

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ
УКРАЇНИ

КАФЕДРА ІСТОРІЇ ТА ТЕОРІЇ ОЛІМПІЙСЬКОГО СПОРТУ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра
за спеціальністю 017 «Фізична культура і спорт»
освітньою програмою «Олімпійський спорт і освіта»

на тему: **«ВПЛИВ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НА ПСИХОЛОГІЧНЕ
ТА ФІЗИЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ»**

здобувача вищої освіти
другого (кваліфікаційного) рівня

Шишко Б.Р.

Науковий керівник: Толкунова І.В.

к. пед. н. доцент

Рецензент: Гринь О.Р.

Професор кафедри психології і педагогіки

Рекомендовано до захисту на засіданні
кафедри історії та теорії олімпійського
спорту (протокол № 5 від 1.12.22)

В.о. завідувача кафедри: Радченко Л.О.
д.фіз.вих., доцент

Київ-2022

ЗМІСТ

Вступ.....	
Розділ 1. Теоретичні аспекти вивчення психологічних особливостей схильності до адиктивної поведінки молоді.....	
1.1 Поняття адикції, залежної (адиктивної) поведінки.....	7
1.2 Причини та фактори залежної (адиктивної) поведінки.....	10
1.3 Вплив фармакологічної адикції на психологічне і фізичне здоров'я молоді.....	14
1.4 Профілактика адиктивної поведінки.....	21
Висновки до першого розділу.....	
Розділ 2. Методи та організація дослідження девіацій у студентському середовищі.....	
2.1 Методи наукового дослідження.....	26
2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури та аналітичних матеріалів мережі Інтернет.....	27
2.1.2 Психологічне тестування.....	27
2.1.3 Метод педагогічного спостереження.....	35
2.1.4 Методи математичної статистики (кількісний і якісний метод обробки даних).....	35
2.2 Організація наукового дослідження.....	35
Розділ 3. Результати досліджень та їх обговорення.....	
3.1. Показники ризику хімічної залежності у студентів (RAFFT).....	37
3.2. Показники ризику ранніх проявів алкоголізму (К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича).....	41
3.3. Показники мотивів куріння (О.О.Леонов).....	45
3.4 Показники схильності до залежності від вживання психоактивних речовин (І.А.Фурманов).....	52
3.5. Показники ніотинової залежності (Фегестром).....	58
Висновки до третього розділу.....	

Практичні рекомендації.....
Загальні висновки.....
Список використаних джерел.....
Додатки.....

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Питання адиктивної (залежної) поведінки у сучасному світі виявилось чи не найважчим з усіх, що стояло перед суспільством.

Адже будь-яка діяльність, у яку включається людина, виникає і відбувається під впливом зовнішніх факторів, що її стимулюють. Зокрема, через зміни що відбуваються кожний день у всіх сферах життя та освітньому процесі людини. Останнім часом спостерігається зменшення зацікавленості молодого покоління до занять фізичною культурою і спортом, що, в свою чергу, призводить до погіршення стану здоров'я. Серед причин зменшення зацікавленості до занять спортивною діяльністю відзначається зростання алкоголізму, токсикоманії, наркоманії а також використання інших психоактивних речовин [65]. Проблема девіантної поведінки молоді викликає закономірний інтерес дослідників та широких кіл громадськості. Аналіз вітчизняних наукових досліджень з даної теми спонукав до розгляду проблеми психології залежності від Фармакологічних форм адиктивної поведінки. Вважається, що реальним базисом особистості людини виступає сукупність

ставлень до світу, який реалізується її діяльністю, - це є центр ціннісно-сміслової сфери людини [39]. Все частіше молодь характеризує себе через відчуття тривожності, відчуженості, духовну спустошеність [69].

Відсутність спеціальних знань і навичок здорового способу життя, а також своєчасних соціально адаптивних стратегій поведінки - не дозволяє їм надавати результативну психологічну та соціальну підтримку [32].

Стрімке зростання молоді з признаками залежної поведінки і висока соціальна значущість проблеми характеризує вивчення даного питання як одного з центральних у сучасній психолого-педагогічній літературі.

Важливість зазначеної проблеми та недостатність її розробки зумовили вибір теми магістерського дослідження. Нам вважається доцільним постановка проблеми: *«Вплив адиктивної поведінки на психологічне та фізичне здоров'я студентської молоді НУФВСУ»*.

Об'єкт дослідження – психологічне здоров'я особистості.

Предмет дослідження – причини та фактори девіантних явищ у студентської молоді.

Мета наукового дослідження полягає в з'ясуванні впливу адиктивної поведінки на психологічне і фізичне здоров'я студентської молоді та її вплив на розвиток особистості .

Для досягнення мети необхідно виконати наступні завдання:

- узагальнити наукові дослідження щодо проблематики адиктивної поведінки;
- знайти та проаналізувати основні методологічні та теоретичні підходи до визначення адиктивної поведінки;

- проаналізувати явище адиктивної поведінки, дослідити його вплив на психологічне і фізичне здоров'я студентської молоді НУФВСУ;
- проаналізувати особливості причин та умов їх формування у студентів Національного університету фізичного виховання і спорту.
- висвітлити шляхи та напрями профілактики адиктивної поведінки.

Теоретико-методологічні засади та джерельна база магістерського дослідження. Методологічну основу магістерського дослідження становлять загальнонаукові методи аналізу адиктивної поведінки.

Методи дослідження. Для розв'язання завдань магістерської роботи – визначення характеристик адиктивної поведінки, впливу на психічне і фізичне здоров'я студентської молоді, причин та умов її формування у студентів Національного університету фізичного виховання і спорту України використовувалися **наступні методи:**

- **теоретичні** – аналіз і узагальнення фахової психологічної літератури, науково-дослідних джерел з проблем магістерського дослідження; статистичні дані та аналітичні матеріали у періодичних виданнях з психології та педагогіки;

- **емпірично-діагностичні** – спостереження, тестування, обробка і аналіз кількісних та якісних емпіричних результатів з використанням елементів математичної статистики, а також різноманітних психодіагностичних методик.

Відмічу, дослідження проблем адиктивної поведінки студентської молоді є особливо актуальним для розуміння протікання аддикцій у молодіжному середовищі в умовах постійних змін та труднощів, що проявляються у всіх сферах життя українського суспільства.

Крім того, у магістерській роботі використовуються результати здійсненого в НУФВСУ спостереження, тестування (студентів (курців) 1-4 курсу Національного університету фізичного виховання і спорту України денної та заочної форм навчання), а також офіційні статистичні дані.

Емпіричну базу магістерського дослідження складають результати спостереження, тестування студентів 1,2,3,4 курсу денної та заочної форми навчання Національного університету фізичного виховання і спорту України,. Загальна кількість досліджуваних становила 16 чоловік, з яких 5 осіб – жіночої статі, та 11 осіб – чоловічої. Матеріали систематизовано і викладено у першому та другому розділах магістерської роботи.

Матеріали магістерського дослідження були апробовані на V Всеукраїнської наукової електронної конференції «Актуальні проблеми психолого-педагогічного супроводу та розвитку суб'єктів спортивної діяльності» кафедри психології і педагогіки Національного університету фізичного виховання і спорту України що відбулася 27 жовтня 2022 року, участь у IV Всеукраїнській науковій електронній конференції «Актуальні проблеми психолого-педагогічного супроводу та розвитку суб'єктів спортивної діяльності », яка відбулась 29 жовтня 2021 року у місті Києві.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що:

- узагальнено основні методологічні та теоретичні підходи до вивчення феномену адиктивної поведінки поведінки як об'єкту саме психологічного дослідження;
- зроблена спроба з'ясувати вплив адиктивної поведінки на якість фізичного та психологічного здоров'я студентської молоді.

