Around the world begin to speak openly on the previously taboo topics. One of them is the issue of non-traditional sexual orientation. It's natural that in every society there is a certain number of people who have a non-traditional sexual orientation. The reasons for the taboo of this topic in Ukraine include the unreadiness of Ukrainian society to openly discuss it, because firstly the older generation's minds brought up in the ideals of the Soviet era, homosexuality is an inadmissible phenomenon. In addition, in Ukraine, as a Christian state, homosexual relations are openly condemned by the Church. These and other factors affect the fact that manifestations of homophobia and transphobia, stigmatization, discrimination and violations of the rights of people with non-traditional sexual orientation are quite frequent. The issues of homophobia, transphobia, and discrimination of LGBT-people are not underdeveloped, but Ukrainian scientists did not focus on the aspect of stigmatization of LGBT-people.

Different types and aspects of stigmatization are investigated in the Ukrainian scientific space: from the stigmatization as a sociocultural phenomenon, to individual manifestations of stigmatization in various spheres of social life. However, there was still no detailed study of stigmatization based on sexual orientation, because the study of this subject by Ukrainian researchers began relatively recently and was carried out within the framework of Western stigma theories (although there are certain empirical researches concerning sexual stigma that make it possible to draw certain conclusions regarding the actions of this mechanism in Ukraine). Based on Western methodologies for studying this phenomenon in Ukraine, given its specificity in our country, it requires modification of these approaches, adapted to modern Ukrainian realities. This determines the theoretical relevance of this topic. The study of this phenomenon

in Ukraine, based on Western methodologies, requires modification of these approaches, adaptation to modern Ukrainian realities. This fact determines the theoretical relevance of this topic.

In practical terms, the study of this topic is relevant, because it can be a ground for studying the level of tolerance to LGBT-people in Ukraine, problems of that category of people in Ukrainian society and the search for ways to regulate them; it can be a useful material for gender studies and the basis for further research on this topic. Our research will also be relevant to the activities of public organizations dealing with gender issues, issues of equality and human rights because the study of stigma will help prevent social divisions in relations between heterosexual people and representatives of the LGBT community. Thus, the applied dimension of the study is quite obvious: to "remove stress" and overcome the "points of schism" in the modern Ukrainian society, and, consequently, to normalize relations in it by increasing the level of tolerance and trust between different socio-cultural groups of society.

Purpose. the analysis of the features of the phenomenon of stigmatization based on sexual orientation in modern Ukrainian society.

Methods. Since sociology is a multi-paradigm science, we relied on the methodological principles of various scientific approaches. In particular, the theoretical and empirical study of this topic relies on the principles of structural functionalism, since the phenomenon of stigmatization is described in terms of a system having a certain structure, types, determinants, and consequences, is exposed to the factors of a wider system - society and, in turn, has the property of influencing on this system. However, the methodology of structural functionalism limits the depth of the study of stigmatization, and therefore the methodological principles of symbolic interactionism have been used to interpret the phenomenon of gender stigmatization as a certain symbol bearing the usually negative content and to explain how an individual's assessment (representative's of LGBT) of himself, based on his society's assessment. The research is also based on I. Goffman's concept of stigma, set forth in his work "Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity" (Goffman, E. 1963). Consequently, we adhere to the interpretation of the concept of "stigma" by I. Goffman and rests on the

stigma typology identified by the author. In addition, we take into account the fact that the differences between the non-stigmatized and stigmatized ("we" and "them") groups are exaggerated (which offset the differences within the groups themselves), and social interaction with the stigmatized person often involves discrimination leading to reduce the lifespan of a person who has stigma. Also, the methodology includes P. Byrne's interpretation of stigma, who treats the concept of "stigmatization" as an action, a certain sequential mechanism that includes the outlined steps. So, using the western stigmatization theories, the mechanism of stigma overlaying and its effects within the Ukrainian space is analyzed.

Methods of gathering information: General scientific methods: analysis and synthesis (analysis of various approaches to the study of sexual orientation and stigmatization and formed in thematic blocks), comparative method (compared the approaches to the study of the phenomenon of stigmatization, as well as comparison of secondary data), deduction (scientific research was conducted from general to concrete, that is from the outline of the general approaches to the interpretation of the phenomenon of stigmatization to specific theories, the allocation of certain important features of stigmatization on the basis of sexual orientation, its types, causes, consequences, etc.). Empirical methods: in-depth interviews (which allow to capture individual views of people about the problem of stigmatization based on sexual orientation and establish certain tendencies regarding the course of the process of imposing stigma in the Ukrainian society, in particular in Lviv), the method of focus group research (which allows to diversify information, reveal controversial moments, the most important factors that influence the stigmatization of the LGBT community in the Ukrainian society).

Results. Stigmatization is a process of imposing the stigma label. Stigma is the result of selective perception, the distinction between "we" and "they" groups (Goffman, E. 1963).

Stigmatization based on sexual orientation is a special kind of stigmatization. Sexual stigma (based on sexual orientation) ties to any non-heterosexual behavior, identity, relationship or community, it is a socially

widespread perception of the underdeveloped homosexuality status status comparing to heterosexuality (Teliti A. 2015). There are three varieties of sexual stigma (Herek G. 2009): felt-stigma (meaning the person's expectation of stigmatization), internalized stigma or self-stigma (hidden negative attitude towards oneself and their own homosexual desires) and enacted stigma (open behavioral expression of stigma).

The most significant effects of stigmatization based on sexual orientation include inequality between heterosexuals and homosexual people, which is *expressed and fixed in the form of hierarchical relations within society and correlates with discrimination*. Sexual stigma is characterized by consolidation (in the past or today) at the institutional level, for example in medicine, religion, legislation (in particular, religion is one of the most important factors in the stigmatization of LGBT). The peculiarity is that there is a fact of ungrounded or intense perception by themselves (LGBT) as a stigmatized group (by default) because heterosexual people do not always show a lack of bias in themselves. The problem in modern society is that any member of society can be attributed to this stigmatized group on the basis of having some external "attributes of homosexuality", as well as by frequent concealment by representatives of the LGBT community of their orientation. There is a gradation in the strength of stigmatization about certain groups of LGBT communities. In particular, there is a higher level of tolerance to lesbians than gay or transgender people. Stigmatization also manifests itself in the absence of the necessary, adequate state support.

Analyzing the reports of social and public organizations, independent researchers for the years 2008-17 (Martseniuk T., 2010; Compliance with human rights 2009; Status and problems of LGBT movement in Ukraine, 2013; A New Beginning, 2018; Minorities Report, 2017; Basic principles and ways of forming of a common identity of Ukrainian citizens, 2017; Ukrainian society and European values, 2017), we found a tendency of increase of the tolerance level towards the LGBT community, but we cannot claim that the **real** Ukrainian level corresponds to the same indicator **in developed countries**.

Certain features of stigmatization practices in relation to LGBT: due to the dominance of gays' social activity, this group suffers the greatest stigma; LGBT movement in Ukraine is not well-organized: not enough activists and resources for effective activity - it cannot fully achieve its goals; an "homophobization" through manipulations, speculations on this topic; any social activity associated with LGBT is impeded. We found that Ukrainians are not quite ready to accept the LGBT community in any capacity (even as citizens of their country).

To study the features of stigmatization based on sexual orientation in the Ukrainian space, a program of empirical research on "Causes, manifestations and possible consequences of the stigmatization based on sexual orientation in modern Ukrainian society" was compiled. The aim was to identify the features of stigmatization of people with non-traditional sexual orientation in different age groups of Lviv. To accomplish this goal, eight in-depth interviews were conducted to see the personal experiences of ordinary people who can face LGBT in their everyday life and observe or participate in social interaction with them. As well as two focus group interviews to diversify information, identify the most important factors influencing the stigmatization of LGBT community representatives in Ukrainian society, understanding the vision of the problem by the subject of the study.

Through the in-depth interviews, some of the planned categories were confirmed and new indicators were discovered that would allow us to talk about new LGBT attributes, including changes in appearance (modification), use of cosmetics, an HIV-tag. In addition, the *reasons* for stigmatization of LGBT are highlighted by the informants: lateness in-state development, specific education, unwillingness to understand, social sentiment, lack of personal acquaintances. The informants also expressed their views on the *manifestations* of stigmatization of LGBT: Internet violence, labor inequality, ridicule, the need to remain silent (manifestation), glass ceiling, pity, latent stigmatization, lack of government support. The following were also the *consequences* of stigmatization of LGBT representatives: intercession, impossibility to create a family, spontaneous attitude, "hunting," the need to remain silent (consequence), LGBT publicity, pressure, "anti-homophobia". These newly highlighted informants, indicators give

me an opportunity to talk about the ***diversity and multifractality of the phenomenon of stigmatization of LGBT*** in the Ukrainian space.

Focus-group interviews. The category "Attitude": participants argued that the attitude towards the LGBT community is between the neutral (from the majority of young people) and sharply negative (from the side of mainly the older generation). This tendency is alarming because such attitude *leads to social splits* - the division of society into "us" and "they", which is a factor of conflicts, hostility, "loosening" of the social system.

By the "Attributes" category the participants approved the achievements of the previous study and added new ones: specific coloring, removing the borders of "male" and "female", expressive self-presentation, weakness, tenderness, care, styling (the last four - for men), the frame of LGBT. These “Attributes” give us the opportunity to see stereotypes impact on “LGBT character”.

The third block of the focus group interviews was a kind of brainstorming to highlight the causes, manifestations, and consequences of stigma, discrimination and negative attitudes in the LGBT community in general. Participants of focus-group discussions were supposed to fill in the sheet to get the **"cause-manifestation-consequences"** formula. Regarding features of the process in Ukraine, the participants identified the following elements. Reasons: the correlation of LGBT with HIV, a distorted image of [the LGBT representative] in the media, conservatism. Manifestations: "non-tolerant" questions, denial of religious rites, talking about non-acceptance in the family (for example, "if my son was a gay, I would give up from him"). Consequences: for LGBT: suicide, usage of the fact of orientation for mercenary purposes, emigration, decrease in self-esteem, apathy, mental disorders; for a society: a bilateral rally / struggle for rights (on both sides), a bad attitude of other states / perception of Ukrainian society as a “back-viewing” by other states; the transmission of negative attitude to the next generations, the spread of infectious diseases (due to the unwillingness of LGBT people to seek medical advice, to be aware of, etc.), the polarization of society, discrimination against people who support the LGBT community, xenophobia.

Table 1. Thoughts of participants of FGI about cause-manifestation-consequences

of LGBT stigmatization.

Reasons	Manifestations	Consequences	
		For LGBT	For society
Harassment of LGBT for 70 years - Soviet era	Images	Suicide	Polarization of society is a two-way protest
Religiosity	Isolation - Ignoring	Depression	Xenophobia
Education [specifics]	Aggression / fights	Apathy	Violence
Unnatural Sexual Orientation	Neglect	Hatred	Stagnation
Alienation of the new (conservatism)	Denial of religious practices	Decrease in self-esteem	The spread of infectious diseases
The novelty of this [the openness of unconventional sex. orientation] phenomena	Infringement of rights	Usage of the fact of their orientation for selfish purposes	Broadcast of the negative attitudes to the next generations
Impossibility of continuing the lineage [LGBT couples]	Family rejection	Emigration	Perception of Ukrainian society as backward by other states
Relating LGBT people to AIDS.	Jokes	Persecution	Discrimination against supportive people
Awareness	"Wrong" words (intolerant)	Loss of social connections	
Disease [perception of non-traditional orientation as a disease]	Ticking with your finger	Mental disorders	
Distorted Image (Media)	Beating	Aggression in response	
	Harassment	Self-isolation / social divisions	
	Psychological pressure	The desire to give up their orientation	
	Intolerant issues		
	Refusal of employment		
	Negative attitude from the authorities		

It should be noted that none of the participants chose the "Neutral" option regarding the public's attitude to LGBT people. Analyzing the answers of the participants, it is impossible to determine the exact pole of the attitude of Ukrainian society to the LGBT community, but it should be noted that the vector is somewhat negative, based on such indicators as Unkind, Unethical, Non-tactful, Unsuitable, Non-Progressive, Non-Progressive, Non-Progressive, Non-Progressive. However, most participants still agree that the attitude of Ukrainians to LGBT people is non-aggressive and humane. During the discussion, the hypothesis about the *negative* attitude of the Ukrainians to LGBT people is more affirmed. The emphasis is on the more negative attitude of the older generation brought up on the ideals of the Soviet era, and the youth are more loyal in this sense.

Most men and women have been found to believe that men's attitude towards gays is total rejection. Men's attitude toward lesbians is closer to neutral and women's one to partial acceptance. Men's and women's views on the attitude of men to transgender and transgender people are between partial and complete rejection. For men, women's attitudes toward gays are closer to neutrality and partial acceptance, and for women, between neutrality and partial rejection. Men's attitudes toward lesbians are also closer to neutrality and partial acceptance, but women's view is between neutrality and partial rejection. According to men and women, which took part in the discussion, the attitude of women to transgender and transgender people is between neutrality and partial rejection. Was found a tendency that women's attitudes are less radical - that is, closer to neutral to all LGBT groups. The discussion revealed that more stigmatized LGBT groups are transgender (inter-sex) and gay, and less - lesbians. At the same time, the most stigmatized group on the part of men is gays. It should also be noted that participants are inclined to believe that women are more loyal in this sense.

The P. Byrne's mechanism of stigma suppression (identification of differences, constructing stereotypes, categorization, discrimination) during the study was found in the informants' responses and therefore confirmed. This testifies to the adequacy of this mechanism to Ukrainian realities and provides an integral picture of the process of implementing stigma. To illustrate it, we created the final conceptualization of the Sexual Stigma in Ukraine.

Table 2. The conceptualization of the Sexual Stigma in Ukraine.

Sexual stigma									
Attitude		Attributes		Reasons		Manifestations		Consequences	
To LGBT	To different groups of LGBT			Individual, psychological	Social	Physical, social, direct	Individual, interpersonal, indirect	Social	Customized
Positive	To gays	Mannerism	Femininity (Men)	Individual, psychological	Stereotypes	Beating	Uncomfortable interaction	Exclusion	Chronic stress
Negative	To lesbians	Appearance modifications	Use of cosmetics	Fear	Stereotypes	Beating	Uncomfortable interaction	Exclusion	Chronic stress
Neutral	To bi-sexual	Blurring the boundaries of male and female	Expressive self-presentation	Incomprehension	Social attitudes	Harassment	Disgust to LGBT people	Discrimination	Spoiled identity
	To inter-sex	Masculinity (in women)	Specific coloring	Specific upbringing	Distorted image	Labor inequality	Internet violence	Anti-homophobia	Deviance actualization
		Conversation style	HIV label	The reluctance to understand	Delayed development of the state	Glass ceiling	Mockery	Discrimination against supportive people	Pressure
		Weakness, tenderness (in men)	LGBT frame (social border)	Lack of personal acquaintance	Fixation of negative experiences	Lack of state security	The need to remain silent	Shifting stigma to other people	Too shy / aggressive behavior
		Well-groomed, stylish (in men)		Conservatism	Cultural and historical factors	Denial of religious	Pity	Hunting	Spotting Attitudes
					Attitudes of society		Latent stigma	Protection	Inability to have a family
							Not tolerant questions	Perception of Ukrainian society as backward by other states	The need to remain silent
							Family rejection	Publicity of the topic	Apathy
								Polarization of society	Emigration
								The struggle for rights (bilateral)	Decrease in self-esteem
								Broadcast negative attitudes to the next generations	Usage of the fact of orientation for selfish purposes
								The spread of infectious diseases	Mental disorders

Keywords: *stigma, stigmatization, sexual stigma, discrimination, LGBT, homosexuality, homophobia*

The authors declare that they have no competing interests

References

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Shcherbakova, A. (2011) Explication of the problem of stigmatization as a consequence of the development of social contradictions in contemporary sociological concepts. *Proceedings of the Sociosphere Conference No. 25*, 17-21. Retrieved from <http://cyberleninka.ru/article/n/eksplikatsiya-problemy-stigmatizatsii-kak-sledstviya-razvitiya-sotsialnyh-protivorechij-v-sovremennyh-sotsiologicheskikh>
- Teliti, A. (2015). Sexual prejudice and stigma of LGBT people. *European Scientific Journal* vol.11, No.14, 60–69. Retrieved from <https://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/5674/5427>
- Martseniuk, T. (2010). The LGBT movement in Ukraine: 10 years later. *Gender Studies*. No 20-21, 134-148. Retrieved from https://www.google.com.ua/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwixxoHjj_naAhWDDuWKhD4BA50QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fekmair.ukma.edu.ua%2Fbitstream%2F123456789%2F1098%2F1%2FMartsenyuk%20LGBT%20dvidzenie.pdf&usq=AOvVaw355fLfEUSG9GUn1CG4Y40R
- Compliance with human rights against LGBT in Ukraine in 2008-2009. (2009). *National Report on the Status of Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender (LGBT) Persons in Ukraine, 2008 - 2009*. Retrieved from http://gay.org.ua/publications/gay_ukraine_2009-r.pdf

- Status and problems of LGBT movement in Ukraine. Analytical note (2013). National Institute for Strategic Studies. Retrieved from <http://www.niss.gov.ua/articles/1206/>
- A New Beginning. LGBTI situation in Ukraine in 2016 (2017). Nash Mir Center, 56. Retrieved from http://gay.org.ua/publications/lgbt_ukraine_2016-e.pdf
- On the Rise. LGBT situation in Ukraine in 2017 (2018). Nash Mir Center, 55 c. Retrieved from http://gay.org.ua/publications/lgbt_ukraine_2017-e.pdf
- Minorities Report 2017: attitudes to sexual and gender minorities around the world (2017). The ILGA-RIWI Global Attitudes Survey on sexual, gender and sex minorities, in partnership with Viacom, Logo and SAGE, 74. Retrieved from https://www.ilga.org/downloads/ILGA_RIWI_Minorities_Report_2017_Attitudes_to_sexual_and_gender_minorities.pdf
- Basic principles and ways of forming of a common identity of Ukrainian citizens (2017). Information and analytical materials for the Roundtable on April 12, 2017 Retrieved from http://razumkov.org.ua/images/Material_Conference/2017_04_12_ident/2017-Identi-3.pdf
- Ukrainian society and European values. Sociological Survey Report (2017). Gorshenin Institute. Retrieved from https://www.slideshare.net/mResearcher/57-80310644?ref=https://zaxid.net/mayzhe_40ukrayintsiv_ne_gotovi_priymati_do_svogo_otochennya_predstavnikov_lgbt_n1439727
- Herek, G. (2009) Sexual Stigma and Sexual Prejudice in the United States: A Conceptual Framework. Contemporary Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Identities. Retrieved from <http://blogs.law.columbia.edu/genderandsexualitylawblog/files/2012/04/Sexual-Stigma-and-Sexual-Prejudice-in-the-United-States-A-Conceptual-Framework.pdf>

TRAUMA-INFORMED APPROACH IN THE DEVELOPMENT OF INCLUSIVE EDUCATION ENVIRONMENT IN THE HIGHER SCHOOL

Anastasiia Bednarska¹, Mariana Hasiak², Iryna Krasilych³

Lviv Polytechnic National University, Lviv, Ukraine

Abstract.

Introduction: According to statistics, the number of students with disability at Lviv Polytechnic National University is 374 people; the number of veteran-students is 6; the number of students-children of veterans is 811. Moreover, there is a Ukraine-Norway Project conducted on the basis of Lviv Polytechnic providing retraining courses for veterans and their family members. In the five years of the project implementation, 428 people have been trained at Lviv Polytechnic. To meet the educational needs of those categories of students the Accessibility Services for students with disability and Veteran Services for combatants, their family members and IDPs have been established at Lviv Polytechnic. The activities of those services are aimed at providing support to students with disability, veteran students, students-family members of veterans, internally displaced persons; ensuring the provision of necessary information and assistance in higher education settings. For the successful functioning of these and similar services, it is important to study the post-traumatic stress disorder (PTSD) and the trauma-informed approach (TIA). Furthermore, the realities of Ukrainian society give impetus to the experience of traumatic events not only to the above-mentioned categories of students, but also to others who do not belong to them. Therefore, it is advisable to comprehensively study and implement the trauma-informed approach in the educational process to ensure inclusive education environment for each category of students with special educational needs.

Purpose: The purpose of the article is to highlight the importance of the development of trauma-informed approach to meet the needs of students experiencing trauma, students with disabilities and veteran-students particularly.

Methods: *Theoretical research methods* were used to determine the needs of students experiencing trauma to be met in educational process using the trauma-informed approach at higher schools of Ukraine on the example of Accessibility and Veteran Services at Lviv Polytechnic.

Results: Inclusive education has been considered as a part of social inclusion. Key issues of the development of inclusive education environment are addressed based on applying trauma-informed approach. The purpose to implement a trauma-informed approach in academic environment is identified based on scientific research data and needs assessment. The two basic concepts of trauma-informed approach realization have been developed.

For the first time in the national scientific opinion the possibilities of implementing an inclusive educational environment in the higher education

institutions of Ukraine, taking into account the needs and problems of students experiencing trauma were described.

During the educational process, the trauma-informed approach is important to be used when detecting the following symptoms: limited ability to focus, anxious or obsessive thoughts, inability to consistently do research and attend classes, panic attacks with difficulty of breathing, rapid heartbeat, sweating, and deep agitation of short and / or long-term memory, fatigue, decreased concentration and attention, lack of initiative and motivation, irritability and increased sensitivity to stress, inappropriate behavior and poor social skills, slow response rates, difficulty in solving problems, difficulties in planning and sequencing, depression, anxiety and low self-esteem, impulsiveness, loss of taste and smell, dizziness and difficulty with balance, epilepsy and convulsions, headaches, decrease or change in vision, chronic pain, paralysis, difficulty in reading and summarizing (processing information).