Науково-практичне значення роботи полягає в виробленні нових та використанні вже існуючих шляхів дослідження адиктивної поведінки у студентської молоді, а також в тому, результати дослідження надають нам можливість значно розширити діапазон розуміння даної проблеми , її вплив на розвиток та психологічне здоров'я молодого покоління .

Результати наукового дослідження можуть бути використані при розробці програм реабілітації та профілактики для боротьби з різноманітними проявами молодіжної аддикції.

Структура магістерської дипломної роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, практичних

рекомендацій, загальних висновків, графічного матеріалу у вигляді таблиць, рисунків, схем, діаграм тощо, списку використаних джерел із 80 найменувань, додатків в кінці тексту. Загальний обсяг роботи становить 88 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СХИЛЬНОСТІ ДО АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ

1.1 Поняття адикції, залежної (адиктивної) поведінки

Проблема залежної (адиктивної) поведінки в сучасному світі виявилася чи не найбільш заплутаною і важкою з усіх, що стоїть перед людством. Більшість людей мають травмуючий досвід тяжкої залежності, починаючи від солодоців, бажання поринути в гуркіт важкого року і закінчуючи нікотиною, алкогольною та наркотичною.

Девіантною поведінкою людини можна позначити систему вчинків чи окремі вчинки, що суперечать прийнятним у суспільстві нормам та проявляються у вигляді незбалансованості психічних процесів, не адаптивності, порушенні процесу самоактуалізації чи ухиляння від морального та естетичного контролю над власною поведінкою. [51, 52]

Адиктивна поведінка (від лат. *addictio* — сліпо відданий, той, що потрапив у рабську залежність) — одна з форм девіантної поведінки, особливий тип деструктивної поведінки, який виражається у прагненні до відходу від реальності через зміну свого психічного стану [76].

Термін «адиктивна поведінка» ввів до наукового обігу американський дослідник В. Міллер для визначення зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан, включаючи алкоголь, наркотики й тютюн, до того як від них сформується фізична залежність [42]. На думку ж Ц. Короленко, «адиктивна поведінка — це один із видів девіантної поведінки з формуванням прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому певних психоактивних речовин або постійною

фіксацією уваги на деяких видах діяльності з метою підтримання та розвитку інтенсивних емоцій» [28]. Ц. Короленко стверджує, що адиктивна поведінка контролює життя людини, робить її безпорадною та беззахисною, позбавляє її можливості протидіяти аддикціям » [27]. Розуміння поняття «адикція» В. Міллером є близьким до розуміння цього поняття С. Кулаковим, який визначає адиктивну поведінку як таку, що характеризується наявністю фізичної та індивідуальної психологічної залежності [35, 37]. Отже, термін «адиктивна поведінка» пов'язаний із терміном «залежність». Дехто з авторів (В. Бітенський, С. Кулаков, А. Личко та ін.) визначають аддикцію саме, як захворювання, а залежність – як супутню форму порушення поведінки [64, 36, 33, 34, 38]; інші ж (А. Войскунський, О. Змановська, С. Мінаков та ін.) навпаки використовують ці терміни як взаємозамінні. Деякі автори (І. Богданова, О. Безпалько, В. Донських, О. Змановська, Є. Ільїн, Ц. Короленко, С. Кулаков, А. Личко та ін. [27] [28,] [29,] Соціодинамічна психіатрія,] 5, 17] вживають поняття «адиктивна поведінка» відповідно до поведінки, яка характеризується наявністю залежності саме від хімічних речовин і являється формою зловживання ними. А. Личко підкреслює, що «аддикція являє собою зростання толерантності до засобу, яким зловживає особистість, залежний проявляє постійну заклопотаність тим, щоб його здобути і спожити, незважаючи на очікувані пагубні наслідки, а також зусилля зупинити зловживання без очевидного успіху» [41] . М. Горобей вважає, що адикції є результатом загострення шкідливих звичок і пов'язує їх формування з незадоволеними потребами та складними життєвими подіями [11]; Н. Бугайова розглядає вплив вікових криз на формування адиктивної поведінки та вказує на зв'язок адиктивної поведінки дорослої людини із її надмірною залежністю в дитинстві від батьків, дитячими адикціями та невротами в ранньому дитячому та дошкільному віці [9]; І. Цал-Цалко доводить взаємозв'язок певних видів адикцій, не пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, із незадоволенням невротичних потреб особистості [74].

Цікаву інтерпретацію терміна «адиктивна поведінка» в контексті залежної поведінки надає О. Безпалько. На думку автора, адиктивна поведінка – це поведінка людини, в якій присутнє прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних (психоактивних) речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та отримання

інтенсивних емоцій [4]. Продовжуючи думку О. Безпалько, І. Богданова підкреслює, що адиктивна поведінка передує різним видам хімічної

залежності [5]. Отже, можна розглядати адиктивну поведінку – як поведінку, що передує виникненню залежності, та може вважатися стадією розвитку фізичної або психологічної залежності.

Згідно до класифікації О.В.Змановської адиктологія вивчає всі форми і типи адиктивної (залежної) поведінки. Виділяють наступні форми залежної поведінки:

- хімічна залежність (паління, токсикоманія, наркозалежність, залежність від ліків, алкогольна залежність);
- порушення харчової поведінки (переїдання, голодування, відмова від їжі);
- гемблінг (залежність від азартних ігор);
- сексуальні адикції (зоофілія, фетишизм, трансвестизм, ексбіціонізм, вуайєризм, садомазохізм);
- релігійна деструктивна поведінка (релігійний фанатизм, залученість до секти).
- трудоголізм; шопоголізм; музична залежність і т.д. [44].

Походження терміна адикція бере початок від рабської залежності. Хоча залежна особистість може почуватися поневоленою: тютюном, алкоголем, їжею, наркотиками, психотропними препаратами чи навіть іншими людьми, ці об'єкти далекі від того, щоб бути для нього "паразитами". Навпаки, об'єкт залежної поведінки сприймається як "хороший", та проявляється в бажанні змінити свій психічний стан в напрямку виникнення інтенсивних позитивних емоцій, іноді він стає навіть єдиним заняттям, яке, здається, надає сенс існуванню людини. Об'єкти залежної поведінки настільки проникають у життя людини, що відмовитися від них буває проблематично. Пристрасть стає сильною, а воля, навпаки, слабшає, і людина не може протистояти адикції. Поява шкідливих звичок, які негативно впливають на здоров'я людини, стають звичним явищем, а згодом навіть необхідним. Надзвичайно важливо вчасно помітити початкові схильності до появи шкідливої звички, щоб позбутися її, доки не сформувалася залежність від неї [75]. Відсутність залежності передбачає, що індивід відповідає поняттям поведінкової норми.

Різні види адиктивної поведінки мають свої характерні ознаки, прояви і наслідки, але етапи формування адиктивної поведінки є спільними. Початок формування адикції завжди відбувається на емоційному рівні – людина

переживає гострі зміни психічного стану, підвищується настрій, почуття радості, екстазу, неймовірного підйому у зв'язку з вживанням психоактивних речовин або використанням певних дій. Наступний етап характеризується формуванням певної послідовності повернення до об'єктів аддикції [19]. Згодом адиктивна поведінка стає звичною, типовою, повністю домінуючою над всіма іншими сферами життя.