Some of these characteristics are very individual, others are the opposite, and are noticeable at once. That is why it is important to disseminate information among the academic community. At the same time, the above-mentioned attributes not only to students who are experiencing/have experienced trauma, but also may concern students with mental health disorders, which in turn make it possible to create an inclusive educational environment tailored to these categories of students as well.

It is important to understand that a student with special educational needs has the same responsibilities as all other students. It is to attend classes and fulfill the basic requirements of the course. The role of the instructor is to help the student in finding solutions to fulfill these responsibilities, not to lower expectations because of the student's special educational needs, abide by the principles of confidentiality regarding the personal information of the student with special educational needs.

To address the above need, we plan to carry out further research in this field in relation to the practical work of the “No Limits” Accessibility Services and the Veteran Services at Lviv Polytechnic, taking into account the international experience, with a focus on the American and Canadian approaches.

Conclusion: To achieve the research goal and objectives in creating the environment friendly to people in difficult life circumstances the trauma-informed approach to providing educational services is suggested to be implemented. In the practice of trauma-informed approach realization, the two foci are distinguished, i.e., achieving personal development and wellness of the students experiencing trauma via special services provided for them (by Students Accessibility Services and Veteran Services at Lviv Polytechnic) and transforming the environment through educational work with the University academic community.

Keywords: *students experiencing trauma, academic environment, inclusive educational environment, special educational needs, trauma-informed approach, PTSD, inclusive education, veteran space, students with disabilities, social inclusion*

The authors declare that they have no competing interests

References

- Avksentieva, T. A., & Lisnychenko, A. P. (2016). The ways of inclusive education integration into higher educational establishments of Ukraine. *Scientific notes of Vinnytsia State Pedagogical University named after Mikhail Kotsyubynsky. Series: Pedagogy and Psychology*, 48, 135-138.
- Arishchenko, A. (2018). Inclusive Educational Environment of Ukrainian Universities: Current State and Trends of Development. *Pedagogical sciences: theory, history, innovative technologies*, 5, 381-389.
- Bondar, T. I. (2014). Creating an inclusive educational environment in the higher education system of Ukraine. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*, 27, 20-24.
- Herman, Dzh. (2019). *Psychological trauma and the way to recovery: the effects of violence - from domestic harassment to political terror*. Translated from English: Oksana Lizak, Oksana Nakonechna, Oleksandr Shlapak. Lviv: The Old Lion Publishing House, 424.
- Karut, K. (2017). *To hear trauma: Talk to leading specialists in the theory and treatment of catastrophic experiences*. Trans. from English: Catherine Disa, 496.
- Kolupayeva, A. A, Taranchenko, O. M, Naida, Yu. M., & Belozerskaya, I. O (Eds.). (2011). *Fundamentals of Inclusive Education: training manual*. K.: «A. S. K.», 308.
- Lazorenko, B. P. (2015). Paradoxical reaction in the socio-psychological technologies of coping with psychotrauma and PTSD. *Psychological assistance to a person experiencing the consequences of traumatic events: collect. of articles of the Ukrainian-Polish scientific seminar*, 68-76.
- Myronchak, K. V. (2012). Psychological impact of fear of death on the individual. *Bulletin of the Lviv State University of Internal Affairs*, 2(2), 361-370.
- Osadko, O. Yu. (2015). Actual problems of counselling for victims of conflict in the East of Ukraine. *Psychological assistance to a person experiencing the consequences of traumatic events: collect. of articles of the Ukrainian-Polish scientific seminar*, 77-87.
- Simaeva, I. N., & Khitryuk, V. V. (2014). Inclusive educational space: SWOT-analysis. *Bulletin of the Baltic Federal University named after I. Kant*, 5, 31-39.
- Fert, O. H. (2014). Theoretical approaches to the organization of inclusive education in the context of education of student youth in higher education. Ukrainian and Canadian experience. *Innovative Approaches to Educating*

- Student Youth in Higher Education: Mater. of the International Scientific and Practical Conference*, 263-270.
- Blank Jr, Arthur S. (1985). “Irrational Reaction to Post-Traumatic Stress Disorder and Vietnam Veterans”. In Sonnenberg, Stephen M., Blank Jr., Arthur S., & Talbott, John. (Eds.), *The Trauma of War: Stress and Recovery in Vietnam Veterans*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bloom, Sandra L. (2009). *The Sanctuary Model: A Trauma Informed Operating System for Organizations*. Center for Nonviolence & Social Justice. School of Public Health, Drexel University. Retrieved from: www.sanctuaryweb.com
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 38. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingACES-508.pdf>
- Davoine, F., & Gaudilliere, J. (2004). *History beyond Trauma*. New-York: Other Press.
- Felman, S., & Laub, D. (1991). *Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis and History*. New York: Routledge, 312.
- Harris, M., & Fallot, R.D. (2001). Using trauma theory to design service systems. *New Directions For Mental Health Services*, 89, 1-103.
- Herman, J. (2000). *Father-Daughter Incest*. Harvard University Press, 336.
- Klinic Community Health Centre. (2013). *The Trauma Toolkit Second Edition. A resource for service organizations and providers to deliver services that are trauma-informed*. Retrieved from: https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf
- Lifton, Robert J. (1979). *The Broken Connection: On Death and the Continuity of Life*. New York: Basic, 495.
- Onno van der Hart, Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: Norton, 420.
- Rodrigue-Pare, J. (2011). *Post-traumatic stress disorder and the mental health of military personnel and veterans*. Ottawa: Library of Parliament, 16.
- Sareen, J., Cox, B.J., Stein, M.B., Afifi, T.O., Fleet, C., & Asumdson, G.J. (2007). Physical and Mental Comorbidity, Disability, and Suicidal Behaviour Associated with Post traumatic Stress Disorder in a Large Community Sample. *American Psychosomatic Society*, 69, 242-248.
- University of Manitoba. (2019). *Student accessibility services handbook for faculty and staff Equal Access for all*, 51. Retrieved from: <https://umanitoba.ca/student/accessibility/media/SAS-Handbook.pdf>

Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14, 171-181.

Van der Kolk, Bessel A. (2014). *The Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. New York: Viking, 464

ЗАСТОСУВАННЯ ТРАВМА-ПОІНФОРМОВАНОГО ПІДХОДУ У ФОРМУВАННІ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Беднарська Анастасія Миронівна¹, Гасяк Мар'яна Степанівна², Красілич
Ірина Олегівна³

Національний університет «Львівська політехніка»

¹Магістр соціальної роботи, кафедра соціології та соціальної роботи, фахівчиня Міжнародного центру професійного партнерства «Інтеграція»

²Аспірантка кафедри соціології та соціальної роботи, магістр міжнародних відносин, фахівчиня Міжнародного центру професійного партнерства «Інтеграція»

³Кандидат економічних наук, фахівчиня Міжнародного центру професійного партнерства «Інтеграція»

Розглянуто ключові питання формування інклюзивного освітнього середовища у вищій школі через застосування травма-поінформованого підходу для забезпечення освітніх потреб студентів, які пережили/переживають травматичні події. Обґрунтовано важливість розвитку простору для студентів з інвалідністю та студентів-ветеранів в академічному середовищі. У практиці формування інклюзивного освітнього середовища через застосування травма-поінформованого підходу виділено два напрямки: досягнення особистого розвитку через роботу фахівців (Служби доступності та Ветеранської служби у Львівській політехніці) та трансформацію академічного середовища через інформування викладачів, студентів та адміністрації університету. Обґрунтування необхідності застосування травма-поінформованого підходу у процесі формування інклюзивного освітнього середовища здійснено завдяки застосуванню теоретичних методів – систематизації та аналізу джерел, порівняння і узагальнення отриманої інформації, а також методу емпіричного дослідження – спостереження за людьми, що пережили/переживають травматичні події.

Ключові слова: студенти, які пережили/переживають травматичні події, академічне середовище, інклюзивне освітнє середовище, особливі освітні потреби, травма-поінформований підхід, посттравматичний стресовий розлад, ветеранський простір, студенти з інвалідністю, соціальна інклюзія.

Постановка проблеми. У Національному університеті «Львівська політехніка» триває процес формування інклюзивного освітнього середовища. Згідно з Наказом Ректора №43-10 від 14 березня 2017 року в Університеті створено Службу доступності до можливостей навчання «Без обмежень» (далі – Служба доступності). Станом на жовтень 2019 року в Університеті навчалось 374 студенти з інвалідністю. Служба доступності спрямовує свою діяльність на допомогу студентам з інвалідністю, зумовлену різними нозологіями.

Сучасне українське суспільство функціонує в умовах війни. Тому все частіше виявляється необхідність роботи зі студентами, які пережили травматичні події; найчастіше такими студентами стають безпосередні учасники бойових дій, члени їхніх сімей та внутрішньо переміщені особи. За даними на 2019 рік у Львівській політехніці навчаються: 6 студентів-осіб, визнаних учасниками бойових дій, 811 студентів-дітей учасників бойових дій. Також на базі Університету проводяться курси із соціальної адаптації та професійної перепідготовки військовослужбовців, звільнених у запас та членів їх сімей (Проект «Україна-Норвегія»). За п'ять років реалізації проєкту у Львівській політехніці навчання пройшли 428 людей, які представляють перелічені категорії. Саме тому навесні 2019 р. Наказом Ректора №135-1-10 від 20 березня було створено Ветеранську службу для учасників бойових дій, членів їхніх сімей та внутрішньо переміщених осіб (далі - Ветеранська служба).

Діяльність Ветеранської служби має на меті надання навчальних та допоміжних послуг студентам-ветеранам війни, студентам-членам сімей ветеранів війни, внутрішньо переміщеним особам; забезпечення надання необхідної інформації та допомоги в умовах навчання у закладі вищої освіти. Для успішного функціонування цієї та подібних служб важливим є вивчення травма-поінформованого підходу (ТПП) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Важливо зазначити, що не всі учасники бойових дій, члени їхніх сімей чи внутрішньо переміщені особи, а також люди з інвалідністю мають ПТСР. Разом з тим, студенти, котрі не належать до жодної з цих груп, можуть мати ПТСР і потребувати застосування травма-поінформованого підходу в організації навчання. Як свідчить американський досвід, більш, ніж половина студентів-ветеранів мають ту чи іншу форму інвалідності. Зокрема, за даними Ветеранської служби Фредерік Ком'юніті Коледжу (США) 58 % студентів-ветеранів мають інвалідність. Саме тому травма-поінформований підхід та вивчення і поширення інформації про ПТСР у академічному середовищі невіддільно від процесу формування інклюзивного освітнього середовища.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Травму у різних контекстах вивчали науковці, зокрема такі вітчизняні дослідники, як: К.В.Мирончак (2012; досліджує вплив страху смерті на особу);

О.Ю.Осадько (2015, вивчає психологічну допомогу потерпілим від конфлікту); Б.П. Лазоренко (2015, розглядає опанування психотравми і ПТСР як парадоксальну реакцію в контексті соціально-психологічних технологій).

Визначними дослідженнями травми є роботи таких закордонних дослідників і практиків, як-от: Джей Ліфтон (1979) – досліджував травму крізь призму смерті (дослідження Хіросіми, В'єтнаму, Голокосту, загрози ядерної війни); Дорі Лауб (1991) – пережив Голокост, психоаналітик, який займається клінічним лікуванням травм тих, хто вижив у катастрофічних ситуаціях; Франсуаза Давуан та Жан-Макс Годієр (2004) – психоаналітики-практики, які досліджують взаємозв'язок божевілля та травми; Джудіт Герман (2000) – лікарка-психіатр (Гарвардська медична школа) – досліджує взаємозв'язок травми та інцесту; Бессель А. ван дер Кольк (2014) – психіатр – досліджує ПТСР, роль мозку та тіла в етіології та лікування травми; Онно ван дер Гарт (2006) – розглядає дисоціативні розлади як основоположний фактор травматичного досвіду; Артур-Бланк молодший (1985) – психоаналітик (Вашингтон), психіатр, який одним з перших визнав вплив травми на солдатів, що повернулися з війни у В'єтнамі, і в рамках Адміністрації ветеранів займався лікуванням травми і спеціальним лікуванням ПТСР у ветеранів війни. Джудіт Герман (2019) – лікарка-психіатр, професорка Гарвардського університету, яка спеціалізується на терапії жертв насильства, виміру психологічної травми та комплексному процесі видужання.

Створення інклюзивного освітнього середовища має важливий вплив на соціалізацію осіб, що пережили чи переживають травму загалом. Вагомий внесок у дослідження особливостей формування інклюзивного освітнього середовища зробили такі дослідники: Т.А. Авксентьева (2016), А. Аріщенко (2018), Т.І. Бондар (2011), А.А. Колупаєва (2014), О.Г. Ферт (2014). Разом з тим, дослідження формування інклюзивного освітнього середовища на засадах застосування травма-поінформованого підходу наразі відсутні.

Мета статті – розробити рекомендації до застосування травма-поінформованого підходу до викладання та роботи зі студентами / слухачами / здобувачами в Університеті як складової формування інклюзивного освітнього середовища для людей, які пережили / переживають травматичні події.

Виклад основного матеріалу. Концепція формування інклюзивного освітнього середовища у закладах вищої освіти сьогодні є актуальною для всіх, хто має відношення до організації інклюзивного навчального процесу, надання інклюзивних освітніх послуг, а також потребує адаптованих умов в процесі навчання. Відтак, зосередимо свою увагу на важливих аспектах формування інклюзивного освітнього середовища у ЗВО для осіб, які пережили травму. Створення інклюзивного освітнього середовища базується

на принципах: соціальне спрямування освітнього процесу (допоможе студенту, який пережив травму, включитись у більшість сфер життєдіяльності суспільства); індивідуалізація та персоніфікація освітнього середовища (передбачає адаптацію освітнього процесу до потреб та особливостей кожного студента) (Симаева, & Хитрюк, 2014); мотивація та стимуляція внутрішнього потенціалу особи; максимізація соціальних ресурсів; вимогливість у поєднанні з гуманізмом (Авксентьєва, 2016).

Враховуючи реалії, в яких функціонує українське суспільство вже понад п'ятиліття, важливо розглядати формування інклюзивного освітнього середовища, зважаючи на потреби людей, які пережили / переживають травматичні події у житті. Ніхто не застрахований від переживання травматичного досвіду. У численних дослідженнях, серед яких «Досвід неблагополучного дитинства» Вінсента Фелітті М.Д. та Роберта Анди М.Д. (Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence, 2019), висловлюється припущення, що принаймні 75% населення пережило хоча б одну травматичну подію в їхньому житті.

Особи різного віку, соціально-економічного статусу, культури, релігії та сексуальної орієнтації можуть зазнати травми. Сім'ї можуть травмуватися подією, що трапляється з одним або більшою кількістю її членів. Навіть люди, які не отримали безпосередньо травматичного досвіду, можуть переживати травматичні події через тісний зв'язок з людиною, яка пережила / переживає їх. Своєю чергою, громади можуть зазнавати травматичних впливів через травми, які впливають на їх окремих членів. Цілі культури можуть зазнавати травматичного впливу, у ситуаціях геноциду, війни, насильної асиміляції тощо. *Відтак сьогодні українське суспільство, яке знаходиться у стані війни, може вважатися таким, яке переживає травматичні події.*

Не виключено, що травматичний досвід може набувати організація, яка працює із травмованими людьми. Це відбувається тоді, коли така організація регулярно надає послуги людям, що зазнали травми. Враховуючи цей факт, можна припустити, що поширення інформації про травму та застосування травма-поінформованого підходу допомагатиме не лише споживачам послуг, але і тим, хто їх надає.

«Хоча травма може бути головною причиною труднощів багатьох людей і існує усвідомлення її важливої складової в процесі одужання (в установах громадського психічного здоров'я та соціальних служб), проте виявлення та усунення травми є нечастим явищем» (Harris, & Fallot, 2001). Саме тому для процесу ефективної взаємодії важливе усвідомлення впливу травми на людей. *«Служби, поінформовані про травми, не повинні бути зосереджені на лікуванні симптомів або синдромів, пов'язаних з травмою. Швидше, незалежно від їх основної місії – їх зобов'язання полягає в наданні*

послуг таким чином, що відповідає потребам тих, хто постраждав від травми» (Harris, & Fallot, 2001).

По суті, травма-поінформований підхід замінює стигматизацію людини як «хворої» до такої, що зазнала впливу «травми». Перегляд травми зміщує розмову з питання «Що з Вами не так?» до «Що з Вами трапилося?».

Основними принципами травма-поінформованого підходу є:

- визнання – першочергово, визнання травми як такої;
- безпека;
- довіра;
- вибір та контроль;
- співчуття;
- співпраця;
- акцент на сильних сторонах (The trauma Toolkit, 2013).

Постачальник послуг / Служба / Система / Організація поінформована про травму: усвідомлює широкий вплив травми та розуміє потенційні шляхи до зцілення; розпізнає ознаки та симптоми травми у персоналу, клієнтів, пацієнтів, мешканців та інших осіб, які є учасниками системи; реагує на їх потреби, повністю інтегруючи знання про травму в політику, процедури та практику.

Першочерговості важливості в контексті впровадження травма-поінформованого підходу має розуміння сутності травми та її видів. Зокрема, фахівці виділяють групи травм. *Міжособистісна травма*: насильство над дітьми; сексуальне насильство; історична травма; домашнє насильство; втрата через вбивства; катування та насильницьке ув'язнення; насильство над людьми похилого віку. *Зовнішня травма*: жертви війни; жертви злочинів (може бути і міжособистісним); раптова смерть близької людини; втрата внаслідок суїциду; втрата близької людини внаслідок вбивства; раптова і несподівана втрата роботи, житла, стосунків; життя в злиднях; стихійні лиха; техногенні катастрофи. *Травма розвитку*: насильство над дітьми та нехтування ними; діти, які стають свідками насильства у сім'ї (The trauma Toolkit, 2013).

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найскладніших наслідків травми. Опис та симптоми ПТСР відносяться ще до часів Стародавньої Греції. Однак, лише в 1980 р. сукупність симптомів, віднесених до психічної хвороби внаслідок страждань ветеранів війни у В'єтнамі, було включено до Посібника з діагностики та статистики (DSM) Американської психіатричної асоціації. Тяжкість впливу травми залежить від віку, розвитку людини та джерела травми, тобто від того, чи була травма реляційною, спричинена близьким, кимось поза сім'єю, стихійним лихом, війною тощо.

За даними Канадської асоціації психічного здоров'я, у Канаді діагностовано ПТСР майже в кожного з 10 людей. Більшість людей можуть

відчувати окремі симптоми без розвитку ПТСР. Канадські дослідження визнають, що ветерани бойових дій, миротворці, особи, які вціліли після терористичного нападу та популяції аборигенів зазнають найбільшого ризику щодо розвитку ПТСР (Sareen, Cox, Stein, Afifi, Fleet, & Asumdson, 2007). Частина канадських дослідників ідентифікує жінок як тих, в кого вдвічі частіше, ніж у чоловіків розвивається ПТСР (Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). З огляду на час переживання стресових травм очікується, що 30% солдатів, які брали участь в бойових діях, будуть переживати ПТСР або клінічну депресію (Rodrigue-Pare, 2011).

Люди реагують на травматичні події по-різному, відповідно до своїх індивідуальних навичок подолання стресу та наявних систем підтримки. Дослідження впливу травми на різні групи населення показує, що переважна більшість людей, які особисто не постраждали від жахливої трагедії, не зазнають довготривалої шкоди. У людей може розвиватись ПТСР, коли вони реагують на пережиті травматичні події, емоційно блокуючи їх під час і після травми. Це впливає на те, як вони організують своє життя, і часто змушує сприймати наступні стресові життєві події через досвід попередньої травми. Орієнтація на минуле, таким чином, поступово позбавляє їх життя сенсу та задоволення.

Розгляд ПТСР, зазвичай, зосереджується на трьох елементах:

1. Повторне переживання спогадів про травматичний досвід у зображеннях, запахах, звуках та фізичних відчуттях. Переважно спогади супроводжуються екстремальними фізіологічними станами, а також психологічним стресом, який може включати тремтіння, плач, страх, лют, розгубленість чи параліч.

2. Уникнення нагадувань про травму, а також емоційне оніміння або відсторонення. Це пов'язано з неможливістю відчути задоволення та із загальною відмовою від продовження життя, а також супроводжується посиленням збудження, дратівливості, проблемами з пам'яттю та концентрацією, порушенням сну, перебільшеною реакцією на стрес.

3. Уявлення, яке спричиняє проблему у визначенні теперішнього і травматичного минулого так, що травмовані люди реагують на багато звичайних розчарувань ніби на травматичні події (The trauma Toolkit, 2013).

Основна проблема ПТСР полягає в тому, що певні відчуття чи емоції, пов'язані з травматичними переживаннями, не зникають, продовжують повертатися і не згасають з часом. Люди з ПТСР не в змозі забути про подію і мінімізувати її вплив. Вони можуть не усвідомлювати, що їх теперішні інтенсивні почуття пов'язані з минулим, тому вони можуть звинувачувати своє теперішнє оточення у тому, як вони відчуваються.

Сандра Блум (2009), лікарка, визначила сім зобов'язань організацій, які використовують травма-поінформований підхід, а саме: (1) ненасильство – сприяння формуванню навичок безпеки та прихильності до

вищої мети; (2) емоційний інтелект – допомога у вивченні навичок емоційного менеджменту; (3) соціальне навчання – допомога у формуванні когнітивних навичок; (4) відкрита комунікація – допомога в подоланні бар’єрів для здорової комунікації, навчання щодо вирішення конфліктів, зменшення навичок самозахисту та самокоригування, навчання здорових кордонів; (5) соціальна відповідальність – сприяння формуванню навичок соціального зв’язку, налагодженню здорових стосунків та встановленню справедливості; (6) демократія – допомога у формуванні громадянських навичок самоконтролю, самодисципліни та управління здоровим авторитетом; (7) зростання та зміни – допомога в «опрацюванні» втрати та підготовці до майбутнього.