Можна виділити такі основні загальні ознаки адиктивної поведінки: стійке прагнення до зміни психофізичного стану; безперервний процес формування і розвитку аддикції; циклічність залежної поведінки; закономірне виникнення особистісних змін і соціальної дезадаптації; формування адиктивної установки, тобто сукупності когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей, які викликають адиктивне ставлення до життя; надмірно емоційне ставлення до об'єкта залежності; перетворення об'єкта аддикції в ціль існування; заперечення залежності та її тяжкості [18].

Однією з основних рис у поведінці адиктивної особистості є прагнення до втечі від реальності. «Втеча» полягає в тому, що замість гармонійного життя відбувається активація в якомусь одному напрямі; при цьому людина зосереджується на вузько спрямованій сфері діяльності (часто дисгармонійний, такий, що руйнує особистість), ігноруючи решту.

Виділяють чотири види «втечі» від реальності [55]:

- «втечу в тіло» — переорієнтація на діяльність, спрямовану лише на власне фізичне чи психічне удосконалення; гіпер-компенсаторним стає захоплення оздоровчими заходами («параноя здоров'я»), сексуальними взаємодіями, власною зовнішністю, якістю відпочинку і способами розслаблення;
- «втечу в роботу» — дисгармонійна фіксація на службових справах [15];
- «втечу в контакти чи самотність» — спілкування стає або єдино бажаним способом задоволення потреб, заміщуючи інші, або кількість контактів зводиться до мінімуму;
- «втечу у фантазії» — схильність до роздумів і відсутність бажання щось утілювати в життя .

Особлива небезпечність адиктивної поведінки проявляється в тому, що залежність є з одного боку вільним, добровільним особистісним вибором, з другого, його втратою і підпорядкованістю об'єкту аддикції. Крім того різні форми адиктивної поведінки мають тенденцію поєднуватися або переходити одна в одну [3].

1.2 Причини та фактори залежної (адиктивної) поведінки

На сьогоднішній момент існує чимала кількість теорій, які вказують на причини та фактори зародження і подальшого розвитку адиктивної поведінки. Можна виділити два напрями, відповідно до яких учені трактують природу адиктивної поведінки. Перший (психологічний) трактує розвиток адикції як певний феномен, що має переважно соціально зумовлені причини; другий – як феномен, що пов'язаний із біологічними особливостями індивіда. Відповідно до екзистенціальної концепції В. Франкла, безпосередніми причинами адиктивної поведінки є екзистенціальна фрустрація та екзистенціальний вакуум; а відповідно до системно-особистісної моделі С. Кулакова, – збій життєво вагомих функцій та систем важливих стосунків для особистості (порушення комунікації); згідно з теорією С. Даулінга, – потреба в уникненні сильних афектів. А. Адлер навпаки вказує, що причиною зародження і подальшого розвитку адиктивної поведінки є низька самооцінка. На думку Т. Шибутані причиною розвитку адикції є потреба в уникненні фрустрацій [66]. Існують й інші теорії розвитку адиктивної поведінки, які пов'язані з місцем особистості в системі сімейного мікросоціального середовища. Аналіз наукової літератури дав змогу виділити декілька педагогічних чинників, які, на думку вчених, що досліджували теорію адикції, можуть впливати на розвиток залежності у підлітків: конфлікти в сімейному мікросоціальному середовищі, гіперопіка (М. Копит); низький культурний рівень сім'ї і, як наслідок, недостатній культурний та освітній рівні особистості (О. Артемчук, Ю. Лисицин); деструктивні відносини між членами родини, педагогічна занедбаність (Б. Братусь) [7]; відсутність контролю батьків над поведінкою дітей (О. Пилипенко) [6,] [13]. Деякі вчені вказують на особистісні чинники, що сприяють розвитку адиктивної поведінки у підлітків. Наприклад, Н. Пихтіна вказує на те, що на розвиток адиктивної поведінки у підлітків впливають такі чинники: емансипація, компенсації, стрес, незайнятість, відсутність пізнавальних інтересів [56]. І. Гурвич вказує на взаємозв'язок між адиктивною поведінкою та відчуженням [12]. А. Адлер вказує на відчуженість, що може спричинити розвиток адикції, як на фактор, що є елементом комплексу неповноцінності та формою прояву поведінкового деструктивізму [12]. Н. Максимова вказує на наявність особистісної схильності до адиктивної поведінки, що проявляється у неспроможності особистості адекватно сприймати життєві обставини, ставитися до людей і до самої себе, правильно регулювати свою поведінку [47, 48, 49]. Б. Сегал визначає такі психологічні особливості осіб з адитивними формами поведінки:

- знижена здатність боротьби з труднощами повсякденного життя;
- прихований комплекс неповноцінності і зовнішній прояв переваги;
- бажання казати неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони не винні;
- схильність уникати відповідальності в прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність. [30, 26, 72]

О. Ратинська визначає особистісні особливості молодого покоління, які є групою факторів ризику у формуванні адиктивної поведінки: підвищений егоцентризм; потяг до протиставлення, протесту, боротьби проти виховних авторитетів; незрілість моральних переконань; занадто чутливе реагування на пубертатні зміни; схильність перебільшувати ступінь складності проблем; криза ідентичності; негативна чи несформована Я-концепція; гіпертрофовані поведінкові реакції; перевищення пасивних допінг-стратегій у подоланні труднощів [62, 54]. Слід звернути увагу і на комплексні моделі формування адиктивної поведінки у молоді. Наприклад, О. Змановська дає уявлення про природу залежної поведінки у вигляді моделей: моральної, хвороби, симптоматичної, психоаналітичної та системно-особистісної [17,] [16]. Згідно з теорією О. Змановської, моральна модель вказує на виникнення адикції з погляду етичних та моральних переконань суспільства у конкретному історичному ракурсі; симптоматична – як наслідок певних поведінкових звичок; психоаналітична – як наслідок проявів порушення особистісної динаміки та індивідуальних особливостей особистості, що формуються в перші роки її життя; системно-особистісна – як наслідок дисфункціональних проблем, пов'язаних зі збоєм життєво важливих функцій.

Залежна поведінка вважається багатофакторним явищем. Сучасний стан науки дозволяє говорити, про існування декількох груп факторів в розвитку адиктивної поведінки, кожен з них взятий окремо, не являється визначальним. Фактори, які сприяють розвитку адиктивної поведінки розділяють на соціальні, індивідуально-психологічні, індивідуально-біологічні:

- соціальні фактори не залежать від індивіда, це об'єктивно існуючі умови, вплинути на які людина майже не може, визначаються несприятливими соціальними, економічними, політичними умовами існування суспільства;
- індивідуально-психологічні – це особливості когнітивної, емоційно-вольової сфери, які обумовлюють появу та розвиток адиктивних форм поведінки;
- індивідуально-біологічні – відносять спадковість стосовно психічних захворювань, алкоголізму, тяжкі соматичні захворювання і нейроінфекції в ранньому дитинстві, органічні враження головного мозку. Ці порушення виступають скоріше передумовами саме обумовлюють індивідуально-психологічні причини. Органічні враження головного мозку впливають на психоемоційний стан, знижують здатність індивіда переносити фізичні і психологічні навантаження, протистояти стресу і негативним впливам оточуючого середовища. Це відображається на адаптаційних можливостях людини, внаслідок чого формується хімічна та нехімічна залежність.

Серед соціальних факторів виділяють макропричини і мікропричини. Макропричини – це умови, які існують в суспільстві загалом, а мікропричини – це саме умови в середині певної соціальної групи, в якій знаходиться індивід.

- До макропричин відносяться економічні та соціальні проблеми, протиріччя і неузгодженість в законодавстві, неблагоприємне середовище і суспільний неблагоустрій, доступність психоактивних речовин, реклама, стан руйнації (відсутності) загальноприйнятих цінностей і соціальних норм в суспільстві;
- До мікропричин відносять невмілість та непослідовність в вихованні, сімейна схильність, сімейні традиції, клімат в сім'ї, школі, гіперопіка та гіпоопіка в сім'ї, відставання та відсутність бажання продовжувати навчання, часта зміна місця перебування, спілкування з ровесниками, які зловживають психоактивними речовинами, стиль сімейного виховання [53].

До індивідуально-біологічних факторів відносяться:

- ступінь початкової толерантності – спостерігається пряма залежність: чим менша індивідуальна непереносимість психоактивних речовин (індивід переживає негативні відчуття навіть від малої дози алкоголю чи слабого наркотика), тим більша вірогідність того, що розвинеться алкоголізм чи наркоманія;
- природна детоксикуюча функція організму. Головну детоксикуючу функцію в організмі виконує печінка. Чим краще печінка буде розщеплювати

поступаючі в організм алкоголь та наркотичні речовини та краще справлятиметься з цією функцією, тим менше буде виникати негативних відчуттів і соматичних розладів і тим більша вірогідність розвитку алкоголізму та наркоманії;

- природа психоактивної речовини. Це досить важливий біологічний фактор, який приводить до розвитку адиктивної поведінки, і переходу її в хворобу. Важливою являється хімічна речовина, яка вживається. Залежність скоріше розвивається за участі наркотичних речовин, ніж від алкоголю та тютюну;

До індивідуально-психологічних факторів, які сприяють розвитку адикцій відносять осіб для яких характерними є:

- знижена схильність до психічних перенавантажень, стресів, слабка пристосованість до нових ситуацій, конфліктів, схильність до депресій;

- вираженість тривожності, невпевненості в собі, занижена самооцінка;

- імпульсивність, зокрема, з намаганням отримати задоволення з чітко вираженим гедоністичним спрямуванням;

- психічна незрілість – інфантилізм, схильність до наслідування в поведінці, зокрема, її негативних проявів;

- слабкий розвиток самоконтролю;

- емоційна нестійкість, схильність неадекватно реагувати на перешкоди, невміння знайти продуктивний вихід із психотравмуючої ситуації;

- акцентуації характеру (нестійкий, комфортний, гіпертимний, циклоїдний та ін.) [59, 24].

Підсумовуючи фактори адиктивної поведінки, як комплекс внутрішніх та зовнішніх обставин, що впливають на формування схильності до вживання психоактивних речовин та розвитку нехімічних (поведінкових) адикцій, можна виділити наступні: особливості когнітивної, емоційно-вольової, мотиваційної сфери, особливості умов проживання та виховання, мікросоціальне та макросоціальне середовище, спадкова схильність.

1.3 Вплив фармакологічної адикції на психологічне і фізичне здоров'я молоді

Адиктивна поведінка наносить велику шкоду змінюючи характер людини та спотворюючи її особистість. Поведінка залежного дісно стає обтяжливою для

оточуючих людей, особливо для рідних і близьких, оскільки вони стають неприємні в спілкуванні, черстві, егоїстичні, бачать в оточуючих лише своїх ворогів. Психологічні та фізіологічні зміни в поведінці залежної особистості, що є результатом вживання психоактивних речовин:

- часта відсутність в вдома, навіть впродовж декількох днів, без пояснень, без підстав;
- пропуск занять, байдуже ставлення до роботи, нехтування своїми обов'язками ;
- несподівані зміни в поведінці, що раніше не помічалось;
- обмани оточуючих, поява бажання усамітнення від навколишнього світу;
- поява невідомих боргів;
- зникнення цінних речей, грошей, техніки;
- втрата бажання навчатися, працювати, відсутність зацікавленості до улюблених занять, хобі;
- поява або зникнення таких хімічних речовин як столовий оцет, питна сода, перманганат калію, йод, ацетон та інші розчинники;
- неочікуване появлення шприців, голок, таблеток або навіть різних наркотичних речовин;
- зміна манери спілкування, поява нових слів;
- поява слідів ін'єкцій на кінцівках;
- втрата сну або важкий та тривалий сон протягом декількох днів , неспокійний сон вночі та постійна сонливість вдень;
- втрата апетиту або постійне незмінне бажання щось їсти, можуть переважати солодкі або солоні страви або продукти, також може проявлятися сильна спрага;
- зміна розміру зіниць (можуть коливатися від розширених до звужених), зміна відтінку шкіри [50].

Зловживання наркотичними речовинами чи алкоголем охоплює різноманітні аспекти життєдіяльності. Алкоголь і наркотики здатні досить швидко змінювати психо-емоційний стан, викликаючи відчуття ейфорії. У людини може появлятися жага до використовувати психоактивних речовин (ПАР)

кожного разу в коли перед нею будуть неприємні обставини. Якщо людина регулярно використовує алкоголь чи наркотики, щоб покращувати своє самопочуття чи відчувати себе в зоні комфорту, то вона розвиває в себе тягу до цих речовин. Так формується простий механізм виходу з поганого настрою чи неприємностей за допомогою (ПАР). Проте зловживання ПАР завдає великої шкоди організму і призводить до захворювань легень, серця, онкологічних захворювань, закупорки артерій, гіпертензії, захворювань шлунково-кишкового тракту, порушення роботи печінки, головного мозку та інших органів [67].

До впливу адиктивні поведінки на психологічне здоров'я відносять: ослаблення мотивів, що перешкоджають прийому психоактивних речовин, з формуванням групового вживання та закріплення варіантів психологічного захисту як заперечення, проєкції, генералізації і раціоналізації. Одночасно особистісні реакції стають гострішими і призводять до почастищення міжособистісних та сімейних конфліктів та порушень адаптації. Крім того з'являються амнестичні розлади у стані алкогольного та токсико-наркологічного сп'яніння; посилення акцентуацій характеру із виникненням патохарактерологічних реакцій, емоційно-поведінкові та афективні розлади з коливаннями настрою [73].

До впливу на фізичне здоров'я відносять зростання толерантності не менше ніж у 2-3 рази із згасанням блювотного рефлексу при закріпленні групового способу зловживання психоактивних речовин – при хімічних залежностях [73].

Психологічна залежність від наркотичних речовин проявляється у постійному бажанні пережити приємні відчуття, причиною яких є саме наркотична речовина. Сама залежність може виникнути навіть після першого споживання. Психологічна залежність проявляється в зв'язку з тим, що людину прагне змінити свій стан за допомогою наркотичного засобу, який допоможе отримати бажаний ефект ейфорії. Це безумовно являється патологією. Людину не покидають думки про про обект аддикції. Настрій погіршується та звужується коло спілкування. Адиктивна особистість проявляє стійке бажання отримати наркотик. Це вказує на сильну психологічну залежність [56].

Фізична залежність від наркотиків проявляється в появі соматичних та психічних розладів. Оскільки організм настільки звикає до отримання наркотичних речовин, що без них відмовляється нормально функціонувати.

Через обширність змін організм постійно перебуває наче у стані наркотичного сп'яніння. В період відсутності наркотичних речовин проявляються такі симптоми: пригніченість, байдужість до всього, що оточує аддикта, порушується сон, діяльність органів та всі інші системи органів.

Як тільки наркотична речовина знову потрапляє до організму ці неприємні симптоми зникають. При різних видах наркотичної залежності, відбувається зняття ознак гострого абстинентного синдрому. Проте треба не забувати, що не всі види наркотичних речовин викликають фізичну залежність. Сильна наркотична залежність проявляється при вживанні: опіатів, підвиду коноплі та ефедрину. Також, потрібно пам'ятати про толерантність до наркотичних речовин, коли перед залежною особою виникає потреба кожного разу збільшувати дозу для отримання очікуваних ефектів ейфорії [58].