Ефекти травми дуже індивідуальні, але загалом у людей, які зазнали травми, можливі порушення фізичного, емоційного, поведінкового, когнітивного, духовного, нейробіологічного та реляційного аспектів особистості.

Фізичні відхилення найчастіше проявляються в таких формах: алкоголізм та зловживання алкоголем; хронічна обструктивна хвороба легень; смерть плоду; вживання наркотиків; ішемічна хвороба серця; захворювання печінки; ризик сексуального насильства; кілька сексуальних партнерів; хвороби, що передаються статевим шляхом; куріння; спроби самогубства; непередбачені вагітності; ранній початок куріння; рання ініціатива сексуальної активності; підліткова вагітність.

Емоційні прояви: депресія; почуття відчаю, безнадії та безпорадності; провина; ганьба; самозвинувачення; самоненависть; відчуття себе як поганої людини; тривога; екстремальна вразливість; панічні атаки; побоювання; нав’язливі стани та нав’язлива поведінка; виснаження; дратівливість, гнів і обурення; емоційне оніміння; нав’язливі думки; труднощі у відносинах.

Поведінкові зміни: зловживання алкоголем; вживання наркотиків; азартні ігри; саморуйнівна поведінка; соціальне виключення; вибір друзів, які можуть нашкодити; суїцидальна поведінка; насильство та агресія стосовно інших.

Когнітивні порушення: зникають спогади про травму; забагато спогадів про травму; складність у прийнятті рішень; зниження здатності до концентрації уваги; прокрастинація; відхід від нормальної щоденної рутини; думки про самогубство.

Духовна сфера: відчуття, що життя немає мети та сенсу; відсутність відповідей на питання «хто я такий?», «куди я йду?», «чи я, насправді, маю значення?»; думки про зло; відчуття ізоляції від навколишнього світу.

Нейробіологічні порушення: надмірне вироблення гормону стресу, що не повертається до норми після активації впродовж годин, днів, і проявляється тремтінням, перебільшеною реакцією на стрес; постійно «увімкненою тривогою в мозку», що створює труднощі з впізнанням осіб,

призводить до неправильного тлумачення поведінки інших людей як загрозливих, зумовлює проблеми зі сном, уникнення ситуацій, які сприймаються як страхітливі; частина структур мозку може змінюватися – ставати меншою чи більшою, ніж належить.

Реляційні порушення: труднощі у відчутті любові, довіри у стосунках; зменшення інтересу до сексуальної активності внаслідок травми; емоційне дистанціювання від інших; стосунки можуть характеризуватися гнівом та недовірою; неможливість підтримувати стосунки; труднощі батьківства.

Отже, травма може призвести до: змін головного мозку; порушення імунної системи; посилення фізичного та психічного напруження; зниження довіри; труднощів із прихильністю та конфліктних стосунків; жорсткої чи хаотичної поведінки. Саме тому, системи та організації, що є поінформованими про травму, здійснюють свою діяльність, базуючись на розумінні психологічного, неврологічного, біологічного, соціального та духовного впливу, який може мати травма та насильство.

Результати теоретичного дослідження показали важливість застосування травма-поінформованого підходу в роботі зі студентами у закладі вищої освіти. Враховуючи специфіку особливих освітніх потреб людей, які пережили / переживають травму, важливим є застосування комплексного підходу в оцінюванні потреб цієї категорії студентів. Можна виділити два основні напрями застосування травма-інформованого підходу у формуванні інклюзивного освітнього середовища у Львівській політехніці: (1) безпосередня підтримка та допомога, яка надається Службою доступності та Ветеранською службою (The trauma Toolkit, 2013); (2) формування поінформованого щодо травми середовища завдяки роботі з академічною спільнотою Університету, першочергово з викладачами та студентами (Student accessibility services handbook for faculty and staff, 2019, р. 9).

Перший напрям передбачає нові стандарти практики у роботі з людьми, які пережили / переживають травматичний досвід, як-от:

- налагодження відносини на основі поваги, довіри та безпеки;
- використання перспективи сильних сторін;
- постановка запитань та тверджень з розумінням та без засуджень;
- розгляд поведінки людини з урахуванням того, що це був її спосіб подолати складну ситуацію, спосіб вижити, і вивчення альтернативних способів поведінки як частина процесу відновлення;
- допомога людині у врегулюванні негативних емоцій;
- визнання того, що ситуація, яка сталась з людиною, була поганою, але сама людина не є такою;
- визнання того, що людина не мала контролю над тим, що з нею сталося. Те, як люди пережили травматичні події, насправді було їхнім способом протистояти тому, що з ними відбувається;

- надання людині відповідної та фахової інформації, стосовно проблеми в процесі запропонування їй послуг, з подальшим використанням цих знань під час надання послуг;

- відслідковування та зменшення можливості виникнення тригерів та реакцій на травми.

Другий напрям передбачає найважливіші елементи роботи з людьми цієї категорії у ЗВО та може слугувати джерелом рекомендацій для викладачів у реалізації навчального процесу.

Деякі студенти не знають про ПТСР і не усвідомлюють його у себе, але викладач може спостерігати порушення концентрації уваги, «необережні» помилки, надзвичайну неспокійність або «прискіпливість», неефективну організацію та управління часом.

У цьому випадку корисно приватно обговорити зі студентом свої спостереження, запропонувавши йому/їй підтримку в навчанні, як-от: репетиторство, якщо це доречно, та/або проконсультуватися з Координатором з доступності щодо вибору стратегії навчання у певному випадку. Важливо пам'ятати, що студент також має обов'язки, включаючи: відвідування заняття та виконання всіх вимог курсу.

При вияві ознак ПТСР викладач може самостійно змінити навчальну стратегію викладання або звернутися у відповідну службу підтримки по роботі з такими студентами.

Використання деяких навчальних стратегій для підготовки курсу, викладання лекцій, розробки завдань та іспитів не тільки допоможе досягти успіху студентам з особливими освітніми потребами у групах, але буде корисним і для інших студентів цих груп.

Рекомендації для викладачів:

- конфіденційність та відсутність фонового шуму ефективні у спілкуванні зі студентами з ПТСР;

- надання інформації у письмовій формі для подальшого використання може допомогти компенсувати обмежену короточасну пам'ять і увагу;

- використання аудіозапису занять з лекціями для студентів, які мають труднощі з обробкою слухової інформації та/або одночасним слуханням і конспектуванням;

- друківані копії нотаток та роздаткових матеріалів;

- підбирати добре організовані тексти із посібників, такі як підсумки розділів, словники, покажчики;

- заздалегідь забезпечити доступні списки книг та інші матеріали;

- вказати на основні моменти перед переглядом відео чи фільмів;

- чітко вказати основні питання лекції, використовуючи письмові та усні прийоми для наголосу на них;

- підкреслювати зв'язки між ідеями, використовуючи візуальні, а також словесні методи (наприклад, карти, схеми);

- використовувати діаграми та графіки, коли це можливо, щоб доповнити усне подання інформації;

- чітко пояснювати завдання усно та письмово, із встановленими строками;

- змінювати тестові питання, надзвичайно складної структури речень та питань;

- заохочувати групову роботи, коли це можливо (наприклад, мозковий штурм, завдання).

Висновки і перспективи подальших розвідок. Отже, формування інклюзивного освітнього середовища у закладі вищої освіти важливо здійснювати з урахуванням травма-поінформованого підходу. Під час навчального процесу травма-поінформований підхід важливо використовувати при виявленні наступних ознак: обмежена здатність зосередження уваги, тривожні або нав'язливі думки, нездатність послідовно займатися дослідженнями і відвідувати заняття, панічні атаки з труднощами дихання, прискорене серцебиття, пітливість і глибокий страх, порушення коротко та/або довгострокової пам'яті, втома, зниження концентрації та уваги, відсутність ініціативи та мотивації, дратівливість і підвищена чутливість до стресу, невідповідна поведінка та погані соціальні навички, зниження швидкості реакції, складність з вирішенням проблем, плануванням та послідовністю дій, депресія, тривога та низька самооцінка, імпульсивність, втрата смаку і запаху, запаморочення і труднощі з рівновагою, епілепсія та судом, головні болі, зниження або зміна зору, хронічний біль, параліч, труднощі з читанням і конспектуванням (обробкою інформації).

Деякі з цих характеристик є дуже індивідуальними, інші – навпаки, і є помітні відразу. Саме тому важливим є поширення інформації серед академічної спільноти. Разом з тим, перелічені ознаки першочергово, крім студентів, які пережили / переживають травму, можуть стосуватися студентів з ментальними порушеннями здоров'я, а це, своєю чергою, дозволяє формувати інклюзивне освітнє середовище з урахуванням цих категорій студентів.

Важливо розуміти, що у студента з особливими освітніми потребами є такі ж обов'язки, як і у всіх студентів: відвідувати заняття і виконувати основні вимоги курсу, а роль викладача – допомогти студенту в пошуку рішень для виконання цих обов'язків, не знижувати очікування щодо успішності студента через його особливі освітні потреби, дотримуватись принципів конфіденційності щодо особистої інформації студента з особливими освітніми потребами та бути терплячим.

Подальші дослідження у цій сфері ми плануємо здійснити у зв'язку із практикою діяльності Служби доступності «Без обмежень» та Ветеранської служби у Львівській політехніці з урахуванням міжнародного досвіду, з акцентом на американському та канадському підходах.

THE PROBLEM OF ALCOHOL CONSUMPTION IN LVIV IN THE SOCIOLOGICAL DIMENSION (BY THE MATERIALS OF THE EMPIRICAL RESEARCH)

Halyna Herasym, Olha Herus, Larysa Klymanska, Viktor Savka, Janusz Sieroslawski

Lviv Polytechnic National University, Lviv, Ukraine,
Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland

Abstract.

Introduction. The article was written on the basis of a sociological study of alcohol consumption conducted in the spring of 2019 in Lviv.

Purpose. The purpose of the article is to provide an overview of the conducted research, focusing mainly on patterns of alcohol consumption and awareness of harm from the residents of Lviv region.

Design/Methodology Approach. A quantitative representative sociological survey with a multi-stage proportional stratification sample and a quota at the last stage. The sample size is 1200 people; Lviv - 400 people, Lviv region - 800 people. The study was conducted according to the methodology and using the toolkit of European questionnaires adapted to the Ukrainian conditions, implemented in 2016-2017. (RARHA 2017).

Results. This research has demonstrated the scale of the problems related to alcohol in Lviv. The results obtained indicate the prevalence of the so-called incidental model of alcohol consumption, which at low frequency of drinking implies a high level of its single consumption. Alcoholic beverages are predominant in the structure of alcohol consumption. Mainly alcohol is consumed in a home atmosphere, less commonly consumed in public places.

Limitations and strengths of the study. A limitation and a strength of this study is its focus on only one region of Ukraine - the Lviv region.

Practical/Social Value. The practical value of this research is to create a general panorama of the alcohol situation in the region and promoting the formation of an adequate anti-alcohol strategy for Lviv.

Originality/Conclusions. Reserves have been identified in prevention work, namely a reserve for anti-alcohol activity in communities, for its implementation by public organizations within the framework of integrated social services for the community.

Keywords: *alcohol, patterns of alcohol consumption, anti-alcohol policy*

The authors declare that they have no competing interests

References

Zespół Fundacji Praesterno. (2018) Współpraca z Ukrainą w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w środowisku lokalnym

[URL:/https://www.praesterno.pl/programy-biezace/wspolpraca-z-ukraina-w-zakresie-rozwiazywania-problemow-alkoholowych-w-srodowisku-lokalnym/](https://www.praesterno.pl/programy-biezace/wspolpraca-z-ukraina-w-zakresie-rozwiazywania-problemow-alkoholowych-w-srodowisku-lokalnym/)

RARHA (2017) Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU

Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report

[URL:/http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU%E2%80%932027.02.pdf](http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU%E2%80%932027.02.pdf)

WHO (2000) International guide for monitoring alcohol consumption and related harm (2000)

[URL:/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66529/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

ПРОБЛЕМА СПОЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ НА ЛЬВІВЩИНІ У СОЦІОЛОГІЧНОМУ ВИМІРІ (ЗА МАТЕРІАЛАМИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ).

Галина Герасим, Ольга Герус, Лариса Климанська, Віктор Савка (Львів),
Януш Серославський

Національний університет «Львівська політехніка», Львів, Україна,
Інститут психіатрії та неврології Варшава, Польща

1 Старший викладач кафедри соціології та соціальної роботи

2 Кандидат соціологічних наук, асистент кафедри соціології та соціальної роботи;

3 Доктор політичних наук, професор кафедри соціології та соціальної роботи;

4 Кандидат соціологічних наук, доцент кафедри соціології та соціальної роботи;

5 Координатор польської частини ESPAD, Інститут психіатрії та неврології,
Варшава.

Загальну панораму алкогольної ситуації в країні або в регіоні дають не тільки дані соціальної, медичної і правової статистики, але і результати соціологічних досліджень. У травні 2019 року, з метою діагностики стану вживання психоактивних речовин у Львівській області, в рамках дослідницького проекту, реалізованого польською Фундацією PRAESTERNO (Польща) і кафедрою соціології та соціальної роботи Національного університету «Львівська політехніка», при фінансуванні Державної агенції вирішення алкогольних проблем (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) PARPA (Польща, Варшава), проведено репрезентативне анкетне опитування 1200 респондентів віком від 18 років (800 у населених пунктах Львівської області та 400 у м.Львові). Польовий етап робіт виконувала львівська соціологічна агенція ФАМА при співпраці з кафедрою соціології та соціальної роботи Національного університету «Львівська політехніка». Дослідження здійснене за методологією та з використанням адаптованого до українських умов інструментарію європейських анкетних опитувань, реалізованих у 2016-2017 р.р. (RARHA 2017) . Тому отримані результати дають змогу не лише зафіксувати стан проблеми за апробованими у країнах Євросоюзу методиками, але й спостерігати її стан на Львівщині у порівнянні із ситуацією в країнах Європейського Союзу.

Оскільки метою статті є огляд лише частини проблем, піднятих у дослідженні, ми свідомо обмежимося лише тими, які стосуються вживання алкоголю та усвідомлення шкоди від цього жителями Львівщини. Саме такий предмет аналізу означено нами, зважаючи на значне місце алкоголю в культурі нинішнього українського суспільства та спроби виробників алкоголю, рекламних кампаній зміцнити його, збільшивши кількість споживачів алкогольних напоїв у різних суспільних групах. Однією із технологій, які використовуються в цьому процесі, є «притінювання» негативних наслідків, чи повне їх заперечення у ряді пропагованих ними моделей «поміркованого і культурного» споживання алкоголю. Зважаючи на евристичні можливості соціології, ми також свідомо обмежуємося лише аналізом громадської думки про цей предмет і частково рівня усвідомлення його проблемності серед повнолітнього населення Львівщини.

Отримані результати свідчать про масштабність проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю. Лише 15,3% опитаних заявили про те, що вони є абстинентами і повністю відмовилися від алкоголю. Але, на нашу думку, тут варто звернути увагу не лише на власне кількість тих, хто не вживає алкогольних напоїв. Важливо врахувати, що вони переважно належать до так званих груп із обмеженим соціальним потенціалом. Це особи похилого віку, а також ті, хто не працює чи має низькі доходи. Тому таке їх ставлення до вживання алкоголю можна назвати вимушеним (стан здоров'я, сприймання алкоголю як зайвої в умовах безгрошів'я розкоші тощо), а не свідомим вибором. Окрім того, рівень громадської активності, а отже і впливовості таких груп в суспільстві, також є, як правило, незначним, а тому їх важко розглядати як союзників у здійсненні антиалкогольних програм. Проте, така кількість абстинентів вплинула на середній рівень споживання населенням області: 5,37 літри чистого алкоголю на рік, при 6,35 літри в середньому для тих, хто споживає алкоголь. При тому слід врахувати, що визначення середнього рівня споживання алкоголю на основі лише опитувань дає значні похибки. На думку експертів, оцінка яких ґрунтується на врахуванні інформації і з інших джерел, йдеться орієнтовно про 12 літрів споживання алкоголю в рік в середньому на жителів області.

Отримані результати свідчать про, знову ж таки в середньому, низьку частоту пиття алкоголю, але при тому високий рівень його одноразового споживання (так звана інцидентна модель). В структурі алкогольних напоїв переважають так звані «міцні», на основі спирту. Споживання вина та пива є істотно нижчим. При тому, споживання алкоголю відбувається, у більшості випадків, в домашніх умовах, а не у громадських місцях, що є побічним свідченням низького рівня доходів більшості суспільних груп, для яких проведення вільного часу у закладах громадського харчування не належить до поширених практик. Споживання алкоголю «за закритими дверима» також може бути свідченням чітко сформованої громадянської позиції – алкоголь це зло і вживати його «на людях» не варта, оскільки потенційно це може бути причиною осуду з боку інших людей.

20,3% опитаних заявили, що мають досвід частого одноразового надмірного вживання алкоголю. При тому 6,0% визнали, що його результатом стало і самими ними уясне надмірне пиття.

Як і у всіх європейських країнах, частота і кількість вживання алкоголю корелюється з віком та статтю: ці показники надмірного вживання завжди є вищими для чоловіків, ніж для жінок. Найвищий середньорічний рівень споживання алкоголю нотується у віковій категорії 40-49 років, а найбільше розповсюдження явища одноразового надмірного пиття, найвищий середньорічний рівень споживання алкоголю та найвищий відсоток тих, хто споживає алкоголь надмірно, фіксується серед наймолодшої з респондентів вікової групи 18-29 років. При тому, у переважній більшості випадків, всі опитані розуміють ризики шкоди від вживання алкоголю як власне для себе, так і для оточуючих.

Найбільшим ризикам, а отже і шкоді для власного психофізичного та соціального здоров'я, для свого оточення, піддаються ті, хто споживає алкоголь надмірно. Під надмірним вживанням алкоголю розуміємо, відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO 2000) , вживання більше 40 грамів чистого алкоголю для чоловіків та 20 для жінок в день. Відповідно, це становить більше 16 літрів для чоловіків та 9 літрів для жінок споживання чистого алкоголю за рік. У досліджуваному масиві їхня

кількість становить 9% із опитаних загалом та 11% серед тих респондентів, хто заявив що не утримується від алкоголю. Відповідно, розподіл за статями: чоловіки – 14,8%, а жінки – 3,9%. Дещо більша кількість осіб, які надмірно вживають алкоголь, нотується у сільській місцевості – 10,8%, далі за кількістю йдуть міста області – 8,6% та обласний центр – 7,1%. Цікаво зазначити що навіть належність респондентів до особливої групи ризику: ті, хто управляє автомобілем, а отже потенційно несуть більшу загрозу і для себе, і для оточуючих, не стримує їх від надуживання алкоголю. Водіїв авто в цій групі є 13,9% , а тих, хто не управляє автомобілем – 7%.

Освіта, а отже і загальний культурний рівень, не впливають істотно на кількість тих, хто надмірно споживає алкоголь. Проте, таких осіб майже вдвічі більше серед працевлаштованих, ніж серед тих, хто не працює: відповідно 11 і 9,5 %%. Очевидно, тут істотними чинниками є вік респондентів (у старших вікових групах-пенсіонерів рівень надмірного споживання алкоголю істотно нижчий, ніж у молодших), та наявність вищих доходів, які й уможливають більший рівень пияцтва. При тому, активніше громадське життя в умовах достатньо толерантного ставлення у вітчизняному соціокультурному середовищі до вживання алкоголю, тут також відіграє свою негативну роль.

Істотним чинником, який впливає на надмірне пиття, є ставлення до релігії: найнижчим тут є відсоток віруючих і практикуючих релігійний культ – 5,8%, а найвищий відсоток (18%) становлять ті, хто вважає себе невіруючими. Чинник конфесійної приналежності тут не відіграє істотної ролі, і тому серед вірних всіх конфесій кількість тих, хто вживає алкоголь надмірно, є практично однаковим. Дещо більша кількість греко-католиків (8,7%)у порівнянні з православними (7,9%) може бути пояснена загалом меншою кількістю православних серед населення Львівщини.

Про поширеність вживання алкоголю на Львівщині свідчить і той факт, що 59,1% респондентів заявили: до кола їхніх близьких належать люди, які систематично, чи хоча б інколи, вживають алкоголь надмірно. З них 36,6% є приятелями, чи знайомими, 27,5% - сусіди, 20,7% - співробітники, чи

товариші по навчанню і праці. Серед рідних такими є 8,9%, а в родині – 6,9%.

При тому, оцінюючи рівень надмірного вживання алкоголю, слід зауважити, що використання в опитуванні тесту RAPS дозволяє оцінити кількість тих, хто надуживає алкоголем, не у 9%, як заявили респонденти, а орієнтовно у 17,5%. Отже, і решта вище наведених даних вимагають відповідної корекції в сторону збільшення.

Для опрацювання варіантів реакції суспільства на надмірне вживання алкоголю, протидії цьому важливо знати, наскільки респонденти усвідомлюють шкоду такої поведінки для себе та інших.