На думку І. П. Анохіна механізм формування психологічної залежності пов'язаний з впливом психоактивної речовини на «систему підкріплення», що знаходиться у стовбуровому відділі мозку. Ця система приймає участь в регуляції мотивацій та регуляції емоційного стану. Вона функціонує за участю нейромедіаторів з групи катехоламінів, першочого дофаміну. Наркотики і алкоголь хімічним шляхом активують цю систему, причому її збудження значно вище, ніж в нормі, що багато в чому визначає позитивну емоційну реакцію після прийому психоактивних речовин. Психоактивні речовини впливають безпосередньо на мозок. При вживанні алкоголю та наркотичних речовин відбувається посилений викид нейромедіаторів, що в свою чергу створює надзвичайно сильне збудження системи підкріплення, набагато сильніше ніж те, що людина може отримати в повсякденному житті [1].

Механізм формування психологічної залежності згідно теорії І. П. Анохіна пов'язаний з виникнення посиленого синтезу катехоламінів. Катехоламіни — фізіологічно активні речовини, що виконують роль хімічних посередників (медіаторів та нейрогормонів) у міжклітинних взаємодіях. Це відбувається через те, що при частому прийомі психоактивних речовин проявляється серйозний недолік нейромедіаторів. Організм реагує на них, збільшенням синтезу необхідних йому речовин. Кожного разу при вживанні наркотичних речовин або алкоголю відбувається викид дофаміну і його надмірне руйнування. Виникає прискорений колообіг дофаміну у. При припиненні прийому психоактивної речовини посилений синтез нейромедіаторів всерівно зберігається (оскільки ферментна система перебудувалася), а посилене вивільнення не відбувається, оскільки людина перестала вживати

ПАР, а в нормальному стані їх виділяється небагато. Внаслідок цього дофамін починає накопичуватися в мозку і крові. Підвищення рівня дофаміну в значній мірі обумовлює основні симптоми абстинентного синдрому – занепокоєння, безсоння, збудження, вегетативні розлади, підйом артеріального тиску та інші. Таким чином, фізична залежність пов'язана з певними змінами нейрохімічних функцій мозку. Рівень дофаміну в крові визначає тяжкість абстинентного синдрому. Кожна психоактивна речовина діє на нервову систему людини по-різному, взаємодіючи з різними нейромедіаторними системами (оскільки в організмі людини все взаємозв'язано, то зачіпаються всі системи організму, але для кожного виду наркотичної речовини існує найбільш «підходящий» йому медіатор). Такий вибірковий вплив наркотиків пояснює схожість їх хімічної будови з будовою нейромедіаторів, наприклад, опіати схожі з ендорфінами, галюциногени – з серотоніном. Абсолютно всі психоактивні речовини збільшують викид дофаміну, хоча вони можуть мати різну хімічну структуру і викликати абсолютно різні побічні явища [23].

Негативний вплив наркотичних речовин впливає сильно на роботу серцево-судинної системи та серця. Постійне вживання знижує артеріальний тиск, послаблює пульс. Через це, організм страждає через недостачу кисню, формується стан гіпоксії. Недостача кисню викликає порушення обміну речовин та живлення в тканинах та органах. Крім того погіршується робота серця в подальшому призводить до його зношення. Якщо людина раніше перенесла пневмонію, то в подальшому виникає ризик появи серцевої недостатності і в кінцевому результаті – смерть. Наркотичні речовини своїм впливом не минули і систему травлення. Через вживання наркотиків, у людини виникають проблеми з апетитом. Частіше всього, харчування не повноцінне або навіть відмова від їжі. Також, є проблеми з перетравленням їжі. Більше того, погіршується робота м'язів які відповідають за скорочення стінок кишечника, а це загрожує людині відсутністю необхідних речовин які просто не засвоюються організмом. Спостерігається підвищена моторика кишечника. Яка супроводжується болями в області живота. Нерідкі випадки виникнення запорів. Сильно страждає печінка, у зв'язку з її функцією виведення токсичних речовин з організму. Саме тому є великий ризик отримати цироз печінки [78].

Алкоголь, як і наркотики, негативно впливає на центральну нервову систему. Яскраво виражені перепади настрою – від радощів до депресивних проявів. Деструктивний вплив алкоголю несе в собі зміни не лише психічного але і фізичного стану. Це виражається в роботі серцево-судинної системи,

кровотворних органів, шлунково-кишкового тракту і т.д. Прояви алкоголізму легко помітити навіть по зовнішньому вигляду: людина перестає за собою слідкувати, змінюється колір шкіри на сірий, землистий, під очима з'являються так звані мішки. На пізніх стадіях розвитку захворювання відбувається повна моральна деградація. Людина втрачає роботу, друзів та частіше всього підтримку оточуючих. Залишається лише одна надія на підтримку з боку рідних і близьких, які можуть спробувати допомогти позбутися залежності.

Серед фізіологічних наслідків вживання алкоголю можна виділити: посилення хронічних захворювань, вплив токсинів і руйнування ЦНС, ураження внутрішніх органів та систем організму. Хвороби від алкоголю розвиваються поступово: ступінь руйнівного впливу і анатомічних дисфункцій залежить від якості та кількості споживаного спиртних напоїв, а також стажу пияцтва, особливостей організму аддикта (в тому числі, гендерні і вікові). Найбільш характерні наслідки алкоголізму – хвороби печінки і шлунково-кишкового тракту. Протягом безперервного вживання спиртного у великих дозах, клітини кровотворного органа змушені переробляти продукти розпаду алкоголю, а неперероблені жирні кислоти накопичуються в печінці та сприяють її руйнуванню [47].

Небезпека куріння тютюнових виробів проявляється в впливі на організм людини, незалежно від дози. Курінні тютюну викликає ряд захворювань, перелік яких постійно зростає. Куріння – серйозна медико-соціальна проблема, яка є причиною численних бронхітів, пневмонії, астми, серцево-судинних та неврологічних ускладнень.

Вплив тютюнового диму на органи дихання. Подразнення тютюновим димом слизових оболонок порожнини рота, носа, гортані, трахеї та бронхів розвиває хронічне запалення дихальних шляхів, що призводить до ураження голосових зв'язок, вражає бронхи і трахею, розвивається хронічний бронхіт. Кашель викликає емфізему (розширення) легень, а це в свою чергу задишка, утруднення дихання.

Вплив куріння на нервову систему. Мозок, звиклий до нікотинових «подачок», починає щодалі більше їх вимагати, виявляє занепокоєння, дратівливість, і людина знову тягнеться за черговою сигаретою. Варто тільки припинити куріння, проходить тиждень-два - і мозок забуває про нікотинові стимуляції, відновлюється його нормальна діяльність.

Тютюн і серцево-судинна система. Нікотин надлишково підсилює роботу серця. У період куріння частота пульсу збільшується на 10-18 ударів у хвилину. Коли курець не палить, у нього все одно частота пульсу на 7-8 ударів вища, ніж у некурящого. За добу серце робить на 10-12 тисяч ударів більше. Знос серця зростає з кожним днем, а це - розвиток ішемічної хвороби, стенокардії та інфаркту міокарда. Серцеві хвороби у курців трапляються в 12 разів частіше, ніж у некурців. Згідно з лікарськими спостереженнями, через рік після відмови від куріння функція серцево-судинної системи значно поліпшується.

Тютюн та органи травлення. Температура тютюнового диму в роті курця 50-60 С, різниця температур, синильна кислота і інші компоненти тютюнового диму руйнують зуби, слина з нікотином і отруйними речовинами заносить інфекцію в шлунок. Все це призводить до виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Особливо треба сказати про печінку, яка є головним нейтралізатором отрут, що надходять в організм і що вже зробили руйнівну дію в гортані, легенях, у шлунку.

Куріння і жіночий організм

Шкідливі речовини, що містяться в сигареті, з легень проникають у кров. Далі вони поширюються по всьому організму.

Найчастіша онкологічна хвороба у жінок - рак грудей. Проведені дослідження підтверджують, що у жінок, що палять, він виникає в 2-3 рази частіше, ніж у некурящих.

З того моменту, як куріння активно вкоренилась у сучасне життя, значно збільшилася кількість випадків акушерської патології. Причому ці патології тільки очолюють величезний список проблем, які можливі від куріння у вагітних:

- викидні;
- гіпоксія плоду;
- внутрішньоутробна смерть плоду;
- гінекологічні кровотечі на ранніх термінах вагітності;
- ішемія або крововиливи в плаценті;
- та ін.

Куріння підриває здоров'я людини. Кожному необхідно це якомога глибше зрозуміти й усвідомити. Ніхто не повинен добровільно руйнувати свій організм. [23].

В порівнянні з некурцями – у осіб, що палять погіршується зір, слух, пам'ять, швидше пошкоджуються зуби, втрачається волосся, частіше з'являється

імпотенція. Їх розумові можливості втрачаються швидше та з віком помітні зміни в інтелектуальних спроможностях (в гіршу сторону). В середньому курці втрачають приблизно 16 років свого життя та мають значно більше ризиків виникнення і загострення перебігу хронічних захворювань, порівняно з некурцями [2]. Куріння може бути однією з причин низки психічних розладів [50]. Куріння часто є ознакою психічних патологій, саме чере це більшість курців добровільно не можуть позбутися куріння без серйозної посторонньої допомоги. Крім того медики підтвердили, що нікотинова залежність пагубно впливає на психічне здоров'я (підвищується ризики розвитку психічних хвороб). Фізична залежність – базується на тому, що при палінні нікотин викликає в корі головного мозку стимули, що підвищують синтез гормонів «щастя» (дофамінів і ендорфінів), які і викликають появу самої залежності [68].

1.4 Профілактика адиктивної поведінки

Найбільш результативним методом протидії розвитку адиктивної поведінки у молоді є її профілактика. Профілактика - це спрямованість на попередження наркоманії, алкоголізму та тютюнопаління, робота (виховання та освіти) з населенням (дітьми, дорослими, педагогами), що включає дії з боку місцевої влади, преси та всього суспільства, необхідні для того, щоб молодь не почала вживати наркотики, алкоголь чи палити, щоб їхнє найближче оточення (батьки, близькі та друзі) не провокували на це. [46].

О. Безпалько визначає, що профілактика «ґрунтується на своєчасному виявленні та виправленні негативних інформаційних педагогічних, організаційних факторів, що зумовлюють відхилення в психологічному та соціальному розвитку дітей і молоді, в їхній поведінці, стані здоров'я, а також в організації життєдіяльності та дозвілля» [8]. Профілактика у розумінні А. Капської – це «комплекс економічних, політичних, правових, медичних, психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, обмеження, локалізацію негативних явищ у соціальному середовищі» [20, 21].

Профілактика залежної поведінки передбачає усунення або нейтралізацію умов, чинників та механізмів її формування та створення умов, необхідних для розвитку адаптивних якостей особистості.

Для профілактики адиктивної поведінки молоді людини необхідно:

- сформувати у людини адекватне уявлення щодо адиктивної поведінки, її видів, проявів та наслідків, ознак, чинників та механізмів формування;
- усунути або нейтралізувати чинники сім'ї, безпосереднього соціального оточення та суспільства в цілому, що призводять до формування у людини дезадаптивних якостей, схильності ухилятися від проблем, фіксувати увагу лише на окремих активностях, заохочують пасивну, споживацьку життєву позицію, стимулюють конкретні види залежної поведінки;
- сприяти усуненню або компенсації вже сформованих особистісних якостей молоді людини, що заважають її соціальній адаптації та полегшують формування адикцій;
- сформувати навички та розвинути якості, необхідні для подолання проблем та адаптації в умовах складних життєвих обставин;
- сприяти формуванню у молоді людини широкого кола інтересів, критичного мислення, активної життєвої позиції, її інтеграції в соціальнопозитивних спільнотах;
- створити умови, необхідні для реалізації різноманітних інтересів, ведення здорового способу життя та активного здорового дозвілля;
- забезпечити доступність соціальних послуг, необхідних для подолання психологічних проблем, складних життєвих ситуацій

Різні прояви адиктивної поведінки у підлітків вимагають комплексного підходу як до терапії та корекції поведінки, так і до її профілактики. У зв'язку із цим під час використання тих чи інших засобів та методів профілактики мають бути враховані як фактори формування адикції, так і інформація про її етапність. О. Змановська та В. Рибников визначають такі види соціально-педагогічної роботи з адиктивними людьми [17]:

- соціально-педагогічна реабілітація (включення особистості з адиктивною поведінкою в групу підтримки з метою відновлення втрачених соціальних навичок та інтеграції в суспільство);

- педагогічне консультування (сімейне, групове, індивідуальне) з метою орієнтації в проблемі особистості та визначення способів її ефективного вирішення;
- кризова допомога (надається, коли особистість знаходиться у складній життєвій ситуації, з метою відновлення психологічного стану, завдяки активній психологічній підтримці);
- соціально-педагогічний тренінг (проводиться у формі активного групового навчання з метою підвищення ефективності соціального функціонування особистості).

На основі термінології ВООЗ Л. Корсун визначає три види профілактики адиктивної поведінки у підлітків залежно від етапу її сформованості [31]. Первинна педагогічна профілактика передбачає виховання, спрямоване на формування морально-психологічної стійкості як основного характерологічного утворення, що відіграє вирішальну роль у критичних ситуаціях [22]. Завданнями первинної профілактики є: формування уявлення щодо позитивного та негативного досвіду людської поведінки у ставленні до самої себе та інших; попередження ранніх проявів неправильних уявлень дитини про деякі шкідливі звички; формування понять про норми моралі у вихованні власної стійкості до деяких шкідливих звичок; формування уявлень про значущість власного життя, психофізіологічні можливості організму, наслідки впливу наркотичних речовин. Вторинна профілактика передбачає переважно діагностування та виявлення адиктивної залежності особистості. Основними завданнями вторинної профілактики є: соціально-педагогічна робота з подолання адиктивної поведінки; вивчення можливих умов та чинників, що сприяють розвитку схильності до адиктивної поведінки; виявлення таких індивідуально-психологічних станів особистості, що передують проявам адиктивної поведінки; вивчення зазначених умов і чинників прояву схильності особистості до адиктивної поведінки, станів, що їй передують, мотивів особистості і на цій основі виявлення осіб групи ризику; організація безпосереднього спілкування фахівців із такими особами. Третинна педагогічна профілактика передбачає корекцію поведінки підлітка та його реабілітацію системою заходів, спрямованих на корекцію поведінки особистості, перевиховання, на переорієнтацію та реабілітацію хворих алкоголізмом та наркоманією. Завданнями третинної профілактики є: здійснення індивідуального виховного профілактичного впливу на особистість учнів у встановлених групах ризику шляхом використання

доцільного та професійно виваженого арсеналу відповідних педагогічних засобів; створення сприятливих для корекції адиктивної поведінки умов соціального оточення, психологічного клімату, позитивного психологічного самопочуття [57].