Передусім такого роду шкоди стосуються неприйнятною для опитаних поведінки осіб, які були нетверезими. Майже 40% респондентів були свідками непристойної поведінки таких осіб, 25,3% - різного роду образ, 23,6% заявили про незручності від порушення п'яними нічної тиші, а 12,% - про загрозу від нетверезих у публічних місцях, 6,2% про ризик зазнати тілесних образ, а 1,4% заявили про можливість дорожніх пригод, спровокованих п'яними. Кількість тих, хто сам відчув шкоду від таких дій з боку нетверезих, є істотно нижчою. На першому місці (13,2%) тут певні втрати і незручності респондентів від непристойної поведінки нетверезих, на другому місці (9,9%) спроби провокування респондентів на різного роду сутички, чи і участь у них, а 8,7% опитаних самі відчували незручності від порушень нічної тиші. Загалом серед респондентів зафіксовано 40,5% осіб, які заявили про якусь із проблем, спровокованих нетверезими.

Особливою групою потенційних жертв надмірного пиття батьками та рідними є неповнолітні, оскільки такого роду досвід може мати трагічні наслідки для них навіть пізніше, у дорослому житті. В цілому по області 21,2% респондентів ствердили, що мешкали, будучи дитиною, чи неповнолітнім, разом з кимось, хто пив надмірно. Серед таких осіб 15,4% - це батьки та 7,6% хтось інший із близьких родичів, хто належав до їхньої родини та проживав разом із ними. 13,4% з них ставали жертвами зневажливої поведінки з боку таких осіб, а 1,4% відчували образи дуже часто. Іншими варіантами зазначеної шкоди з боку близьких, які надмірно

пили, були: залишення дітей без опіки у загрозливих ситуаціях – від 0,6% відповідей «дуже часто» до 6,9% - «інколи» та «рідко коли»; фізичного насильства, хоч би епізодично, зазнали дещо більше 8% осіб, а майже 12% були свідками насильства в родині.

Співставлення рівня розповсюдженості вживання алкоголю з результатами досліджень за цією ж методикою, проведених у 19 країнах Євросоюзу дозволяє зробити висновок про те, що Львівщина займає середні позиції за більшістю показників і є близькою за ними до сусідньої Польщі. Virізняє Львівщину на фоні європейських країн високий рівень тих, хто заявив про шкоду для них самих і суспільства від надмірного вживання спиртних напоїв. Це, на наш погляд, свідчить про наявні резерви у профілактичній роботі. Висловлене значною кількістю респондентів негативне ставлення до надмірного вживання алкоголю та розуміння алкоголізації населення як проблеми, дозволяє бачити резерв для антиалкогольної активності саме в громадах, для її провадження громадськими організаціями та, відповідно, методами соціальної роботи. Цілком очевидно що менш формалізовані та ближчі до об'єктів впливу (і, принаймні частково, з їхнім залученням) форми протидії поширенню алкоголю є набагато результативнішими у порівнянні з формалізованими, до яких схильні державні структури. Проте, і роль державних органів тут також є надзвичайно важливою, оскільки, по-перше на нинішній час саме вони, а не структури громадянського суспільства, є більш організованими та впливовими, по-друге, навіть за умов нарощення дієздатності громадських організацій, розширення можливостей їхнього впливу на проблему, власне за державними органами може залишатися координуюча функція. В зв'язку з цим опрацювання обласної програми протидії проблемам, пов'язаним із алкоголізмом, яка б об'єднувала зусилля як владних, так і громадських структур, є актуальним завданням.

THE IMPACT OF PHYSICAL AND SPORTS REHABILITATION OF PEOPLE WITH CEREBRAL PALSY ON THE PROPRIOCEPTIVE SYSTEM IMPROVEMENT

Olha Herus¹, Tereza Klymus², Marta Kozak³
Lviv National Polytechnic University, Lviv, Ukraine

Abstract.

Introduction: Cerebral palsy occurs as a result of affecting those parts of the central nervous system that control the muscles and are responsible for the balance and movements arbitrariness. It has a number of forms with varying degrees of damage to the central nervous system and impaired physiological functions. And this certainly affects the perception. Due to perception distortion, sensory interpretation is slowed down and incorrectly analyzed in the cerebral cortex. The improvement of the motor sphere implies the development of general and small motor skills, and the improvement of movements coordination. The correction of motor sphere disorders should be done in a comprehensive, systematic manner, with the involvement of specialists (neurologists, physical therapists, rehabilitologists, sensory therapists). This will help to determine the content of motor sphere correction exercises and define the step-by-step measures for physical condition improvement.

Aim: to investigate the impact of physical and sports rehabilitation measures of people with cerebral palsy disabilities on improving the proprioceptive system basing on an analysis of the practical application of the bocce game program.

Methodology: SIPT (Sensory Integration and Praxis Tests) breach detection study. Bocce game lessons were tested (as a method of physical and sport rehabilitation) in order to improve the sensory system. Object of the study – 10 people aged 28–35 with a clinical diagnosis of "Cerebral palsy" with impaired mobility, who are using a trolley and are undergoing rehabilitation at the rehabilitation center in Lviv.

Results: It was found that 9 out of 10 participants had dysarthric disorders. General somatic attenuation and slow development of locomotor functions are accompanied by a lag in the motor sphere development of the people with cerebral palsy.

Conclusion: The study found that engaging in sports and exercise leads to increased physical health and improved gross fine motor skills related to the sensorimotor system.

Keywords: *cerebral palsy, physical and sports rehabilitation, Bocce game, dysarthric disorders, sensory integration, SIPT (Sensory Integration and Praxis Tests)*

The authors declare that they have no competing interests

References

- Ayres, A. J. (1969). Deficits in sensory integration in educationally handicapped children. *Journal of Learning Disabilities*, 2, 160–168.
<https://doi.org/10.1177/002221946900200307>
- Ayres, A. J. (1989). Sensory integration and praxis tests. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J., & Tickle, L. S. (1980). Hyper-responsibility to touch and vestibular stimuli as a predictor of positive response to sensory integration procedures by autistic children. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34, 375–381.
- Baranek, G. T. (1998). Sensory processing in persons with autism and developmental disabilities: considerations for research and clinical practice. *Sens. Integr. Spec. Interest Sect. Q.* 21, 1–3.
- Bocce v Ukraini (2017). Website. <http://www.boccia.org.ua/about-boccia/>.
- Fisher, A. G., & Murray, E. A. (1991). Introduction to sensory integration theory. In A. G. Fisher, E. A. Murray, & A. C. Bundy (Eds.), *Sensory integration: Theory and practice*. Philadelphia: F. A. Davis, 3-26.
- Kolchenko, K., & Nikulina, H. (2009). Zabazpechennia inkliuzii molodi z invalidnistiu v universytetske seredovysche. *Aktualni problem navchannia ta vychovannia liudei z osoblyvymi potrebamy: zbirnyk naukovykh prac*, 6(8), 10-15.
- Matvyeyev, S., Kohut, I., Radchenko, L., Borysova, O. & Scherbatyn, Ia. (2004) Shliachy udoskonalennia fizykulturno-sportyvnoi roboty z invalidamy v Ukraini. *Teoriia metodyka vychovannia i sportu*, 2, 109-112.
- Williamson, G., & Anzalone, M. (1997). Sensory integration: A key component of the evaluation and treatment of young children with severe difficulties in relating and communicating. *Zero To Three*, 17 (5), 29-36

ВПЛИВ ЗАХОДІВ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ З ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧЕМ (ДЦП) НА ПОКРАЩЕННЯ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ СИСТЕМИ

Ольга Герус¹, Тереза Климус², Марта Козак³

¹ к.соц.н., асистент кафедри соціології та соціальної роботи,
Національний університет «Львівська політехніка»,

² к.пед.н., старший викладач кафедри соціології та соціальної роботи,
Національний університет «Львівська політехніка»,

³ к.б.н., доцент кафедри соціології та соціальної роботи,
Національний університет «Львівська політехніка»,

Анотація. Церебральний параліч (ДЦП) виникає внаслідок ураження тих відділів центральної нервової системи, що контролюють роботу м'язів, відповідають за рівновагу і довільність рухів. ДЦП має ряд форм з різним ступенем ураження ЦНС і порушенням фізіологічних функцій організму. При цьому, безумовно, страждає сприйняття. Через спотворення в сприйнятті, сенсорна інтерпретація сповільнюється і невірно аналізується в корі головного мозку. Удосконалення рухової сфери передбачає розвиток загальної та дрібної моторики, поліпшення координації рухів. Корекція порушень рухової сфери має відбуватися комплексно, систематично, із залученням фахівців (лікаря-невропатолога, фізичного терапевта, реабілітолога, сенсорного терапевта). Саме вони допоможуть визначити зміст занять з корекції рухової сфери та поетапні кроки щодо поліпшення фізичного стану.

Ключові слова: церебральний параліч (ДЦП), заходи фізкультурно-спортивної реабілітації, гра бочке, дизартричні розлади, сенсорна інтеграція, шкала SIPT (Sensory Integration and Praxis Tests).

Актуальність дослідження. У довгостроковій перспективі терапія з сенсорної інтеграції може зменшити потребу адаптації та допомогти людям стати більш функціональними вдома, у школі та на робочому місці. Сенсорні проблеми можна виявляти лише шляхом спостереження за поведінкою особи та того, як вони реагують та взаємодіють у своєму звичному середовищі. Вони можуть впливати на кожен аспект життя та повсякденної дії особи.

Особи, у яких виявлено порушення у сенсорній обробці інформації, можуть мати також проблеми з координацією рухів. У них можуть бути виявлені проблеми з дрібною моторикою, яка необхідна для таких дій, як написання, гра на інструментах, формування навичок з самообслуговування, такі як зав'язування шнурів, застіпки кнопок. Труднощі з грубою моторикою необхідною для формування навичок з сидіння, бігу, стрибків, які у свою чергу матимуть вплив на навчання їзди на велосипеді, одягання, танцювання, можуть спричинювати труднощі на уроках фізичного виховання та заняттям іншими видами спорту.

Наукова і практична проблема полягає у тому, що в спеціальній літературі не достатньо висвітлена тема допомоги особам з порушенням обробки та інтеграції сенсорних сигналів, зокрема з порушенням опорно-рухового апарату через фізичні навантаження і спорт. Терапія сенсорної

інтеграції вважається ефективним методом для таких випадків, а також може поліпшити стан і при ряді інших діагнозів, порушень, зокрема і не діагностованих причин дискомфорту від різних подразників.

Аналіз досліджень і публікацій. Вагомий внесок у розвиток сенсорної інтеграції описані зайняттям терапевтом Дж. Аєрс (Ayres, 1969 & Ayres, 1989) та нею введені в обіг такі поняття як сенсорна депривація, яка пов'язана із порушенням сенсорних відчуттів, сенсорна обробка інформації. Особливості впровадження сенсорної інтеграції досліджували такі науковці як: Дж. Аєрс та Л. Тікл (Ayres & Tickle, 1980), М. Вільямсон та Г. Анзалоне, (Williamson & Anzalone, 1997), Г. Баранек (Baranek, 1998), ними виокремлено узгодження певних сенсорних відчуттів на зменшення чи подолання збудження (збільшення нейронних порогів чутливості).

Мета дослідження: на основі аналізу практичного застосування програми гри бочче, дослідити вплив заходів фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю з церебральним паралічем (ДЦП) на покращення пропріоцептивної системи.

Об'єкт дослідження: заходи фізкультурно-спортивної реабілітації як заняття з бочче для осіб з інвалідністю з церебральним паралічем (ДЦП).

Предмет дослідження: особливості впровадження занять гри бочче через адаптацію та модифікацію спортивних занять для осіб з ДЦП.

У теорії сенсорної інтеграції виокремлюють два види порушення планування рухів: BIS (bilateral integration and sequencing) і соматодиспраксію (SD). З точки зору поступального дефіциту мають значення такі показники: тонус м'язів розгинаючих; підтримка рівноваги; стабільність проксимальних відділів кінцівок; здатність згинати шию супроти дії сили тяжіння. Праксис (грец. pragma – дія) – складний комплекс аналітико-синтетичних процесів, спрямованих на організацію цілісного рухового акту, тобто, – це автоматизоване виконання завчених рухів. Для виконання таких рухів «на єдиному подиху» необхідні достатня зорово-просторова орієнтування і постійне надходження інформації про хід виконуваних дій.

Особи з ДЦП досить часто відчувають страх перед рухом (гравітаційну невпевненість), непропорційний їхнім моторним порушенням (Fisher & Bundy, 1989). Гравітаційна невпевненість проявляється у вигляді страху рухатися, коли тіло відхиляється від вертикального положення чи коли ноги відірвані від землі. Реакція пов'язана із гравітаційною невпевненістю та послабленням переробки інформації від отолітової частини вестибулярної системи.

Таким чином, провідна роль вестибулярного аналізатора, який здійснює функцію рівноваги тіла, як у стані спокою (отолітовий апарат - статика), так і під час руху (ампулярний апарат – кінематика) є беззаперечною, оскільки разом вони виконують стато-кінематичну функцію.

Фізкультурно-спортивна реабілітація – це система заходів, розроблених із застосування фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для поліпшення фізичного і психологічного стану (Matveiev et al, 2004).

Метою заходів фізкультурно-спортивної реабілітації людини з

інвалідністю є оптимізація дій, скерованих на інтеграцію осіб з обмеженими можливостями до активного життя у суспільстві, покращення їх фізичного і функціонального стану та відновлення їх працездатності засобами фізичної культури і спорту.

Існує три види заходів з фізкультурно-спортивної реабілітації для людей з інвалідністю, а саме:

- реабілітаційно-спортивні збори для людей з інвалідністю;
- всеукраїнські оздоровчі табори для людей з інвалідністю;
- табори фізкультурно-спортивної реабілітації для людей з інвалідністю.

Потрібно враховувати, що наявна програма фізичного виховання людей з інвалідністю, що перебувають у системі соціального забезпечення, не відповідає вимогам, які ставляться до методичних матеріалів подібного рівня. У ній недостатньо враховуються особливості категорії людей з інвалідністю, специфіка моторної активності й функціонального стану організму різних категорій людей з інвалідністю. Можливо, саме це й обумовлює низький рівень ефективності фізкультурно-оздоровчої роботи, недостатню кількість методичних матеріалів з організації занять, незадовільну оснащеність спортивним інвентарем та обладнанням. Методика, як правило, зводиться до стандартного набору, який використовується в школі для здорових дітей (Kolchenko & Nikulina, 2009).

Однією із методик фізичної реабілітації людей з порушенням опорно-рухового апарату є гра бочче.

Бочче (іт. Воссе – кулі) – спортивна гра на точність, що належить до родини ігор з м'ячем, близька до боулінгу, петанку та боулзу, що мають спільні витоки в античних іграх, поширених на території Римської імперії. Назва гри походить від латинського слова *bottia* – « м'яч ». Керівним органом є CP-ISRA – Міжнародна Асоціація Спорту і відпочинку для людей з ДЦП. У 1984 р. гра стає паралімпійським видом спорту (<http://www.boccia.org.ua/about-boccia/>).

На перших етапах гра придумана для реабілітації людей з дитячим церебральним паралічем, пізніше в неї розпочинають грати і з іншими важкими захворюваннями: міопатія, пошкодження шийного хребта.

Особливої уваги заслуговує модифікація та адаптації гри для людей, які пересуваються на візках та тростині. Візки для змагань мають бути максимально наближені до стандартних; втім, дозволяються зміни, зроблені для використання візка/тростини у повсякденному житті. Також дозволяється використовувати скутери. Не дозволяється використання рефлекторів, за допомогою яких спортивні асистенти ВСЗ можуть дивитися на корт. Максимальна висота сидіння, включно з подушкою чи елементами для підтримки, складає 66 см від підлоги до найвищої точки, у якій сидниці торкаються подушки. Якщо з медичних причин сидіння візка нахилене, вимір необхідно робити від підлоги до точки зосередження ваги. Це найнижча точка сидниці.

У своєму сучасному вигляді гра бочче стала популярною останнім часом, зокрема, як спорт для людей з проблемами опорно-рухового апарату.

Одночасно грають команди від 1 до 3 осіб, відповідно м'ячі діляться

на всіх гравців порівню.

Вага м'яча: 275 г +/-12 г.

Окружність: 270 мм +/-8 мм.

Важливо зазначити, що саме такий підхід із врахуванням особливостей людей з ДЦП через заняття у бочче сприятиме покращенню маніпулювання однією рукою (in-hand manipulation) і включатиме дві компоненти: *переміщення* (translation) – переміщення предмету від кінчика пальців до долоні (наприклад захват м'яча для гри у бочче), *обертання* (rotation) – обертання об'єкта навколо осі.

У самій грі існує сім дисциплін гри. У кожній дисципліні можуть грати учасники будь-якої статі. Це наступні дисципліни:

Індивідуальна BC1. У цій дисципліні змагаються спортсмени, які класифіковані як BC1 згідно з системою класифікації BISFed. Спортсменові може допомагати один спортивний асистент, який має знаходитися у спеціально відведеному місці позаду ігрового боксу. Спортивному асистентові у категорії BC1 не дозволяється впливати на кидок, наприклад, розташовувати візок певним чином або котити м'яч без відповідних вказівок від спортсмена. Спортивний асистент не повинен мати прямий фізичний контакт зі спортсменом під час здійснення кидка чи удару по м'ячу. Спортивні асистенти виконують наступні завдання: регулювання положення візка чи утримання його у нерухомому стані (якщо спортивний асистент залишається у зоні гравця, але не тримає візок, це не вважається порушенням); передавання м'яча спортсменові; перекочування м'яча, щоб надати йому більш сферичної форми.

Індивідуальна BC2. У цій дисципліні змагаються спортсмени, які згідно з системою класифікації BISFed класифіковані як BC2. Для спортсменів не передбачена допомога спортивного асистента під час матчу. Вони можуть просити суддю про допомогу (у межах відведеного їм часу), щоб підняти м'яч, який випадково впав, або вийти на корт.

Індивідуальна BC3. У цій дисципліні змагаються спортсмени, які згідно з системою BISFed класифіковані як BC3. Кожному спортсменові дозволяється користуватися допомогою спортивного асистента, який перебуває у зоні гравця, але має стояти спиною до корту і не дивитися на гру. Асистентові не дозволяється впливати на кидок, наприклад, розташовувати візок чи рампу певним чином або котити м'яч без відповідних вказівок від спортсмена. Асистентові не дозволяється дивитися на корт, налаштовуючи положення рампи. Спортивний асистент не повинен мати прямий фізичний контакт зі спортсменом під час здійснення кидка, зокрема, не можна допомагати спортсменові, штовхаючи або змінюючи положення візка чи вказівника.

Індивідуальна BC4. У цій дисципліні змагаються спортсмени, які згідно з системою класифікації BISFed класифіковані як BC4 – гравці з захворюваннями не церебрального характеру та гравці категорії BC4, які грають ногами. Спортсмен має обрати, використовувати верхні чи нижні кінцівки, щоб штовхати м'яч. Для гравців класу BC4, які кидають м'яч рукою, не передбачена допомога спортивного асистента. Вони можуть просити суддю про допомогу (у межах відведеного їм часу), щоб підняти м'яч, який випадково впав, або вийти на корт. Гравці класу BC4, які грають

ногами, згідно з класифікаційною системою BISFed, можуть користуватися допомогою одного спортивного асистента, який має знаходитися у спеціально відведеному місці позаду ігрової зони (бокса). Спортивному асистентові у класі BC4 не дозволяється впливати на кидок, наприклад, розташовувати візок певним чином або котити м'яч, без відповідних вказівок від спортсмена. Спортивний асистент не повинен мати прямий фізичний контакт зі спортсменом під час удару по м'ячу. Спортивні асистенти виконують наступні завдання: регулювання положення візка чи утримання його у нерухомому стані (якщо спортивний асистент залишається у зоні гравця, але не тримає візок, це не вважається порушенням); передавання м'яча спортсменові; перекочування м'яча, щоб надати йому більш сферичної форми.

Пари для спортсменів класифікації BC3. Гравці мають бути класифіковані як такі, що можуть грати в індивідуальній дисципліні BC3. Пара BC3 має включати також запасного гравця. Винятки можливі лише на розсуд BISFed, чие рішення остаточне. Пара BC3 має включати щонайменше одного гравця з церебральним паралічем на корті. Кожен спортсмен може користуватися допомогою спортивного асистента згідно з правилами, які регулюють індивідуальну гру. Правила гри у цій категорії такі ж, як і для команд, за винятком використання зон/боксів 2-5 у відповідному порядку. Спортивний асистент не повинен мати прямий фізичний контакт зі спортсменом під час здійснення кидка. Зокрема, не можна допомагати спортсменові, штовхаючи або змінюючи положення візка чи вказівника.

Пари для спортсменів класифікації BC4. Гравці мають бути класифіковані як такі, що можуть грати в індивідуальній дисципліні BC4. Пара BC4 має включати також запасного гравця. Винятки можливі лише на розсуд BISFed, чие рішення остаточне. Правила гри у цій категорії такі ж, як і для команд, за винятком використання зон 2-5 у відповідному порядку.

Команди для спортсменів, класифікованих як BC1 та BC2. Гравці мають бути класифіковані як такі, що можуть грати в індивідуальних категоріях BC1 чи BC2. Команда має включати щонайменше одного спортсмена BC1 на корті. Кожній команді дозволено мати одного спортивного асистента, який має дотримуватися правил, що регулюють індивідуальну дисципліну BC1. Кожна команда повинна розпочати матч із трьома спортсменами на корті та може мати до двох запасних гравців. У випадку, якщо запасних гравців двоє, у команді має бути два спортсмени BC1. Спортивний асистент не повинен мати прямий фізичний контакт зі спортсменом під час удару по м'ячі.

У ході досліджень апробувалися заняття з бочче (як метод фізично-спортивної реабілітації) з метою покращення сенсорної системи. Особи віком від 28 до 35 із тетрапарезом (ДЦП), які проходять курс реабілітації, у реабілітаційному центрі м. Львів.