Відповідно до видів профілактики адиктивної поведінки у підлітків, О. Ратинська визначає такі форми і методи профілактики [63]: інструктаж та консультування, лекції та практикум для вчителів із методики антинаркогенного виховання, розроблення і проведення в ході навчального процесу занять із предметів, які торкаються сутності та впливу психоактивних речовин, лекції для батьків щодо видів психоактивних речовин, їх сутності та причин уживання, практикум для учителів щодо особливостей освіти і виховання учнів з акцентуаціями характеру, повідомлення психолога для батьків про особливості вікової психології періоду раннього юнацтва, психологічні тренінги спілкування, формування впевненості в собі та вміння виходу зі стресових ситуацій, а також масові розважальні заходи як умова змістовного проведення дозвілля. До форм і методів вторинної профілактики О. Ратинська відносить:

- відвідування наркодиспансеру та бесіди молодого покоління з наркоманами, що знаходяться на лікуванні;
- бесіди із запрошеними на виховні години працівниками кримінальної служби міліції у справах неповнолітніх, відділу з незаконного обігу наркотичних речовин, працівниками ЦСССДМ, працівниками медико-соціального реабілітаційного центру, лікарями-валеологами;
- це конкурси плакатів та стіннівок;
- соціально-психологічні тренінги з профілактики адиктивної поведінки молоді [64].

До форм і методів третинної профілактики автор відносить психологічний практикум для батьків щодо техніки безпеки тютюнопаління та вживання алкоголю в сім'ї, а також індивідуальну роботу психолога та соціального педагога з учнями групи ризику: бесіди, консультації, навчання методам релаксації.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Таким чином, **результати наших досліджень і роздумів дозволяють дійти наступних висновків.** Проблема залежної (адиктивної) поведінки в сучасному світі виявилася чи не найбільш заплутаною і важкою з усіх, що стоїть перед людством. Більшість людей мають травмуючий досвід тяжкої залежності, починаючи від солодощів, бажання поринути в гуркіт важкого року і закінчуючи ніотиною, алкогольною та наркотичною. Стандарти сучасного споживчого суспільства за допомогою реклами вимагають підтримки різних видів залежностей. У нашому випадку мова піде про найбільш руйнівні види залежної поведінки.

Поняття адиктивна поведінка охоплює різні типи поведінки: сюди входить наркотична залежність та алкоголізм, куріння, пристрасть їжі до та азартних ігор, гіперсексуальність тощо. Всі ці типи поведінки живить потужна сила підсвідомості і це надає їм таких якостей, як непереборність потягу, вимогливість, ненаситність і імпульсивна безумовність виконання.

Адиктивна поведінка характеризується широким спектром патології різного ступеня тяжкості - від поведінки, що межує з нормальним до важкої психологічної та біологічної залежності.

Адиктивна поведінка потребує терапії та корекції. Як виявилось найбільш дієвим засобом подолання адикцій є їх первинна, вторинна та третинна профілактика, що спрямована на формування позитивних установок у молоді на здоровий спосіб життя, виявлення груп ризику та соціальну, педагогічну

та психологічну профілактичну взаємодію з ними та їхніми сім'ями. Первинна, вторинна і третинна профілактика адиктивної поведінки молодого покоління є компонентами єдиної профілактичної системи, які не можуть розглядатися ізольовано один від одного, саме тому подальшого розроблення потребує єдина система профілактичних заходів, спрямованих на соціальну, педагогічну та психологічну роботу з підлітками, що перебувають у групі ризику, та їхніми сім'ями.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕВІАЦІЙ У СТУДЕНТСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ

2.1 Методи наукового дослідження

Для розв'язання завдань магістерської роботи – визначення характеристик адиктивної поведінки, впливу на психічне і фізичне здоров'я студентської молоді, причин та умов її формування у студентів Національного університету фізичного виховання і спорту України використовувалися **наступні методи:**

– **теоретичні** – аналіз і узагальнення фахової психологічної літератури, науково-дослідних джерел з проблем магістерського дослідження; статистичні дані та аналітичні матеріали у періодичних виданнях з психології та педагогіки; використання Інтернет-ресурсів.

емпірично-діагностичні – спостереження, тестування, обробка і аналіз кількісних та якісних емпіричних результатів з використанням елементів математичної статистики, а також різноманітних психодіагностичних

методик, а саме: Системний аналіз адиктивних явищ (явища алкоголізму) здійснювався на підставі методики «Виявлення ранніх проявів алкоголізму» К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича [71]. Дослідження мотивів куріння було здійснено за допомогою методики «Виявлення мотивів куріння» О.О. Леонова [10]. Вивчення ризиків залежності від психоактивних речовин у молодіжному середовищі проведено за допомогою методики «Схильність до залежності від вживання психоактивних речовин» І.А.Фурманова [70]. Дослідження рівня ніотинової залежності проводилось за допомогою методики «Фагестрема на визначення ніотинової залежності [40, 60, 79].

Діагностика ризику алкоголізму та наркоманії зроблена за допомогою методики, RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble) (Ewing, 1984) [14, [43]. (тест-опитувальник адаптовано А. Ю. Єгоровим).

Магістерська робота підготовлена на матеріалах із різних джерел. В її основу покладено опрацювання вітчизняної та зарубіжної наукової літератури відповідного спрямування. Документальну та фактологічну основу становлять національні та зарубіжні статистичні дані, що характеризують основні підходи до аналізу явища адикції у молодіжному середовищі, з'ясування її впливу на психологічне та фізичне здоров'я студента.

2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури та аналітичних матеріалів мережі Інтернет

Нами було проведено бібліографічний пошук наукових джерел, мета якого – узагальнення науково-методичних розвідок щодо проблематики адиктивної поведінки у молодіжному середовищі.

У результаті здійсненого ґрунтового аналізу науково-методичної бази окресленого нами явища були визначені причини виникнення й поширення адикції; проаналізовано їх зміст та основні форми; з'ясовано вплив адиктивної поведінки на психологічне та фізичне здоров'я молоді.

2.1.2 Психологічне тестування

Тестування – це стандартизована процедура діагностики психологічних особливостей індивіда, яка була використана під час магістерського дослідження. Основна задача тесту (англ. *test* – випробування) – передбачення на його основі майбутньої поведінки досліджуваного. За допомогою

тестування нами досліджено схильність молодого покоління до адиктивних проявів; виявлено психологічну залежність індивіда до пагубних вподобань, рівень морально-психологічного стану досліджуваного; т.ін. Підкреслю, що саме якісне та вміле використання тестів високо професійним психологом, сприяє дослідженню тієї чи іншої психологічної особливості індивіда. Проте протягом тестування фіксуються лише результати. Під час магістерського дослідження нами вділо використовувалися **тести-опитувальники**.

Емпіричну базу магістерського дослідження складають результати спостереження, тестування студентів (курців) 1,2,3,4 курсу денної та заочної форми навчання Національного університету фізичного виховання і спорту України. Загальна кількість досліджуваних становила 16 чоловік, з яких 5 осіб – жіночої статі, та 11 осіб – чоловічої. Вік досліджуваної групи людей коливався від 17 до 32 років.

Для реалізації завдань магістерського дослідження було визначено низку методик, які нам надають ефективну можливість здійснити якісний та кількісний аналіз досліджуваних параметрів:

**1. Тест RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble),
в модифікації А. Ю. Єгорова**

Мета дослідження: діагностика ризику ранніх проявів алкоголізму та наркоманії, побутових форм пияцтва, алкогольної та наркотичної залежності у студентів. Під час дослідження використано тест-опитувальник, який складається із 5 запитань, на які досліджувана група респондентів повинна дати стверджувальну чи заперечувальну відповідь. Матеріали дослідження (опрацювання результатів відповіді студентів) аналізуються на основі поданої нижче діагностичної таблиці (Таблиця 2.1.)