На основі аналізу сенсорних систем у 10 молодих осіб, які мали клінічний діагноз: «Дитячий церебральний параліч» з руховими порушеннями середньої тяжкості, що пересувалися з допомогою візка виявлено, що у 9 із 10 учасників дослідження є дизартричні розлади.

Загальне соматичне ослаблення й сповільненість розвитку локомоторних функцій супроводжуються відставанням у розвитку рухової

сфери в осіб із ДЦП. У зв'язку із цим проведені дослідження на виявлення порушень за шкалою SIPT (Sensory Integration and Praxis Tests), результати зведені у таблиці 1.

Таблиця 1.

Оцінки за SIPT

Тест	Стандартизований бал									
Кінестезія (KIN)	-1,2	-1,2	-1	-1	-1,2	0	-1	0	-1,2	-1,2
Постуральний праксис (PPr)	-1,2	-1	-1,2	-1	0	-1,2	0	-1,2	0	-1
Білатеріальна моторна координація (ВМС)	-1	-1,2	-1,2	-1	-1,2	0	-1	-1,2	0	-1,2
Моторна точність (МАС)	-1,2	-1,2	-1	0	-1,2	0	-1	-1,2	-1,2	-1,2

За результатами проведення оцінки виявлено, що у більшості осіб з ДЦП явна соматодиспраксія через низький бал, результати яких подано у таблиці 1. Про наявність сенсорно-інтегративної основи диспраксії можна говорити, коли спостерігаються труднощі з опрацювання інформації вестибулярної, пропріоцептивної та соматосенсорної систем.

Результати дослідження. Основний акцент під час проведення занять бочке полягав у застосуванні пропріоцептивних відчуттів.

Для осіб з ДЦП характерне недорозвинення тонко координованих рухів пальців рук, нерозуміння рухових установок, просторові й ритмічні порушення, ізолюваність і нерозмірність рухів. Гравці зазнавали труднощів при відтворенні певного положення пальців рук під час кидку м'яча. У них спостерігалися дискоординовані рухи, неточності, сповільнене утворення рухових диференційовок (м'язового відчуття). Трудність у концентрації уваги над триманням м'яча та кидком у ціль.

Умови виконання вправ із кидком м'ячів набагато важчі, коли потрібно потрапити у ціль та втримувати баланс тіла, тому що вправи виконуються в постійному балансуванні, і, для того щоб не впасти, необхідно поєднувати центр ваги тіла. Ускладнені умови роботи дозволяють одержати швидкі результати за короткий час. Заняття з бочке мають оздоровче, виховне, корекційно-розвиваюче значення для всієї психомоторики та емоційно-вольової сфери осіб із ДЦП.

Як результат зменшення страху перед рухом покращилося моторне планування та регулювання положення тіла.

Через місяць після проведення занять зроблено повторну діагностику і виявлено покращення (див. Таблиця 2).

Таблиця 2.

Повторна діагностика

<i>Порушення модуляції сенсорних відчуттів</i>			<i>Контроль очима</i>			<i>Адаптивні відповіді</i>		
1 2 3	Загальне збудження	1 2 3	1 2 3	Роздільний рух око/голова	1 2 3	1 2 3	Реакція на пасивні стимули	1 2 3
1 2 3	Тактильні відчуття	1 2 3	1 2 3	Швидка локалізація	1 2 3	1 2 3	Міцний захват у нерухомому положенні	1 2 3
1 2 3	Вестибулярні відчуття	1 2 3	1 2 3	Плавне стеження	1 2 3	1 2 3	Штовхає, рухає, розкачується	1 2 3

У таблиці 2 представлені конкретні цілі, які ставились до відновлення відповідних систем та середня оцінка показників до занять бочче (перша колонка) та після (друга колонка).

У ході проведення повторної діагностики встановлено, що відбулась зміна модуляції сенсорних відчуттів, а саме показників загального збудження і вестибулярних відчуттів. Також покращився контроль очима за усіма показниками – роздільний рух око/голова, швидка локалізація, плавне стеження. А також підвищились показники адаптивних відповідей.

Отже, під час проведення занять з бочче для осіб з порушенням опорно-рухового апарату було досягнуто основні цілі:

- 1 покращення схеми тіла для підтримування планування моторних дій;
- 2 покращення праксису (здатність планувати нові рухи), щоб особи могли більше застосовувати дрібну та грубу моторику.

Висновки: Проведене дослідження сенсорної системи людей з ДЦП після фізично-спортивної реабілітації показало, що участь у спорті та фізичному навантаженні сприяє підвищенню рівня фізичного здоров'я та покращення грубої дрібної моторики, пов'язаної із сенсорно-модуляторною системою.

GROUP STEREOTYPES AND SYMBOLS OF OVERCOMING DIFFICULT SOCIAL SITUATIONS IN THE IMAGE OF SMALL GROUPS

Olha Pletka

Institute for Social and Political Psychology National Academy of Educational
Science of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Abstract.

Introduction. Sometimes a person meets with complex social situations. How a person lives these situations down? What is the experience that supports and drives a person to recovery? How does the group help for a person in this? These questions now arise for each of us, because there is no person in the world who would have had the experience of living in complex social situations

Purpose. The purpose of the article is to describe the results of the study of group stereotypes and the symbolism of complex social situations in small groups of different directions.

Methodology. The sample of empirical research is 132 individuals - 16 groups of different directions: therapeutic (2), educational (7) and crisis (5) (real groups that were in situations of conflict and crisis) and self-help groups (2). Self-help groups are a group of families of demobilized soldiers (heterogeneous) and a group of veterans.

The empirical study was conducted in 2 stages. In the first stage, the questionnaire “I am in the group” was prepared and tested. It consists of 21 questions and demographic data of the respondents (age, gender). In the second stage of the empirical study, the seminar “Difficult Social Situations: Experiences of Living and Overcoming” was conducted in the study groups, followed by a survey of respondents. The duration of the seminar is 3-4 hours, depending on the needs of the group

Results. The article presents the results of an empirical study of group stereotypes and symbols in the image of small groups in complex social situations. The research identified stereotypical perceptions of the group and overcoming difficult social situations, outlined by the author as external and intra-group stereotypes. External group stereotypes include the destructive, relatively destructive, conditionally constructive and constructive groups of stereotypes described by the respondents. The groups of stereotypes pertaining to external groups are described in detail: relatively destructive (Uniqueness, Closeness and Complexity) and conditionally constructive (Causality and Willingness). Intra-group stereotypes are indicated too. Also, the article highlights a number of group symbols and group processes highlighted by the respondents, describes the analysis of the results of the “Symbolization of experience” methodology. Typization of symbolization of complex social situations and ways of overcoming

them is presented. The symbols of this process are determined by the respondents by those symbols that demonstrate the dynamics (or transformation) of the character itself, the dynamics of the plot development, and the abstract ones, which have internal, not obvious, outside logic. Examples of these characters are described.

Conclusion. The analysis of the results of the study showed that group stereotypes play a key role in predicting strategies for overcoming difficult social situations, and symbolizing this process helps to find support and help, both within and outside the group

Keywords: *symbols of a group, group stereotypes, a small group, group symbols*

The author declares that she has no competing interests

References

- Bazikov RV (1999) Social stereotypes: conceptual aspect. (Cand. Dis. philosopher. R-na-D, 1999, 122 .
- Samkova OM (2013) Social stereotypes and stereotyping: An analysis of contemporary theoretical approaches. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Psychological Sciences Series*. 1, 68 - 71
- Semashko T. F. (2015). Changing emphasis on understanding stereotype as a phenomenon of social practice. *Scientific Bulletin of the UNESCO KNU Series Philology Series. Pedagogy. Psychology*. 30, 138 - 144
- Shikhirev P.N. (1971). Stereotype studies in American social science. *Philosophy Questions* 5, 168–175.
- Shihirev PN (1999) Modern social psychology. Moscow IP R AN; PCB +; Academic Project, 447 p

Групові стереотипи та символи додання складних соціальних ситуацій в образі малих груп

Ольга Плетка

Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, Київ,
Україна

Постановка проблеми. Людина опиняється в складних соціальних ситуаціях. Як вона проживає цей досвід, що її підтримує та спонукає до відновлення? Яким чином допомагає в цьому група, родина, частиною яких вона є? Ці питання постають наразі в кожного з нас, бо немає в світі людини, яку б минув досвід проживання складних соціальних ситуацій. Для когось це втрата коханої людини або батьків, для когось це звільнення з роботи – ми по-різному розділяємо ці ситуації на складні та прості, але стратегії їх додання можуть бути схожими. Учасники малих груп можуть перебувати в індивідуальній складній ситуації, сама група може бути в цих умовах і які групові феномени сприяють пошуку оптимальних шляхів вирішення ситуації та відновлення після її завершення. Практиками психологами наголошується ідея, що процес проживання складних соціальних ситуацій може відрізнятися у представників різних груп (за напрямом взаємодії, за якісною характеристикою складу групи, за груповим досвідом та терміном взаємодії). Однак наукові розвідки щодо свідомих та несвідомих феноменів під час групової взаємодії майже не проводяться із-за складності досліджень та обмеженості доступу до малих груп, які б могли проживати й характеризувати такі феномени в цілому. Натомість парціальне дослідження певних груп дозволяє зробити припущення та виявити тенденції щодо символізації отриманого групового та індивідуального у групі досвіду проживання складних соціальних ситуацій, а також виявити основні стратегії додання цих ситуацій та стереотипність уявлень щодо їх природи. Також сьогодення має нагальну потребу у розумінні цих процесів, у виявленні механізмів, що сприяють посттравматичному зростанню та розробленні певних засобів, які б спонукали суспільство до трансформації в умовах соціально складних ситуацій. Наразі відбувається формування нових

стандартів життя, де індивідуальне стає суспільним, а суспільне має відображення у індивідуальному стилі життя. Віддзеркалюючи індивідуальне в груповому, а групове в індивідуальному, суспільство потребує певної символізації цих трансформацій та зрушення групових стереотипів щодо уявлень та розуміння ситуації в цілому та себе в ній зокрема. Зауважимо, що дослідження цих групових феноменів неможливо без пізнання тих символічних та стереотипних уявлень, в яких ці групи функціонують. У статті висвітлюються результати емпіричного дослідження означених групових феноменів.

Метою статті є опис отриманих результатів дослідження групових стереотипів та символіки складних соціальних ситуацій в малих групах різного спрямування.

Виклад основного матеріалу. Дослідження групових стереотипів займалось багато вчених (Самкова О., 2013), вони описувати ті чи інші феномени. Так, П. Шихирев, осмислюючи соціальні стереотипи, наголошував, що стереотипізація «поєднує в собі ірраціональні і раціональні риси» (1971, с. 168–175). Він також виділив основні його функції, а саме: спрощення, категоризація й систематизація, які пов’язані з процесами економії зусиль і захистом групових цінностей. Також П. Шихирев виділяв жорстку фіксованість стереотипу, його афективна насиченість і поляризацію оцінки, пояснюючи це тим, що він є персоніфікованим відтворенням стосунків між соціальними об’єктами і оцінками цих стосунків, не виділяючи при цьому соціальний статус суб’єктів взаємодії (1999, с. 273).

Однак Т. Семашко (2015) виділяє декілька функцій стереотипів і зауважує, що

стереотип є структурною частиною свідомості (ми можемо його виявити у формі норм, традицій, вірувань, настанов), що це схематизована, спрощена характеристика соціальних об’єктів чи явищ достатньо стійкий образ або уявлення щодо них. Вона наголошує, що основою стереотипу є оцінка та уявлення про соціальні об’єкти і він може розглядатися як спосіб групової ідентифікації. При цьому стереотипізація, категоризуючи

навколишнє, дозволяє спростити сприймання соціального оточення індивіда чи групи.

Цікавими для нашого дослідження стали нароби Р. Базікова (1999), який розглядав стереотипи індивідуального та групового (колективного) рівня. Він наголошував, що стереотипи індивідуального рівня це стійкі уявлення про соціальні об'єкти незалежно від характеру взаємодії з ними. Натомість стереотипи групового рівня, на його думку, це жорсткий зв'язок між «системою соціальної взаємодії і прийнятої в групі системою поглядів на навколишній світ», де важливим є порядок реалізації певних дій, притаманний цій соціальній групі. Він також зазначає, що стереотипи обох рівнів мають у своїй структурі когнітивний, афективний і соціальний компоненти, які, поєднуючись, й складають цю структуру. Р. Базіков також розділяє функції індивідуальних та групових стереотипів. На його думку індивідуальні стереотипи несуть в собі інформаційну, аксіологічну і цілепокладаючу функції, а групові ще й ідентифікаційну, нормативно-регулятивну і інтеграційну функції.

Вибірка емпіричного дослідження складає 132 особи – 16 груп різного спрямування: терапевтичного (2), навчального (7) та кризового (5) спрямування (реальні групи, які перебували у ситуаціях конфлікту та кризи) й групи самопомогі (2). Опишемо ці групи. Групи самопомогі – це група родин демобілізованих військовослужбовців (гетерогенна) та група ветеранів АТО/ОСС (гомогенна). Терапевтичні групи є гомогенними та складаються з учасниць різних вікових та статусних категорій, які виявили бажання відвідувати ці групи. Групи навчального спрямування (гетерогенні) складаються з психологів дошкільної та шкільної освіти, відвідувачів курсів підвищення кваліфікації. Групи кризового спрямування гетерогенні й складаються з осіб, що працюють разом та перебувають на час дослідження у складній соціальній ситуації.

Емпіричне дослідження проводилось у 3 етапи. На першому етапі складалася й проходила апробація анкети «Я у групі» Вона складається з 21 питання та демографічних даних респондентів (вік, стать). Питання відкритого типу та містять інформацію з уявлень опитуваних про складні

соціальні ситуації, стереотипність взаємодії, символізацію власного й групового досвіду та символів групи, членами якої вони є. Також в анкеті присутні питання про звичні стратегії подолання наслідків складних соціальних ситуацій. На другому етапі емпіричного дослідження у досліджуваних групах проводився семінар «Складні соціальні ситуації: досвід проживання й додання» з подальшим опитуванням респондентів. Семінар мав наступну структуру: знайомство з ведучим, очікування від семінару; дискусія щодо складних соціальних ситуацій та їх подолання самостійно, в групі чи в родині; рольова гра «Підтримай мене», метою якої був пошук підтримки за умови переживання складної соціальної ситуації та демонстрація можливих стратегій подолання; обговорення отриманого досвіду; заповнення анкети «Я у групі» та виконання авторської методики «Символізація досвіду», де респонденти малювали три малюнки й описували зображені символи складної соціальної ситуації, стратегії її додання та інтеграції отриманого досвіду у власне життя. Тривалість семінару 3-4 години в залежності від потреби групи. Наразі триває третій етап дослідження – це аналіз отриманих результатів.

Ми розділяємо групові процеси на зовнішньо-групові та внутрішньо-групові, розуміючи, що вони можуть бути різними і вирізнятися як цілями так і характером взаємодії. Розглянемо стереотипні уявлення респондентів щодо додання складних соціальних ситуацій, спираючись на вектор взаємодії (назовні чи всередині) групи. Так, виявлені стереотипи щодо зовнішнього вектору взаємодії можна поділити на групи, що об'єднують в собі низку уявлень, якими керуються учасники груп під час проживання складних соціальних ситуацій. Ми їх поділили на деструктивні, відносно деструктивні, умовно-конструктивні та конструктивні або дієві. До групи деструктивних стереотипів можна віднести ситуації, коли людина не справляється та руйнує власне життя під час проживання складної для неї соціальної ситуації або руйнує свою взаємодію в групі та з групою. При груповому процесі такі дії призводять до виходу з групи, переривання контактів з її членами та таке інше. Зважаючи на той факт, що досліджувані групи не мали в своїй основі ситуацій, коли хтось залишав групу з причини

нездатності її вирішення іншим шляхом чим піти, то ми й не спостерігали під час роботи з групами означених дій. Цікаво, що респонденти навіть не розглядали такої можливості – покинути групу. І це при тому, що вихід з групи може бути достатньо позитивним для особи, яка вийшла з неї і таке рішення може змінити статус ситуації зі складної на таку, що має в своїй основі рішення за рахунок зміни складу групи або повного її розпаду. До конструктивних або дієвих ми відносимо ті стереотипи, які дозволяють вирішувати ситуацію, залучаючи всіх членів групи та сторонніх фахівців. Такі дії залишають за собою шлейф успішності групи і ситуація теж трансформується зі складної на таку, яку вони здатні подолати, а значить вона не була настільки складною. Відносно-деструктивні та умовно-конструктивні групи стереотипів – це ті стереотипи, які не дозволяють групі справитися зі складною соціальною ситуацією, але різними способами: відносно-деструктивні за рахунок «зависання» в ситуації, а умовно-конструктивні за рахунок імітації дій або дій, які не сприяють зміні ситуації. Опишемо більш детально ці загальні стереотипні уявлення учасників досліджуваних груп.

Так, загальними стали стереотипи, які виділяються ізольованістю та бажанням виокремити свою ситуацію від ситуацій, які проживали інші люди чи групи людей: *це моє, ніхто інший не зрозуміє мене й мою ситуацію*. Ми назвали цю групу стереотипів «Унікальність». Ця група стереотипів позначається висловами: «ми не знали що робити, бо ніхто не робив цього раніше», «нашу біду люди не зрозуміють», «краще промовчати». «не треба просити про допомогу», «нам ніхто не допоможе», «який психолог пойме, що зі мною», «просити про допомогу соромно». Як пояснювали в бесіді учасники груп, для них важливим є розуміння, що треба зі своїм горем справлятися самотужки, бо ніхто не зможе його дати раду. Такі уявленні характерні для стадії ізольованості під час кризових переживань. Але, як ми спостерігаємо, людина може залишитися на цій стадії довгі роки й психологічно продовжувати перебувати в минулій складній ситуації, що в свою чергу може призвести до ситуації, коли теперішні події проживаються як неважливі та несуттєві. Таке акцентування на минулому досвіді потребує

уваги з боку фахівців, але людина, перебуваючи у такому стані не може критично аналізувати власні стани. Також звертає на себе увагу й професія учасників груп (воєнні, психологи). Навчені долати перешкоди самотужки, привчені до розуміння себе як сильної особи, вважають, що отримання зовнішньої допомоги може бути ознакою слабкості та фактично показу себе безпомічними у кризовій події, що не припустимо з точки зору професійної компетенції, а також можливість отримання допомоги спростовує ореол унікальності самої ситуації та розміщує її у низці інших, притаманних та прожитих багатьма людям.

Наступною загальною для груп стала низка стереотипів, які ми назвали «*Закритість*». Цей стереотип позначається наступними виразами: «все ОК», «нічого страшного, справляємося», «якось буде», «так нічого не сталося». Для виявленого стереотипу характерно знецінення власних переживань, спроба за будь яких обставин зберегти ілюзію благополуччя, або перекреслити, витіснити подію, не проживши її. Таке когнітивне узагальнення також демонструє психологічні захисні механізми, коли переживання складної соціальної ситуації спричинює нестерпний емоційний біль й не має можливості з ним справлятися. Вміння стримувати себе, приховувати первинні емоційні стани також є результатом професійних компетенцій, які в умовах, наприклад демобілізації (у групах ветеранів АТО/ООС) вже можуть бути відхилені, але по інерції продовжують діяти.

Група стереотипів, яку ми назвали «*Складність*», позначається словами та виразами «і що Ви можете тут зробити», «а що є хтось, хто допоможе», «другим потрібніше», «і що буде», «на що Вам мої проблеми». Для цього комплексу стереотипних уявлень характерно: не віра у дієвість допомоги, у компетентність допомагаючих з одного боку й навмисне зменшення потреби в сторонній допомозі з іншого. Це як ставити у сумнів результативність допомоги, ніби промовляючи: якщо у Вас нічого не вийде, то що з цього буде, краще б не починали. Таке ставлення до можливої допомоги ніби підкреслює складність переживання з яким не можливо справитися навіть професіоналам. Тобто людина каже собі: це нестерпно, з таким люди не можливо справитися й ніхто не зможе допомогти. Таке

ставлення до своїх станів показує, що людина знаходиться у стадії відмови в процесі переживання кризової події, коли такого зі мною не могло статися або таке пережити неможливо.

Групи стереотипів «Унікальність», «Закритість» та «Складність» ми позначили як відносно деструктивні, бо вони не уособлюють групу або людину залишатися сам на сам з ситуацією, «зависати» в ній і не шукати рішень.

Іншим, більш конструктивним на перший погляд, є масив уявлень, який можна назвати «Каузальність» (*причинність*). Він виявляється наступними висловами: «оце в мене так і чому», «я не знаю, що з цим робити», «в мене так завжди після події», «немає виходу», «не розумію нащо це мені» та інші. Характерним поясненням такого стереотипу є готовність до розуміння механізмів та чинників вирішення проблеми, що виникла в наслідок складної соціальної ситуації. Зовнішньо це виглядає як готовність до дії, але при цьому людина має готовність, а не наснагу почати діяти. В неї немає мотиву: розкажіть і я зроблю. Такі люди потребують постійної уваги з боку фахівців, але очікувати результативність кризового втручання марна справа, людина занурюється у пояснення чому так сталося і не має наснаги змінити ситуацію.

Також цікавою для нашого дослідження виявилася група стереотипів, яку ми назвали «Готовність». Вона також може бути віднесеним до умовно конструктивних, бо описується словами: «я все зроблю, що Ви скажете», «треба прислухатися й діяти», «як скажете», «я спробую». Зауважимо, що при такому активному та діяльнісному підході справа ніби може зрушитися, але готовність ще не означає відповідальну стратегію подолання власних станів. Так можливим результатом взаємодії може стати вислів: Я все робив як Ви сказали й нічого не вийшло. Даний стереотип демонструє інфантильне бажання бути керованим й не нести відповідальність або не мати бажання долати кризові стани. Зазвичай особи, які керуються цим стереотипом, у групі промовляють про багато перешкод на шляху подолання, виявляючи неможливість цілеспрямовано діяти або, маючи неусвідомлену вигоду від власного стану, імітують свою активність.

Стереотипи «Каузальність» та «Готовність» були віднесені до умовно конструктивних, бо спонукають думати про подію, шукати причини її виникнення, але не сприяють її вирішенню.

Нами помічено, що кожна група стереотипів проявляється в групі в тій чи іншій мірі. Розпізнавання їх, проговорення у групі, акцентування уваги учасників до їх проявлення сприяє усвідомленому включенню кожного у процес подолання кризових станів. Зважаючи на те, що зворотній зв'язок також спонукає вчитися іншим стратегіям, а спостереження за іншими учасниками дозволяє припустити, що переживання можуть бути схожими, що фахівців можуть надати допомогу та таке інше, учасники набувають нових для них вмінь взаємопідтримки та розділення власного досвіду подолання наслідків складних соціальних ситуацій.

Отже, описані вище групи стереотипів показують, що груповий процес проявляє ті стереотипи, що є загальними для учасників і які не сприяють результативності роботи. Також важливим є зауваження, що без активної участі кожного не можливо подолання наслідків складних соціальних ситуацій. Виділені стереотипи показують етапи виходу з кризових станів та наочно формують в учасників уявлення щодо власних стратегій успіху/неуспіху виходу з травмуючих переживань. Описані вище групи стереотипів стосуються зовнішньої поведінки групи у складних соціальних ситуаціях, яку її учасники демонструють назовні іншим групам та окремим особам.

Респондентами означена низка стереотипів, які на їх думку існують у групі, і які ми можемо співвіднести до внутрішньо-групових. Деякі стереотипи позначені способом дії, а деякі мають ствердження щодо характеру цієї дії. Характерними для груп респондентів виявилися стереотипи: *«нав'язливий - смішується і заважає; байдужий – відсторонюється», «одні працюють, другі - ніби "працюють", не заважають, а треті - "користуються ентузіазмом"», «хай все вирішує лідер, без мене впораються», «хтось(лідер, має витягувати групу)», «пізнавальна активність це круто, любов до дітей нас об'єднує , працювати в освіті це подвиг», «приймати думку іншого, не завжди обґрунтовувати», «комплекси*

психологів». «Стандартом» дії у групі або її стереотипами щодо взаємодії респонденти виділили наступні характеристики: вміння слухати, чути, рамки, розслаблення, креативність, розуміння, толерантність, егоїзм, наслідування, згуртованість, повага та розподіл ролей. Натомість серед визначених міфів стосовно своєї групи респонденти зазначили такі: ми всі з 90-х, ми просто схожі, психолог - це життя!, "Я знаю краще, у мене в житті таке було", психолог може все, біблійські легенди про створення світу, в групі працювати цікаво. Контент аналіз показав, що респонденти у групах часто дають однакові відповіді на питання, що може бути пов'язано з синергічним зв'язком учасників груп. Вище ми зазначили, що учасники груп, що опинилися в кризових умовах, відчують спорідненість один з одним, об'єднані спільним «горем» та долають ситуацію групою, не розділяючись задля вирішення питання самотужки.

Цікавими виявилися й особливості символізації групи, ситуацій та стратегій виходу з них. Зупинимось детальніше на символах групи та групових символів. Символ групи – це метафоричне позначення саме групи, членом якої є респондент, а групові символи – це символи, які позначають процеси, що відбуваються у групі чи дії, які характерні під час взаємодії в ній. Серед символів групи слід особливо виділити низку природних об'єктів, якими позначають групу респонденти. Однак лідером серед символів став образ «зірки», що може вказувати на здатність учасників груп до відновлення. Виокремлені символи групи та групові символи складної ситуації показано в таблиці.

Таблиця

Символи у груповому процесі

Групові	Саме групи
простягнуті долоні	трикутник (ієрархія)
опора	будиночок
сонечко, яке	сонечко

зігріває промінцями	
коло любові	коло
серце	серце
коло людей	соняшник
їжак	вулик
нескінченність	феєрія фантазій
дуб	сад
злам	зірки
стіг	квіти
кучка попелу	«5»
книга	посмішки

В таблиці показано низку символів, виділених респондентами, деякі з яких схожі як для групових процесів, так і для позначення саме групи. Натомість це символи усіх учасників груп і нами не виявлено однакових символів зазначених характеристик ні в одного респондента. Тобто у кожного респондента ці символи чітко відрізняються, але вони можуть повторюватися у характеристиках різних груп. Колонки у таблиці є самостійними і не співвідносяться одна з одною за символами, нами лише виокремлені символи, які обрали респонденти.

Аналіз малюнків за авторською методикою «Символізація досвіду» показав, що символи, якими позначають респонденти складні соціальні ситуації та стратегії їх додання можна поділити на три групи: 1. Ті, що демонструють динаміку символу, 2. Ті, що показують динаміку розвитку сюжету та 3. Абстрактні або ті, що мають внутрішню логіку, яка не доступна на зовні. Розглянемо їх більш детально. Так, малюнки учасників першої групи, на яких символи мають спільні елементи та показують трансформації первинного символу, тобто демонструють *динамічність символу*, наприклад, 1 малюнок – дерево зі зламаними гілками, 2- обрізання пошкоджених гілок, 3- квітуче дерево. Так, нами виокремлена низка

символів, що використовується найбільше: дерева (на початку зламані, пошкоджені, а наприкінці квітучі), свічки (на початку плавлені, а в кінці на підставочці, рівні), нитки (на початку заплутані, а наприкінці – вже у клубку чи у виробі), дороги (заплутані – прямі), образи війни (бомба на початку та кафе Ветерано – наприкінці), вогнища (польові – факели), двері (замкнені та з ключами), чарівні істоти (дракон та зображення дракону на щиті), блискавки (страшні на чорному небі та маленькі на світлому фоні (як весняні грози), дощ (злива спочатку і літній дощик наприкінці).

Інша група символів має *динаміку розвитку сюжету*. А саме: дощ – парасолька – сонячна погода; гроза – сонечко з-за хмар – веселка; двоє чоловічків з телефонами – перекреслений телефон – стіл з чашками духмяної кави; вибух – дерево біля хати – огорожа навколо хати та сонечко; зав’язана мотузка – ніж – факел з мотузки; гроза – сонечко – літній дощик й квітучі рослини; хаос ліній – різні фігури – квіточка з цих фігур; багаття – відро, що його гасить – колодязь; прихована яма – стежка – квіти, що ростуть замість ями та інші.

Ми також виділили групу символів, що мають абстрактну природу, динаміку та логіку якої без пояснень автора не можливо зрозуміти. Наприклад, знак блискавки – знак оклику – символ серця; шахове поле – дівчина на дорозі – прямокутник, що окреслює дорогу; чоловічки – книга – будинок з надписами; діючий вулкан – метелик – пташка, що летить; квадрат з хвилястими лініями по діагоналі – стрілка у колі, спрямована вправо вгору – пів стріли, спрямованої прямо вгору з хвилястими вертикальними лініями; зірка у колі – сонечко з промінцями – сонечко у колі; нахилена рецятка – хмарка – об’єкт, що нагадує хмарку з прямими вставками; пухнастий куля – коло з зафарбованим боком – дерево з каштанами на ньому та біля нього; миш – сонечко – метелик; хвилі з завірюхою зверху – знак смайлика – посмішки – чоловічок з квіточкою; прямокутник – драбина та знак серця – серце, пробите стрілою; лінія, що складається у фігуру, яка нагадує символ радіації – стріла, спрямована вгору – сонечко зі стрілою; знак безкінечності – рогатка – рогатка з ласо.

Отже символи, якими респонденти позначають складні соціальні ситуації та інтеграцію цих ситуацій у канву власного життя мають певні характеристики і можуть бути розділеними на 3 групи: 1. символи, що демонструють динаміку розвитку самого символу; 2. символи, що показують сюжетну динаміку; 3. символи, що мають абстрактну природу й власну внутрішню логіку, яку складно «прочитати» та зрозуміти сторонньому спостерігачу. Вважаємо, що розшифровка символів за допомогою відомих інтерпретацій може збагатити розуміння процесу, але й водночас «піти за дослідником», нехтуючи задумкою та значенням, які вкладав респондент, виконуючи методику. Тому ми не надаємо можливі значення тих чи інших символів, а залишаємо це питання відкритим для роздумів та інтерпретацій тими, кому цікаво пізнання таких групових феноменів.

Висновки. Проведене емпіричне дослідження окреслило коло аналізу питань стереотипізації та символізації групового й індивідуального досвіду долаття складних соціальних ситуацій. Виділені стереотипи зовнішнього та внутрішнього характеру взаємодії. Згруповані нами стереотипи реагування на складні соціальні ситуації умовно можна розділити на деструктивні, відносно деструктивні, умовно конструктивні та конструктивні щодо пошуку рішень виходу з них. Символізація досвіду дозволяє інтегрувати його в життя, відшукати надбання й втрати та вміти справлятися зі схожими ситуаціями.

Аналіз результатів дослідження показав, що групові стереотипи відіграють ключову роль у прогнозуванні стратегій долаття складних соціальних ситуацій, а символізація цього процесу сприяє пошуку підтримки й допомоги як в середині групи, так і назовні. Образ малої групи в такому разі формується з низки групових та індивідуальних стереотипів учасників групи та символів, якими вони позначають свою групу.

INTEGRATED SOCIAL SERVICES BASED ON PRESERVATION AND PROMOTION OF COMMUNITY HEALTH: AN ANALYSIS OF THE STATE AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT

Liliia Klos¹, Nataliia Nazar²

Lviv National Polytechnic University, Lviv, Ukraine

Abstract.

Introduction: At the final stage of administrative-territorial reform in Ukraine, it is important to realistically assess the social needs and social problems that exist in newly created territorial communities. Territorial communities should be based on healthy families and healthy individuals, whose initiative will help ensure the continued social development of the community. In its turn, the community should be built on the principles of friendly to its own citizens, meeting their needs, first of all, the needs of the least protected categories - children, people with disabilities and chronic diseases, elderly people. Therefore, integrated social services based on the principles of preserving and promoting health are a tool for solving social problems in the community (Klos, Khudoba, Shkoliar, 2019, p. 26).

Purpose. The purpose of the study is to show the importance of using integrated social services in the community based on the principles of preservation and promotion of health as an important means of promoting territorial community development and social development of the country.

Methods. The study used theoretical methods of research, in particular, the search and collection of statistical information on the formation, normalization and approval of the composition of territorial communities; collection and analysis of sources on the problem of social services and social protection of the population of territorial communities; systematization of sources and their analysis by blocks of tasks; analysis, comparison, synthesis and implementation of the results of the study of social services based on the principles of promoting and preserving community health.

Results. Within the framework of the U-LEAD Program with Europe and the ICO Partnership Every Child, the project “Community for Human: Enhancing Communities' Competence for the Development of Social Services” and

understanding the peculiarities of organizing social support for vulnerable segments of the UTC population through the implementation of the social services model. Among the objectives of the project were, inter alia, to study the status of providing local communities with social workers, the range of social services provided in the community, taking into account the real needs of the population in social assistance (ICO Partnership for Every Child, 2019, p. 5-6).

The study covered 245 projected territorial communities in Ukraine. Because most communities did not have the information to make appropriate decisions about the services they needed, a special methodology was used to assess the needs of the population in social services. An appropriate tool for monitoring the needs of the population in social services was developed and tested at the Oxford Policy Management Consortium with the participation of the Every Child Partnership, in collaboration with UNICEF, and with financial support from the European Union. The aggregate index of providing the population with social services of the population of the UTC is determined by the set of indicators: the index of provision of social services for children and families with children; index of provision of social care services for orphans and children deprived of family care; the index of provision of social services for the elderly; index of provision of social services for persons with disabilities; index of provision of social services to persons in need of adaptation and integration (reintegration); index of provision of social services to persons in need of emergency or crisis intervention (ICO Partnership for Every Child, 2019, p. 28).

Mostly communities use the resource of available social services already at their disposal, their range is limited and needs improvement and review, taking into account real social problems and needs of consumers. An important tool for addressing the issues that are relevant to UTC members is those based on the principles of preserving and promoting health. In particular, social prevention, community representation services, crisis and emergency intervention, social support / patronage, asylum, home care, day care, supported living.

Conclusion: The study of the results of the mentioned project and the current state of providing territorial communities with social services lead to the conclusion that there is a high level of community needs for social work

professionals who are able and able to provide integrated social services in the community on the grounds of preservation and promotion of health. To do this, professional training of skilled social workers for the provision of integrated social services in the community should be stepped up.

Keywords: *social worker, community, integrated social services, health preservation and promotion*

The authors declare that they have no competing interests

References

- ICO Partnership for Every Child (2019). All-Ukrainian seminar "Preparation of social workers for the development of integrated social services in ATS". Retrieved from URL: <http://p4ec.org.ua>
- Ilchuk, L. (2018). Development of a system of integrated social services in the context of decentralization (for example, united territorial communities). Restored from <http://www.ir.kneu.edu.ua/bitstream/handle/2010/24760/Ilchuk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Klos, L., Khudoba, O., Shkoliar, M. (2019). A New Look at Addressing Health Issues in a Territorial Community: An Interdisciplinary Team of Professionals. *Partnerships for Social Change: 20 Years of Experience* ", dedicated to the 20th anniversary of Canada-Ukraine "Reforming Social Services "Project (1999–2003): international scientific and practical conference (Lviv, 24–26 October 2019): proceedings. Rome, 1 (3), 25–29.
- Law of Ukraine "On Social Services" (2019). Restored from
- Popic, Y. (2016). Organization of activities of integrated social services in territorial communities. Scientific Bulletin of Uzhgorod National University. Series: Pedagogy. Social Work, 2, 193-196. Restored from http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2016_2_52
- Training materials of the All-Ukrainian Seminar (2019). "Preparing Social Workers for the Development of Integrated Social Services in OGT" developed by experts of the project Community for Human: Enhancing Communities' Competence for the Development of Social Services, implemented by the Every Child Partnership with the support of the ULEAD Program with Europe
- Zvereva, I. D., Petrochko, Zh. V. (Eds.). (2007). Integrated Social Services: Theory, Practice, Innovation: Restored from <http://www.p4ec.org.ua/upload/education /library/1345188352.pdf>

Інтегровані соціальні послуги на засадах здоров'єзбереження в громаді: аналіз стану і перспективи розвитку

Лілія Клос¹, Наталія Назар²

Національний університет «Львівська політехніка»

¹ доктор педагогічних наук, доцент, в.о.завідувача кафедри соціології та соціальної роботи, Національний університет «Львівська політехніка»

² магістр соціальної роботи, студентка 3 року програми підготовки докторів філософії за спеціальністю «Соціальна робота», Національний університет «Львівська політехніка»

Ключові слова: соціальний працівник, громада, інтегровані соціальні послуги, збереження і зміцнення здоров'я

Вступ. На завершальному етапі проведення адміністративно-територіальної реформи в Україні важливо реалістично оцінити соціальні потреби і соціальні проблеми, які існують у новостворених територіальних громадах. Основу територіальних громад мають становити здорові сім'ї і здорові індивіди, ініціатива яких допоможе забезпечити неперервний соціальний розвиток громади. Своєю чергою, громада має будуватися на засадах дружніх до власних громадян, задоволення їхніх потреб, в першу чергу, потреб найменш захищених категорій – дітей, людей з інвалідністю та хронічними захворюваннями, осіб похилого віку. Тому інструментом вирішення соціальних проблем в громаді є інтегровані соціальні послуги, побудовані на засадах здоров'єзбереження (Клос, Худоба, Школяр, 2019, с.26).

Метою дослідження було показати важливість застосування інтегрованих соціальних послуг в громаді, заснованих на принципах збереження і зміцнення здоров'я, як важливого засобу сприяння розвитку територіальної громади і соціального розвитку країни.

Виклад основної частини. У межах Програми «U-LEAD з Європою» та МБО «Партнерство «Кожній дитині» реалізувався проект «Громада для людини: підвищення компетентності громад для розвитку соціальних послуг» та розуміння особливостей організації соціальної підтримки вразливих верст населення в ОТГ через впровадження моделі соціальних послуг. Серед завдань проекту було, окрім іншого, дослідження стану

забезпечення територіальних громад соціальними працівниками, спектру соціальних послуг, що надаються в громаді, врахування реальних потреб населення у соціальній допомозі (*МБО Партнерство «Кожній дитині», 2019*).

Дослідженням було охоплено 245 прогнозованих територіальних громад в Україні. Оскільки більшість громад не володіла інформацією для прийняття відповідних рішень про необхідні послуги, була застосована спеціальна методика оцінювання потреб населення у соціальних послугах. Відповідний інструмент моніторингу потреб населення у соціальних послугах розробили та протестували у Консорціумі Oxford Policy Management за участі Партнерства «Кожній дитині», у співпраці з ЮНІСЕФ, та за фінансової підтримки Європейського Союзу. Агрегований індекс забезпечення населення соціальними послугами населення ОТГ визначається сукупністю показників: індекс забезпечення соціальними послугами дітей і сімей з дітьми; індекс забезпечення соціальними послугами альтернативного догляду дітей-сиріт та дітей, позбавлених сімейного піклування; індекс забезпечення соціальними послугами осіб похилого віку; індекс забезпечення соціальними послугами осіб з інвалідністю; індекс забезпечення соціальними послугами осіб, які потребують адаптації та інтеграції (реінтеграції); індекс забезпечення соціальними послугами осіб, які потребують екстреного чи кризового втручання (*МБО Партнерство «Кожній дитині», 2019, с. 28*).

Надання інтегрованих соціальних послуг відображає високий рівень життєздатності громади. Адже означення «інтегровані» в цьому контексті передбачає насамперед забезпечення умов для реалізації потенціалу кожного члена громади, розглядає кожного індивіда як ресурс (Попик, 2016). Це у свою чергу робить громаду сильнішою та здатною вирішувати проблеми та забезпечувати потреби усіх своїх громадян. Якщо розглянемо процес децентралізації в Україні та об'єднання територіальних громад, тут громада не лише робить все, що входить до її обов'язків і можливостей, а й повинна залучити для досягнення своїх цілей ресурси та можливості з доступних джерел, що включатиме самого отримувача послуг і його

оточення (*Навчальні матеріали Всеукраїнського семінару*, 2019). Ці погляди до організації інтегрованих соціальних послуг відображені в навчально-методичному комплексі «Інтегровані соціальні служби: теорія, практика, інновації», де інтегрований підхід розглядають як «спосіб ставлення до індивіда та ведення справ стосовно нього, в ході застосування якого не тільки індивід адаптується до громади, але й громада робить необхідні кроки, докладає певних зусиль, аби пристосуватися до нього» (Зверева та ін., 2007, с. 70-71). Тому громада має бути гнучким середовищем, готовим приймати будь-яких своїх членів незалежно від їхніх потреб: чи це особа з особливими освітніми потребами, чи особа, що має проблеми зі здоров'ям різного характеру тощо. У дослідженні розвитку системи інтегрованих соціальних послуг в громаді Л. Ільчук (2018) подає визначення інтегрованих послуг як «концепцію надання послуг, в якій окремі блоки послуг скоординовані між собою, і яка спрямована на забезпечення економічної ефективності, поліпшення якості та підвищення рівня задоволеності отримувачів і надавачів» (Ільчук, 2018, с. 116).

Експерти проекту «Громада для людини: підвищення компетентності громад для розвитку соціальних послуг», серед іншого, вивчають питання цінностей, принципів та концептуальних засад у моделі інтегрованих соціальних послуг в об'єднаних територіальних громадах (ОТГ). Цінностями, на яких має будуватися система надання соціальних послуг на рівні ОТГ, за словами дослідників, мають бути: безпека дитини; сім'я як найкраще середовище для розвитку дитини; батьківство як важливий обов'язок; поважна та гідна старість; кожен житель громади як ресурс; самоорганізація мешканців громади; відповідальна громада. Упровадження інтегрованої системи надання соціальних послуг має ґрунтуватися на комплексі основних та робочих принципів, які дозволять забезпечити якісні управлінські рішення, спрямовані на розвиток соціальних послуг, системність, послідовність та узгодженість дій у процесі їх надання. Інтегрована система надання соціальних послуг є загальновизнаним та високоефективним підходом до організації надання соціальних послуг і задоволення потреб громадян. Її суть полягає в узгодженні та координуванні

функцій і заходів суб'єктів різних рівнів управління (рівень «системи»), які, працюючи синхронно та узгоджено, забезпечують комплексний та економічно ефективний підхід до розв'язання проблемних ситуацій, попередження та/чи усунення соціальних ризиків і вразливості громадянина (рівень «людини») (*Навчальні матеріали Всеукраїнського семінару, 2019, с. 24-25*).

Таким чином, інтегровані соціальні послуги в громаді – це комплекс інноваційних системних спеціалізованих послуг спрямованих на захист прав клієнтів, які, важливо, надаються у відповідь на потреби членів громади і передбачають тісну взаємодію спеціалістів соціальних служб між собою та з клієнтами. Розуміємо, що комплексність, інноваційність, системність та спеціалізація у процесі надання соціальних служб не можливі без мультидисциплінарного підходу.

Відповідно до такого підходу розуміння інтегрованих соціальних послуг нам важливо з'ясувати контекст надання послуги здоров'єзбереження в громаді, оскільки здоров'я належить до питань основних прав людини і соціальної справедливості, які є ключовими для соціальної роботи. В Законі України «Про соціальні послуги» (вступить в дію з 1 січня 2020 року) не визначено конкретно соціальну послугу здоров'єзбереження громади, адже збереження здоров'я – це комплексний процес, який забезпечується сукупністю різних соціальних, медичних та освітніх послуг (2019).

У згаданому Законі соціальні послуги в громаді, що передбачають здоров'єзбереження, включають: соціальну профілактику, послуги представництва в громаді, кризове та екстрене втручання, соціальний супровід / патронаж, надання притулку, догляд вдома, денний догляд, підтримане проживання.

Однією з перших є *послуга соціальної профілактики*, яка передовсім надається клієнтам в кризовому періоді: особам або сім'ям в складних життєвих обставинах (СЖО); людям, які мають алко-, наркозалежність або соціально небезпечні хвороби. Профілактика може бути первинною, вторинною та третинною. Однак первинний рівень цієї послуги – найдешевший варіант попередження негативних явищ щодо здоров'я, його

цільовою аудиторією є не лише конкретні клієнти, а всі мешканці громади. На *первинному рівні* профілактики діяльність зі здоров'язбереження передбачає: інформування про здоров'я, формування здорового способу життя, закладення основ усвідомленого та відповідального батьківства, навчання дієвих стилів батьківської поведінки, інформування про наслідки ризикованої поведінки тощо. Даний рівень соціальної профілактики стосовно здоров'язбереження передбачає також інформування сімей про спектр медичних, культурних, спортивних та соціальних послуг державних та громадських організацій, що наявні в громаді.

Вторинна профілактика зі здоров'язбереження націлена на запобігання наслідкам ризикованої щодо здоров'я і соціального добробуту особи чи сім'ї поведінки, такої як розвиток залежностей, інфікування низкою небезпечних для здоров'я та життя інфекцій тощо. Акцент потрібно робити на посилення підтримуючого середовища. Здоров'язбереження на *третинному рівні* передбачає роботу соціального працівника на подолання залежностей, інших проблем зі здоров'ям. Другий та третій рівень профілактики, окрім самої профілактики, доповнюється рештою соціальних послуг.

Отримувачами *послуги представництва інтересів* є особи з інвалідністю чи з іншими проблемами здоров'я (ВІЛ/СНІД, туберкульоз, алко- наркозалежність тощо). Надання цієї послуги передбачає сприяння у забезпеченні доступу до ресурсів і послуг за місцем проживання/ перебування, встановленні зв'язків з іншими фахівцями, службами, організаціями, підприємствами, органами, закладами, установами тощо. Послуга представництва інтересів дуже важлива для клієнтів із проблемами здоров'я, зокрема із соціально небезпечними хворобами, оскільки їхні права часто порушуються, вони зазнають дискримінації, особливо у закладах охорони здоров'я.

Виникнення обставин, що загрожують життю, здоров'ю особи чи дитини (у сім'ї в СЖО) – це підстава для *кризового та екстреного втручання*. Здоров'язбережувальна функція полягатиме у наданні психологічної допомоги; допомозі в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами; представництві інтересів, корекції сімейних

стосунків; допомозі в отриманні безоплатної правової допомоги; особливо в організації надання невідкладної медичної допомоги; організації надання притулку.

Соціальний супровід/ патронаж – це за своїм змістом комплексна соціальна послуга. Вона передбачає детальний аналіз проблем клієнта, в тому числі проблем зі здоров'ям, планування та контроль дій клієнта на шляху до задоволення своїх потреб. Наголос робиться на знаходженні можливостей і власних ресурсів задля подолання негативної ситуації.

Серед завдань, що має розв'язувати соціальний працівник, надаючи послугу соціального супроводу: обстеження, оцінка потреб, визначення шляхів вирішення основних проблем; складання індивідуального плану соціального супроводу; залучення отримувача послуги до виконання індивідуального плану; оцінка результатів виконання індивідуального плану; регулярні зустрічі чи відвідування отримувача послуги з метою моніторингу виконання поставлених завдань; сприяння в отриманні інших послуг; допомога в усвідомленні значення дій та/або розвиток вміння керувати ними; навчання і розвиток навичок; психологічне консультування; психологічна підтримка. Наочним прикладом надання соціального супроводу в контексті здоров'язбереження є діяльність соціальних працівників Благодійної організації «100% життя» м. Львів. У роботі з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД клієнтами, хворими на туберкульоз, фахівці здійснюють соціальний супровід керуючись усім комплексом вище перерахованих завдань соціальної послуги.

Послуга *надання притулку*, окрім прямого забезпечення житлом на певний визначений період часу, передбачає також оцінку інших потреб клієнта, зокрема, організацію отримання медичних послуг, медичного обстеження; психологічне консультування; допомогу в організації взаємодії з іншими фахівцями, службами. Користувачі послуги – це люди без певного місця проживання; жінки, які зазнали насильства в сім'ї; сім'ї в СЖО, в яких збереження і підтримка здоров'я повинні бути пріоритетним.

Люди з інвалідністю; люди похилого віку; самотні особи, які не мають родичів, однозначно потребують послуги *догляду вдома*. Ця послуга

передбачає допомогу в самообслуговуванні, пересуванні в побутових умовах, веденні домашнього господарства, в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами, навчання навичок самообслуговування; допомогу в забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичок користування ними; психологічну підтримку. Дії соціального працівника задля збереження здоров'я в контексті цієї послуги повинні спрямовуватися на організацію мультидисциплінарної команди. Соціальний робітник, медична сестра, лікар, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог та інші фахівці – це команда професіоналів, що в комплексі надають послугу догляд вдома. Послуга *денного догляду* за своїм змістом не відрізняється від догляду вдома, єдина відмінність – клієнт, його можливості та особливості, а також місце надання послуги.

Підтримане проживання надається бездомним особам, особам похилого віку та особам з інвалідністю. Контроль та підтримка здоров'я у закладах, що забезпечують підтримане проживання, це невід'ємний елемент у діяльності соціального працівника.

Усі перелічені допомоги – це лише основний пакет соціальних послуг зосереджених у громаді, в якому простежується здоров'язбережувальна діяльність. Ці соціальні послуги можуть надаватися комунальними і недержавними суб'єктами, фізичними-особами підприємцями, громадськими та релігійними організаціями тощо. Зрозуміло, що забезпечення цього процесу неможливе без кваліфікованих спеціалістів вужчого профілю, які в системі надання деяких послуг є ключовими. Тому завданням громад є залучення таких спеціалістів до надання соціальних послуг. Варто зазначити, що хоч Закон «Про соціальні послуги» оновився та невдовзі вступить у дію, стандарти надання цих послуг наразі залишаються старими. Тому відповідальністю громади є адаптація Закону та реалізація саме такої послуг, яка необхідна членам громади, акцентуючи на визначених потребах та ресурсах, що мають усі члени громади.

Висновок: Вивчення результатів згаданого проекту та сучасний стан забезпечення територіальних громад соціальними послугами дає підстави стверджувати, що сьогодні існує високий рівень потреб громади у

професіоналах із соціальної роботи, які здатні надавати інтегровані соціальні послуги у громаді на засадах збереження та зміцнення здоров'я. Для цього слід забезпечити умови для здійснення професійної підготовки кваліфікованих соціальних працівників з надання інтегрованих соціальних послуг у громаді, що ґрунтуються на засадах здоров'єзбереження. Для цього слід залучати потенціал кафедр соціальної роботи з пропозиціями як традиційних магістерських освітніх програм із соціальної роботи, так і програм підготовки фахівців соціальної роботи на засадах дуальної освіти.

THE SIGNIFICANCE OF MULTIDISCIPLINARY APPROACH FOR THE INCREASING IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS 2 TYPE QUALITY OF LIFE LEVEL

Anna Kohut¹, M. Bobryk², J. Komisarenko², O. Chaban³

¹Communal Noncommercial Institution of Kyiv Regional Council
“Regional Psychiatric and Narcological Medical Association”, Glevakha, Ukraine

²Department of Endocrinology of Bogomolets National Medical
University, Kyiv, Ukraine

³Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and
Psychotherapy of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Abstract.

Introduction. Diabetes mellitus 2 type has become a global health problem and is by far one of the most common chronic diseases, so there is an urgent need to provide high quality medical and social care to this patient population. It is known that this group of patients is characterized by a number of specific features that distinguish them and create difficulties for physicians in the treatment process.

Purpose. Study has been devoted to the comprehensive assessment of affecting factors on the quality of life of patients with type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) in relationship with their psychological status indicators and level of compliance.

Materials and Methods. Study population consisted of T2DM (n=40) equivalented by the indicators of age, body mass index, blood pressure, laboratory level of blood glucose and glycated hemoglobin (HbA1c). All patients signed a voluntary informed consent before the study. Study data has been collected using informed patients form and 6 validated psychometric scales: Chaban Quality of Life Scale (CQLS), Medication Compliance Scale (MCS), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)) and Holmes and Rahe Stress Scale (HRSS). Glycemic control has been based on HbA1c results and blood glucose level.

Results. Statistically significant difference has been found between the groups of the patients with high, middle and low level of their commitment to therapy according to MCS results. A significant correlation has been found between the following indicators: HbA1c and body mass index of patients with T2DM ($p = .19$; $r = .368$) and presence of alexithymia ($p = .039$; $r = -.328$). Depending on the level of quality of life with numeral scores of results with other scales: MCS ($p = .361$; $r = .022$); DAS ($p = .027$; $r = -.350$), stress level (DASS - 21) ($p = .038$; $r = -.339$), depression (DASS - 21) ($p = .002$; $r = -.471$) and HRSS ($p = .006$; $r = -.425$).

Conclusion: Psychological indicators identified by results of research such as, level of: compliance, cognitive distortions, depression, stress resistance and social adaptation — affected quality of life of T2DM patients, as well as indicators of alexithymia, anxiety, and quality of life affected the level of their commitment to treatment. Patients with low level of compliance and quality of life had the increased risk of treatment non-efficiency as a result. Therefore, multidisciplinary approach in the treatment of each individual patient, would potentially improving the adherence and effectiveness of T2DM treatment.

Keywords: *diabetes mellitus 2 type, health, healthcare, mental health, mental illness, stress, quality of life, social welfare*

The authors declare that they have no competing interests

References

- Mogre, V., Johnson, N., Tzelepis, F., Shaw, J., & Paul, C. (2017). Adherence to self-care behaviours and associated barriers in type 2 diabetes patients of low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2017 Feb 27;6(1):39. doi: 10.1186/s13643-017-0436-4.
- Indelicato, L., Dauriz, M., Santi, L., Bonora, F., Negri, C., Cacciatori, V., Targher, G., Trento, M., & Bonora, E. (2017). Psychological distress, self-efficacy and glycemic control in type 2 diabetes. *Metab Cardiovasc Dis*. 2017 Apr;27(4):300-306. doi: 10.1016/j.numecd.2017.01.006. Epub 2017 Jan 31.
- Esmailinasab, M., Ebrahimi, M., Mokarrar, MH., Rahmati, L., Mahjouri, MY., Arzaghi, SM. (2016). Type II diabetes and personality; a study to explore other psychosomatic aspects of diabetes. *J Diabetes Metab Disord*. 3;15:54 doi: 10.1186/s40200-016-0281-3
- Shamsi, F., Khodaifar, F., Arzaghi, SM., Sarvghadi, F, Ghazi, A. (2014). Is there any relationship between medication compliance and affective temperaments in patients with type 2 diabetes? (2014). *J Diabetes Metab Disord*. 27;13(1):96. doi: 10.1186/s40200-014-0096-z
- Conti, C., Di Francesco, G., Fontanella, L., Carrozzino, D., Patierno, C., Vitacolonna, E., & Fulcheri, M. (2017). Negative Affectivity Predicts Lower Quality of Life and Metabolic Control in Type 2 Diabetes Patients: A Structural Equation Modeling Approach. *Front Psychol*. 24;8:831. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00831
- Kohut, A., Potapov, O., Frankova, I., Bobryk, M., Komisarenko, J., & Chaban, O. (2019). Multidisciplinary Intention: Revealing The Consequence of Psychosocial Factors on the Adherence to Treatment of the Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 2(1), 15-17. <https://doi.org/10.32437/mhgcj.v2i1.43>
- Chaban, O., Khaustova, O., & Bezsheiko, V. (n.d.). Reliability and validity of Chaban Quality of Life Scale. Retrieved from <https://www.ecnp.eu/presentationpdfs/70/P.2.h.301.pdf>

ЗНАЧЕННЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Анна Когут¹, М. Бобрик², Ю. Комісаренко², О. Чабан³

1. Комунальний некомерційний заклад Київської обласної Ради "Обласне
психіатрично-наркологічне медичне об'єднання "

2. Кафедра ендокринології НМУ ім. О. О. Богомольця

3. Кафедра медичної психології, психосоматичної медицини і психотерапії
НМУ ім. О. О. Богомольця

Вступ. Цукровий діабет 2 типу (ЦД2) став глобальною світовою проблемою охорони здоров'я і на сьогоднішній день — є одним із найбільш поширених хронічних захворювань тому існує нагальна потреба у наданні високоякісної медичної та соціальної допомоги даному контингенту пацієнтів. Згідно зі зростанням показників захворюваності та поширеності на ЦД2 в динаміці наразі та у перспективі, серед населення у світі — є потреба в покращенні процесу та результатів лікування ЦД2 та його ускладнень (Mogre, Johnson, Tzelepis, Shaw, & Paul, 2017).

Відомо, що для цієї групи пацієнтів є характерними низка специфічних ознак, що вирізняють їх і створюють певні труднощі для лікарів у процесі лікування. Так, наприклад, було встановлено взаємозв'язок між глікемічним профілем, психосоматичними аспектами та комплаєнсом до лікування . Деякі специфічні для пацієнтів з ЦД2 психологічні характеристики можуть безпосередньо бути корисними для оцінки впливу психосоціальних факторів на контроль рівня глікемії для досягнення встановлених глікемічних цілей (Indelicato et al., 2017).

Однією із проблем у пошуку шляхів покращення результатів лікування пацієнтів з ЦД2 є чітке розуміння рівня їх комплаєнтності та

факторів, як індивідуальних, так і та зовнішніх, які впливають на це (Esmaeilinasab et al., 2016). Контроль рівня глікемії багато в чому залежить від дотримання встановленої схеми медикаментозної терапії (Shamsi, Khodaifar, Arzaghi, Sarvghadi, Ghazi, 2014) .

Останні тенденції підтверджують думку про те, що міждисциплінарний підхід із залучення фахівців із різних сфер охорони здоров'я з метою прийняття колегіальної тактики лікування кожного окремого пацієнта може потенційно вплинути на покращення показників прихильності та ефективності лікування пацієнтів з ЦД2 (Conti et al., 2017).

Мета. Дослідження було присвячено комплексній оцінці впливу факторів на якість життя пацієнтів з ЦД2 у залежності від показників їхнього психологічного статусу та рівня комплаєнтності.

Матеріали і методи. Дослідження було проведене на базі Київського Міського Клінічного Ендокринологічного Центру на базі кафедри ендокринології у співпраці з кафедрою медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Популяція дослідження ($n = 40$) складається з пацієнтів з ЦД2 (чоловіки — 32, 5%, жінки — 67, 5%). За сімейним станом: одружених — 60%. За рівнем освіти: мали вищу закінчену освіту — 60% пацієнтів з ЦД2. Також мали різний рівень ожиріння — 50% з даної вибірки пацієнтів. Було проведено аналіз даних первинної документації – медичних карт стаціонарного хворого. Представники даної статистичної вибірки були еквівалентними за такими показниками: віком, індексом маси тіла, рівнем артеріального тиску, лабораторними показниками крові — глюкози та глікованого гемоглобіну (HbA1c) (Kohut et al., 2019). Дані для дослідження, були зібрані із застосуванням інформованої згоди для пацієнтів та 6 валідованих психометричних шкал: медикаментозного комплаєнсу (ШМК), Торонтської шкали алекситимії (TAS-20), стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Прейса (HRSS), дисфункціональних відношень (ШДВ), депресії, тривоги і стресу (DASS – 21) та оцінки якості життя (ШЯЖ) (Chaban, O., Khaustova, O., & Bezsheiko, V., (n.d.). Глікемічний контроль оцінювався за результатами останніх

лабораторних показників HbA1c та рівня глікемії на момент опитування у пацієнтів з ЦД2. Статистичний аналіз проводився з використанням методів описової статистики та кореляції за методом Пірсона за допомогою програмного забезпечення MS Excel та SPSS 23.0.

Результати. Статистично значима різниця була виявлена між групами із високим (30%), середнім (35%) та низьким рівнем (35%) комплаєнтності за числовими результатами ШМК у пацієнтів з ЦД2 (p?). Пацієнти із високими показниками за ШМК мали статистично вищий рівень за числовими показниками шкали оцінки якості життя та протилежні показники за результатами інших шкал (Таб. 1, 2). Було також виявлено значимий кореляційний зв'язок між такими показниками: HbA1c та індексом маси тіла у пацієнтів ($p = .19$; $r = .368$) і наявністю у них алекситимії ($p = .039$; $r = -.328$). В залежності від рівня якості життя за шкалою якості життя у пацієнтів за числовими результатами з іншими шкалами: ШМК ($p = .361$; $r = .022$); ШДВ ($p = .027$; $r = -.350$), рівнем стресу (DASS – 21) ($p = .038$; $r = -.339$), депресії (DASS – 21) ($p = .002$; $r = -.471$) і HRSS ($p = .006$; $r = -.425$).

Висновки. Психологічні показники, виявлені за результатами досліджень, такі як: рівень комплаєнтності, когнітивні спотворення, депресія, рівень стресу, стресостійкості та соціальної адаптації — впливають на якість життя у пацієнтів з ЦД2. Також, разом з попередніми, показники рівня алекситимії, тривожності та якості життя — мають вплив на рівень їх прихильності до лікування. Було також виявлено взаємозв'язок між рівнем глікемії та психологічними аспектами у пацієнтів з ЦД2. Пацієнти із низькими рівнями показників комплаєнтності та якості життя мають підвищений ризик до виявлення неефективності лікування у результаті і потребують кваліфікованої допомоги від представників сфери охорони психічного здоров'я у взаємодії із профільними спеціалістами для забезпечення мультидисциплінарного підходу у вирішенні проблем даних пацієнтів. Це широкий обсяг для досліджень, у галузі як медичних, так і соціальних наук. Мультидисциплінарні та мультицентрові дослідження можуть бути перспективними у майбутньому, тому що різні фахівці

об'єднуються для вирішення проблеми коморбідності з метою покращення результатів лікування пацієнтів.

PECULIARITIES OF THE COURSE AND TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH SYNDROME OF UNDIFFERENTIATED TISSUE DYSPLASIA. (SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW)

Iryna Romash

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract.

Introduction: One of the features of modern clinical medicine is that the diseases lose their mononological character and more often have a comorbid course. Chronic pathology of the gastrointestinal tract (GIT) combined with syndrome of undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD) occupies a special place. And although scientists have increasingly investigated the relationship between gastroesophageal reflux disease (GERD) and UCTD syndrome in recent years, but the available scientific literature provides an extremely limited amount of material directly on the subject.

Aim: To analyze literature data on the features of the course and treatment of gastroesophageal reflux disease in patients with syndrome of undifferentiated connective tissue dysplasia.

Methods: A systematic literature search of Web of Science Core Collection, MEDLINE, PubMed, EMBASE, and the Cochrane Library until December 2019 with keywords "gastroesophageal reflux disease", "syndrome of undifferentiated connective tissue dysplasia", "ghrelin", "matrix metalloproteinase-9", "prostaglandin E2", "prostaglandin F2 α ", "oxyproline", "micro- and macronutrients", was performed

Results: According to scientific data, the digestive system is the second system of the body according to the frequency of involvement in the dysplastic process after the cardiovascular system (Bodolay E. et.al., 2003). The high degree of collagenation of the digestive system allows us to expect a variety of manifestations of UCTD. Dysplastic changes in the gastrointestinal tract include insufficiency of cardia, diaphragmatic hernia, ptosis of abdominal organs, anomalies of shape and structure of esophagus, stomach, duodenum, esophageal diverticula and various departments of intestines. In this case, the presence of UCTD syndrome causes certain features of metabolism, adaptation and existence of the organism in conditions of defective collagen (Nica A. E et.al., 2016).

From a clinical point of view, UCTD is a heterogeneous and polymorphic condition, which underlie various defects in the formation of collagen and elastin fibers as a result of genetic predisposition, which lead to disorders at the tissue and organism levels (Chemodanov V. and others. , 2018). According to the science data, assignment of patients to the UCTD group is possible if its manifestations are not specific for such connective tissue diseases as rheumatoid arthritis (RA), scleroderma, systemic vasculitis, myositis, systemic

lupus erythematosus, Sjogren's syndrome (Antunes M. et al., 2019.) The complexity of the morphology and the variety of connective tissue functions also determine the prevalence of visceral manifestations of UCTD. Moreover, as the phenotypic signs UCTD increases, the likelihood of detecting pathological changes in the internal organs increases. The degree of damage to the internal organs and usually determines the severity of the clinical picture and individual prognosis. (Usenko O. Yu et al., 2017; Denaxas K. et.al., 2018).

GERD is a multifactorial disease in the occurrence of which play a role as a support (stress, obesity, smoking, intake of some medications, nutritional features) and determining factors that include cardiac insufficiency, gastric reflux and resistance of the mucous membrane of the esophagus due to a decrease in its clearance. The risk of developing GERD also increases with generalized or regional disruption of connective tissue structure that is widespread in the population (Kadurina T. I. et.al., 2010). Cardia insufficiency is one of the manifestations of UCTD, and there is a direct relationship between the degree of UCTD and the incidence of gastroesophageal reflux (Denaxas K. et.al., 2018).

On the background of UCTD, in combination with gastroesophageal refluxes (GER), a pronounced inflammation of the mucous membrane of the lower third of the esophagus was more often found. Frequent GER may affect the state of the autonomic nervous system through the nerve and anatomical ligaments of the esophagus and deepen connective tissue dysfunction. In some works, it was found, that on the background of UCTD syndrome, the symptoms inherent in GERD were detected more often than in patients without signs of the first. In particular, these patients complained more frequently of heartburn, severe chest pain, more frequent gastroesophageal and duodenogastric refluxes and erosion of the mucous membrane of the lower third of the esophagus. Thus, as can be seen from the above data, conditions for such important pathogenetic links of the development of GERD, such as impaired function of the lower esophageal sphincter (LES), reduction of the barrier capacity of the mucous membrane of the esophagus, an increase in the number of acid and mixed refluxes. (Kamataki A. et.al., 2015; Baia X. et. Al., 2019). The exclusive role of PGE2 in maintaining mucosal integrity, preventing acid reflux, and esophagitis by modulating various gastrointestinal functions has been scientifically validated (Baia X. et al., 2019). At the same time, in the available literature, we have not identified any studies examining the role of different classes of prostaglandins in protecting mucous membrane of the esophagus in UCTD.

Peptide hormone such as ghrelin has a pronounced effect on gastric motility. This hormone is mainly released from the stomach and has many physiological actions, such as stimulating food intake, regulating the motility of the gastrointestinal tract, stimulating the release of growth hormone, lowering blood pressure and regulating the complex process of energy metabolism, through the correction of hunger signals. As ghrelin stimulates gastric motility and

accelerates gastric emptying, the effect of this intestinal hormone on GIT motility is being actively studied, in particular in pathological GER (Kitazawa T. et.al., 2018). At the same time, the role of ghrelin in GERD as an independent disease and its combination with UCTD has not been studied.

Involvement of the esophagus in the pathological process of UCTD is also explained by the accumulation of the extracellular matrix in its walls, remodeling and degradation of collagen and other compounds, and the key regulators of these processes, both under physiological and pathological conditions are matrix metalloproteinases (MMP's) (Chen et al., 2009). The cofactors of matrix metalloproteinases are micro- and macroelements that are involved in the formation of collagen, giving elasticity to the connective tissue matrix (Ismail AA, 2016). At the same time, the level of micro- macroelements in blood and MMP-9 activity was not studied in patients with GERD on the background of UCTD.

With regard to drug therapy of this combined pathology in adults, in cases of development of GERD on the background of UCTD pathogenetically justified complex therapy has not been developed, which also determines the relevance of this study.

Conclusion: A study of the literature on the comorbidity of GERD and UCTD has shown that variability in clinical pathology markers is not fully reflected in publications on this topic. This complicates early diagnosis, making the right diagnosis at the initial examination of the patient. The clinic for such combined pathology remains poorly understood. In this regard, the treatment of this pathology is not prophylactic, aimed at preventing possible complications, but remains symptomatic. Therefore, the next step in this study will be: to study the frequency of combination of GERD with phenotypic and biochemical markers of UCTD syndrome; establishment of features of clinical manifestations, changes in gastric motility, indicators of daily pH-metry, condition of the mucous membrane of the lower third of the esophagus in patients with GERD in combination with syndrome UCTD.

Keywords: *gastroesophageal reflux disease, syndrome of undifferentiated connective tissue dysplasia, diagnosis, ghrelin, matrix metalloproteinase-9, prostaglandins E 2 and F2 α , oxyproline, micro- and macronutrients, treatment.*

The author declares that has no competing interests

References

- Chernobrovyi V. M., Melashchenko S. H., Chernobrova O. I., Ksenchyn O. O. (2017) Gastroesophageal reflux disease: main accents of modern differentiated and controlled pharmacotherapy. *Modern Gastroenterology*, 4 (96), 33-42.

- Marushko Yu. V., Asonov A. O., Hyshchak T. V. (2019) The role of magnesium in the human body and the effect of reduced magnesium content on the quality of life of children with gastroesophageal reflux disease. *Modern pediatry*, 1 (97), 124-130; doi 10.15574/SP.2019.97.124.
- Burduli N. M., Tadtava D. Ya. (2012) The effect of intravenous laser therapy on the dynamics of prostaglandins E2 and F2a and the state of microcirculation in patients suffering from gastroesophageal reflux disease. *Questions of balneology, physiotherapy and physiotherapy*, 6, 7-20.
- Nechaeva G. I., Drokina O. V., Druk I. V. i dr. (2014) The main directions in the treatment of patients with connective tissue dysplasia. *Therapist. Lechashhij vrach.*, 8, 54-56.
- Sirchak Ye. S., Boldizhar O. O., Stan M. P. (2018) The role of biologically active substances in the formation of gastroesophageal reflux disease in patients with type 2 diabetes. *Gastroenterologia*, 52 (2), 71-76. doi: 10.22141/2308-2097.52.2.2018.132611
- Usenko O. Yu., Voitiv Ya. Yu. (2017) Frequency and criteria for the diagnosis of undifferentiated connective tissue dysplasia in surgical patients. *Clinical surgery*, 10, 5-7.
- Chemodanov V.V., Krasnova E. E. (2018) The principles of medical support for children with connective tissue dysplasia. *Therapist*, 66-69.
- Antunes M., Scirè C. A., Talarico R. et al. (2018) Undifferentiated connective tissue disease: state of the art on clinical practice guidelines. *RMD Open*, 4:e000786.doi:10.1136/rmd-open-2018-000786.
- Baia X., Iharaa E, Otsukaa Y. et al. (2019) Involvement of different receptor subtypes in prostaglandin E2-induced contraction and relaxation in the lower esophageal sphincter and esophageal body. *European Journal of Pharmacology*, 857, 172405.
- Castaneda F.E., Walia B., Vijay-Kumar M. et al. (2005). Targeted deletion of metalloproteinase 9 attenuates experimental colitis in mice: central role of epithelial-derived MMP. *Gastroenterology*, 129, (6), 1991-2008.
- Denaxas K., Ladas S. D., Karamanolis G. P. (2018) Evaluation and management of esophageal manifestations in systemic sclerosis. *Ann. Gastroenterol.*, 31(2), 165-170. doi:10.20524/aog.2018.0228.
- Domingues, G., Moraes-Filho, J. P. P., Fass, R. (2018) Refractory Heartburn: A Challenging Problem in Clinical Practice. *Dig Dis Sci.*, 63, 577-82. <https://doi.org/10.1007/s10620-018-4927-5>.
- Ismail A.A.A., Ismail N.A. (2016) Magnesium: A mineral essential for health yet generally underestimated or even ignored. *J. Nutr. Food Sci.*, 6, 523. DOI: 10.4172/2155-9600.1000523.
- Kadurina T. I., Abbakumova L. N. (2010) Rehabilitation principles for patients with connective tissue dysplasia. *Consulting physician*, 40, 10-16.

- Kamataki A., Uzuki M., Sawai T. (2015). Histopathological Change of Esophagus Related to Dysphagia in Mixed Connective Tissue Disease. *Seminars in Dysphagia Edited by Renee Speyer and Hans Bogaardt. Chapter 13.* <http://dx.doi.org/10.5772/60509>
- Kitazawa T, Kaiya H. (2019) Regulation of Gastrointestinal Motility by Motilin and Ghrelin in Vertebrates. *Front. Endocrinol.*, 10, 278. doi: 10.3389/fendo.2019.00278
- Kondoh, Y, Johkoh T, Fukuoka J. et.al.(2015). Broader criteria of undifferentiated connective tissue disease in idiopathic interstitial pneumonias. *Respiratory Medicine*, 109(3), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2015.01.009>
- Medsgger T.A. Jr, Bombardieri S, Czirjak L. et. al.(2003) Assessment of disease severity and prognosis. *Clin Exp Rheumatol.*,21 (29), 42-46.
- Nica A. E., Alexa L. M., Ionescu A. O. et al. (2016) Esophageal disorders in mixed connective tissue diseases. *Journal of Medicine and Life.*, 9(2), 141-143. PubMed PMID: 27453743; PubMed Central PMCID: PMC4863503.
- Xiaoping Chen, Yong Li. (2009) Role of matrix metalloproteinases in skeletal muscle Migration, differentiation, regeneration and fibrosis. *Cell Adhesion & Migration*, 3,4, 337-341.

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ
ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ
ІЗ СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ
СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ. (Огляд літератури)**

Ромаш Ірина Богданівна

Асистент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

Проведено аналіз вітчизняних та закордонних літературних даних щодо особливостей перебігу та лікування гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у пацієнтів із синдромом недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Ключові слова: гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини, діагностика, грелін, матриксна металопротеїназа-9, простагландини E 2 та F2 α , оксипролін, мікро- та макроелементи, лікування.

Постановка проблеми. Систематичний огляд наукових джерел засвідчив, що поширеність гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) серед населення становить 10–40% (Чернобровий В. М. та ін., 2017; Усенко О. Ю. та ін., 2017). Але реальна частота цього захворювання, вочевидь, є значно вищою, ніж свідчить статистика. Це пов'язано з тим, що лише незначна частина пацієнтів з печією звертаються за медичною допомогою, та тим, що не всі лікарі приділяють достатню увагу цій проблемі. Важливість ГЕРХ зумовлена не тільки можливістю розвитку таких важких життєзагрозливих ускладнень, як виразки, стриктури, стравохід Баррета, аденокарциноми стравоходу, кровотечі, але й значним впливом на якість життя таких пацієнтів. Науково підтверджено, що у хворих на ГЕРХ відмічається більш виражене зниження якості життя, ніж у пацієнтів із стенокардією, цукровим діабетом. Окрім того, рецидивуючий характер захворювання сприяє зростанню термінів тимчасової та стійкої втрати працездатності, що визначає ГЕРХ не тільки як медичну, але й соціальну проблему (Domingues G. et.al., 2018).

Мета статті – провести аналіз вітчизняних та закордонних літературних даних щодо особливостей перебігу та лікування гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у пацієнтів із синдромом недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Матеріали і методи дослідження: Був проведений систематичний пошук та аналіз літератури в Web of Science Core Collection, MEDLINE, PubMed, EMBASE та Cochrane Library до грудня 2019 року за ключовими словами "гастроєзофагальна рефлюксна хвороба", "синдром

недиференційованої дисплазії сполучної тканини", "грелін", "матрична металопротеїназа-9", "простагландин E2", "простагландин F2 α ", "оксипролін", "мікро- та макроеlementи".

Виклад основного матеріалу. Однією з особливостей сучасної клінічної медицини є те, що захворювання втрачають мононозологічний характер і частіше мають коморбідний перебіг. Окреме місце займає питання хронічної патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ) поєднане із синдромом недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ). І хоча останні роки науковці все частіше досліджують взаємозв'язки ГЕРХ із синдромом НДСТ, можна констатувати, що доступна наукова література дає вкрай обмежений обсяг матеріалів безпосередньо з цього питання. Згідно із науковими даними, травна система друга система організму за частотою залучення до диспластичного процесу після серцево-судинної (Bodolay E. et.al., 2003). Високий ступінь колагенізації органів травлення дозволяє очікувати різноманітних проявів НДСТ. До диспластикозалежних змін ШКТ відносяться недостатність кардії, діафрагмальна грижа, птози органів черевної порожнини, аномалії форми та будови стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, дивертикули стравоходу і різних відділів кишечника та інші. При цьому наявність синдрому НДСТ обумовлює певні особливості обміну, адаптації та існування організму в умовах неповноцінно сформованного колагену (Nica A. E et.al., 2016).

З клінічних позицій, НДСТ – це гетерогенна за походженням і поліморфна за проявами група станів, в основі яких лежать різноманітні дефекти формування колагенових та еластинових волокон у результаті генетичної схильності, які призводять до порушення на тканинному та організменному рівнях (Чемоданов В. В и др., 2018). Віднесення хворих до групи НДСТ можливе, якщо його прояви не є специфічними для таких захворювань сполучної тканини як ревматоїдний артрит (РА), склеродермія, системний васкуліт, міозит, системний червоний вовчук, синдром Шегрена (Antunes M. et. al., 2019.). Складність морфології та різноманіття функцій сполучної тканин визначають також поширеність вісцеральних проявів НДСТ. Причому, в міру збільшення фенотипових ознак, підвищується ймовірність виявлення патологічних змін у внутрішніх органах. Ступінь ураження саме внутрішніх органів і визначає, як правило, важкість клінічної картини та індивідуальний прогноз. Наявність наукових даних дозволяють стверджувати, що існує досить тісний взаємозв'язок між кількістю зовнішніх фенотипових ознак ДСТ і частотою виявлення стигм дизембріогенезу внутрішніх органів. (Усенко О. Ю та ін., 2017; Denaxas K. et.al., 2018).

ГЕРХ є багатофакторним захворюванням у виникненні якого відіграють роль як сприяючі (стреси, робота пов'язана із частими нахилами,

ожиріння, куріння, прийом деяких медикаментозних препаратів, особливості харчування) так і визначальні фактори, до яких належить недостатність кардії, рефлюкс шлункового і змішаного вмісту з шлунка в стравохід, резистентність слизової оболонки стравоходу внаслідок зниження її кліренсу. Ризик розвитку ГЕРХ також зростає при генералізованому чи регіональному порушенні структури сполучної тканини, яка широко розповсюджена серед населення (Kadurina T. I. et.al., 2010). Одним з проявів НДСТ є недостатність кардії, а між ступенем НДСТ та частотою виникнення гастроєзофагального рефлюксу існує пряма залежність (Denaxas K. et.al., 2018) Згідно досліджень Т. А. Medsger та співавторів, ураження шлунково-кишкового тракту спостерігалися у 80% пацієнтів і найчастіше вони відмічались з боку стравоходу (Medsger T.A et.al., 2003).

На тлі НДСТ у поєднанні із гастроєзофагеальними рефлюксами частіше виявлялося виражене запалення слизової оболонки нижньої третини стравоходу. Часті гастроєзофагальні рефлюкси можуть впливати на стан вегетативної нервової системи через нервові та анатомічні зв'язки стравоходу та поглиблювати дисфункцію сполучної тканини. В поодиноких роботах встановлено, що на фоні синдрому НДСТ, симптоми, властиві ГЕРХ, визначались частіше ніж у хворих без ознак першої. Зокрема, ці пацієнти значно частіше скаржились на печію, сильний біль за грудиною, у них частіше реєструвались гастроєзофагальні та дуоденогастральні рефлюкси, виявлялись ерозії слизової оболонки нижньої частини стравоходу. Таким чином, як видно з наведених даних, при НДСТ створюються умови для таких важливих патогенетичних ланок розвитку ГЕРХ, як порушення функції нижнього стравохідного сфінктера, зниження бар'єрних можливостей слизової оболонки стравоходу, зростання числа рефлюксів кислим та змішаним вмістом. (Kamataki A. et.al., 2015; Baia X. et. al., 2019) .

Порушення функції нижнього стравохідного сфінктера вірогідно може сприяти формуванню постпрандіальної "кислотної кишені" – шару незабуференої соляної кислоти, що утворюється на поверхні вмісту шлунка після прийому їжі та її переходу вище діафрагми і тривало персистувати, хоча при наявності НДСТ дане питання абсолютно не вивчено. Також при цьому зростає роль резистентності слизової оболонки стравоходу (СОС), особливо передепітеліального бар'єру, який забезпечується секретом слинних та власних залоз підслизової оболонки стравоходу та включає муцини, немучинові протеїни, бікарбонати, простагландини класу Е 2 та F2α. Науково підтверджена виняткова ролі PGE2 у підтримці цілісності слизової оболонки, попередженні кислотного рефлюксу та езофагіту шляхом модуляції різних функцій ШКТ (Baia X. et. al., 2019). Наявні поодинокі дослідження щодо ролі PGE2 в захисті слизової оболонки стравоходу. Н.М. Бурдули, Д.Я. Тадтаева вивчавши зміни рівнів простагландинів класу Е2 та

F2a в сироватці крові у хворих на ГЕРХ встановили зниження їх концентрації у хворих на ГЕРХ (Бурдулі Н. М. и др., 2012). За даними досліджень Сірчак Є.С. та співавторів, навпаки, виявлено підвищення рівнів PG F2a у пацієнтів з ГЕРХ у 2,2 рази у порівнянні зі здоровими (Сірчак Є. С. та ін., 2018). В той же час, в доступній літературі, нами не виявлено досліджень в яких вивчалась би роль різних класів простагландинів в захисті СОС при НДСТ.

На моторику шлунку виражений вплив чинить такий пептид як грелін. Цей гормон в основному вивільняється з шлунка і має багато фізіологічних дій, таких як стимулювання споживання їжі, регуляція моторики ШКТ, стимулювання вивільнення гормону росту, зниження артеріального тиску і регулювання складного процесу енергетичного метаболізму, шляхом корекції сигналів голоду. Оскільки грелін стимулює рухливість шлунка і прискорює його спорожнення шлунка, активно відбувається вивчення впливу цього інтестинального гормону на моторику ШКТ, зокрема при патологічних ГЕР (Kitazawa T. et.al., 2018). В той же час роль греліну при ГЕРХ як самостійному захворюванні так і її поєднанні з НДСТ не вивчалась.

У синтезі основних структурних білків сполучної тканини, важливу роль відіграють мікро- та макроелементи, що є кофакторами матриксних металопротеїназ. Зокрема, Mg впливає на активність ферментів, які приймають участь у формуванні колагену, надаючи сполучнотканинному матриксу пружність та еластичність (Ismail A.A.A, 2016). Дефіцит іонів магнію займає важливе місце серед патогенетичних механізмів формування дисплазії сполучної тканини. Зниження в організмі концентрації магнію сприяє більш важкому перебігу ГЕРХ та зниженню якості життя (Марушко Ю. В та ін., 2019). В умовах магнієвої недостатності порушується здатність фібробластів продукувати колаген та посилюється деградація колагенових волокон, відбувається синтез дефектного колагену внаслідок порушення структури його волокон, зміни співвідношення між колагеновими та еластиновими волокнами в сторону останніх та сповільнення синтезу усіх структурних молекул сполучної тканини. Дефіцит Mg^{2+} призводить до підвищення активності колагенази ММП-9, а згідно наукових даних це пришвидшує деградацію структурних компонентів внутрішньо-клітинного матриксу, в першу чергу колагену (Castaneda F. E. et. al., 2009). Залучення стравоходу до патологічного процесу при НДСТ також пояснюється накопиченням позаклітинного матриксу у його стінках, ремоделюванням та деградацією колагену та інших сполук, а ключовими регуляторами цих процесів, як при фізіологічних, так і при патологічних умовах є матриксні металопротеїнази (matrix metalloproteinase- MMP) (Xiaoping Chen. et.al., 2009). В той же час, у хворих на ГЕРХ на тлі НДСТ вивчення рівня магнію в крові та активності ММП-9 не проводилось. Порушення динамічної

рівноваги між агресивними і протективними факторами також, вірогідно, сприяє деградації колагену, оскільки він є головним компонентом сполучної тканини, якою багатий підслизовий шар стінки стравоходу. Запалення слизової стравоходу внаслідок гастроезофагального та гастродуоденального рефлюксів веде до порушення сполучнотканинної структури, а стан обміну колагену як при самостійній ГЕРХ так і при її розвитку на фоні НДСТ практично не вивчені, що і зумовлює дане дослідження. В окремих роботах присвячених дослідженню особливостей перебігу інших захворювань шлунково-кишкового тракту (жовчно-кам'яної хвороби, панкреатодуоденальної патології) на тлі НДСТ з різною частотою вказується на існування у таких хворих недостатності кардії (12,6%), гастроезофагального рефлюксу (від 4,7 % о 10,3%), що також підтверджує необхідність вивчення особливостей перебігу патогенетичних механізмів розвитку та пошуку нових підходів до терапії ГЕРХ на тлі НДСТ (Kondoh Y. et.al., 2015).

Що стосується медикаментозної терапії даної поєднаної патології у дорослих, то вона на відміну від дітей, майже не розроблена. Терапія самостійної ГЕРХ в першу чергу вимагає лікування тих патологічних станів, що сприяють посиленню патогенетичних ланок розвитку та призначення антирефлюксної терапії. Препаратами вибору для фармакотерапії ГЕРХ є антисекреторні середники і, в першу чергу, інгібітори протонної помпи (ІПП). Також для підвищення ефективності лікування і швидкої ліквідації симптомів можуть використовуватись два шляхи, серед яких комбінація ІПП з альгінатами чи прокінетиками, або підвищення дози препарату. Що стосується НДСТ, то основне завдання лікування таких хворих полягає в корекції порушень метаболізму колагену. При цьому використовується терапія препаратами магнію, вітамінами, анаболічними засобами, антагоністами альдостерону та препаратами амінокислот (Г.И. Нечаева и соавт., 2014). В той же час, у випадках розвитку ГЕРХ на тлі НДСТ патогенетично обґрунтованої комплексної терапії не розроблено, що також зумовлює актуальність даного дослідження.

Висновки і подальші перспективи дослідження: Вивчення літератури з питань коморбідності ГЕРХ і НДСТ показало, що у публікаціях на цю тему неповно відображена варіабельність клінічних маркерів патології. Це ускладнює ранню діагностику, постановку правильного діагнозу при первинному огляді пацієнта. Клініка такої поєднаної патології залишається недостатньо вивченою. У зв'язку з цим лікування даної патології не є профілактичним, спрямованим на попередження можливих ускладнень, а залишається симптоматичним. Тому, наступним етапом цього дослідження буде: вивчення частоти поєднання ГЕРХ з фенотиповими та

біохімічними маркерами синдрому НДСТ; встановлення особливостей клінічних проявів, змін моторики шлунка, показників добової рН-метрії, стану слизової оболонки нижньої третини стравоходу у хворих на ГЕРХ у поєднанні з синдромом НДСТ.