Таблиця 2.1.

Діагностичні коефіцієнти показників «Тест RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble)» в модифікації А. Ю. Єгорова

Запитання	Так	Ні
1	1	0
2	1	0
3	0.5	0
4	0.5	0
5	1	0

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів аналізу по таблиці діагностичних коефіцієнтів за наступними критеріями :

- ✓ Позитивні відповіді на питання № 1, 2 і 5 оцінюються в 1 бал кожен.
- ✓ Питання № 3 і 4 – в 0,5 бала.

Якщо в сумі набирається 2 і більше балів, то доречно припущення про наявність ризику.

2. Методика «Виявлення ранніх проявів алкоголізму» К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича [71]

Мета дослідження: виявлення ранніх проявів алкоголізму, побутових форм пияцтва, алкогольної залежності у студентів. Під час дослідження використано тест-опитувальник, який складається із 35 запитань, на які досліджувані (група респондентів) повинні дати стверджувальну чи заперечувальну відповідь. Матеріали дослідження (опрацювання результатів відповіді студентів) аналізуються на основі поданої нижче діагностичної таблиці (Таблиця 2.2.)

Таблиця 2.2.

Діагностичні коефіцієнти показників методики «Опитувальник для виявлення ранніх проявів алкоголізму» К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича

Запитання	Так	Ні	Запитання	Так	Ні
1	2,6	-1,1	18	-3	2,6
2	-2,6	0,4	19	-8,1	1,5

3	-1,3	1,3	20	-5,3	8,8
4	-2	1,5	21	-3,4	4,8
5	-9,5	3,5	22	-3	5,1
6	-3	0,8	23	-3,4	3,8
7	2,6	-4,5	24	-9	1,8
8	3,8	-1,1	25	-16	2,3
9	-5,5	1,5	26	-3,8	3
10	-1,8	5,1	27	-17	3,8
11	-12,6	0,8	28	-5,3	2,8
12	-4,2	1,5	29	-2	3,4
13	1,5	-2	30	-2,3	3,8
14	-4,5	1,8	31	-4,5	1,8
15	-12,6	0,8	32	-5,3	2,6
16	-12	1,5	33	-11	4,5
17	-6	3,8	34	-7	2,3
			35	-6	1,8

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів аналізу по таблиці діагностичних коефіцієнтів за наступними критеріями :

- нижче - 12.8 балів – *рівень алкоголізму*;
- + 12.8 бали до – 12.8 бали – *рівень побутового п'янства*;
- вище + 12.8 балів – *рівень здоров'я* .

3. Методика «Виявлення мотивів куріння» О.О.Леонов

[]

Мета дослідження: визначення мотивів куріння: стимулювання активності, ритуальні дії, розслаблення, зняття тривожності, психологічна залежність, звичка.. Під час дослідження використано тест-опитувальник, який складається із 18 запитань, на які досліджувані (група респондентів) повинні вибрати із декількох варіантів одну відповідь. Матеріали дослідження (опрацювання результатів відповіді студентів) аналізуються на основі поданої нижче діагностичної таблиці (Таблиця 2.3.)

Таблиця 2.3.

**Діагностичні коефіцієнти показників методики
«Виявлення мотивів куріння»
О.О.Леонов**

№	«Завжди»	«Часто»	«При нагоді»	«Зрідка»	«Ніколи»
1.	5	4	3	2	1
2.	5	4	3	2	1
3.	5	4	3	2	1
4.	5	4	3	2	1
5.	5	4	3	2	1
6.	5	4	3	2	1
7.	5	4	3	2	1
8.	5	4	3	2	1
9.	5	4	3	2	1
10.	5	4	3	2	1
11.	5	4	3	2	1
12.	5	4	3	2	1
13.	5	4	3	2	1
14.	5	4	3	2	1
15.	5	4	3	2	1
16.	5	4	3	2	1
17.	5	4	3	2	1
18.	5	4	3	2	1

- ❖ Стимулювання активності: 1,7,13.
- ❖ Ритуальні дії: 2, 8, 14.
- ❖ Розслаблення: 3,9,15.
- ❖ Зняття тривожності: 4,10,16.

- ❖ Психологічна залежність: 5,11,17.
- ❖ Звичка: 6,12,18.

Мотив вважається вираженим, якщо сума балів складає 11 і більше.

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів:

- ❖ Стимулювання активності – високі бали говорять про те, що куріння є для людини засобом підтримки тону, працездатності.
- ❖ Ритуальні дії – високі бали вказують на те, що для людини, перш за все, важливий сам ритуал куріння, ті дії і маніпуляції з об'єктами, які супроводжують процес куріння.
- ❖ Розслаблення – високі бали говорять про те, що куріння використовується людиною для досягнення стану розслаблення.
- ❖ Зняття тривожності – при високих значеннях за даною шкалою, куріння є одним із засобів саморегуляції, способом, який допомагає впоратися з негативними емоціями, відновити душевну рівновагу.
- ❖ Психологічна залежність – високі бали вказують на психологічну залежність від куріння.
- ❖ Звичка – високі бали, говорять про те, що куріння увійшло у людини в звичку, з'явився, так званий, «рефлекс куріння».

4. Методика «Схильність до залежності від вживання психоактивних речовин» І.А.Фурманов

[]

Мета дослідження: виявлення ранніх проявів схильності до залежності від вживання психоактивних речовин у студентів. Під час дослідження використано тест-опитувальник, який складається із 30 запитань, на які досліджувані (група респондентів) повинні дати стверджувальну чи заперечувальну відповідь. Матеріали дослідження (опрацювання результатів

відповіді студентів) аналізуються на основі поданої нижче діагностичної таблиці (Таблиця 2.4.)

Таблиця 2.4.

**Діагностичні коефіцієнти показників методики
«Тест-опитувальник схильності до залежності від вживання
психоактивних речовин» І.А.Фурманов**

Запитання	Так	Ні	Запитання	Так	Ні
1	1	0	18	1	0
2	1	0	19	1	0
3	1	0	20	1	0
4	1	0	21	1	0
5	1	0	22	1	0
6	1	0	23	1	0
7	1	0	24	1	0
8	1	0	25	1	0
9	1	0	26	1	0
10	1	0	27	1	0
11	1	0	28	1	0
12	1	0	29	1	0
13	1	0	30	1	0
14	1	0			
15	1	0			
16	1	0			
17	1	0			

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів аналізу по таблиці діагностичних коефіцієнтів за наступними критеріями :

- ❖ до 13 балів – ризик залежної поведінки не виражений;
- ❖ від 14 до 16 балів – помірно виражений ризик залежної поведінки;
- ❖ від 17 балів і більше – виражені ознаки схильності до залежної поведінки.

5. Методика «Тест Фагестрема на визначення нікотинової залежності»

[]

Мета дослідження: визначення рівень нікотинової залежності. Під час дослідження використано тест-опитувальник, який складається із 6 запитань, на які досліджувані (група респондентів) повинні вибрати із декількох варіантів одну відповідь. Матеріали дослідження (опрацювання результатів відповіді студентів) аналізуються на основі поданої нижче діагностичної таблиці (Таблиця 2.5.)

Таблиця 2.5.
Діагностичні показники «Тест визначення залежності»

Запитання	Бали
1a	3
1b	2
1c	1
2a	1
3a	1
4b	1
4c	2
4d	3
5a	1
6a	1

коефіцієнти Фагестрема на нікотинової

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів аналізу по таблиці діагностичних коефіцієнтів за наступними критеріями :

- ❖ від 0 до 3 балів - низький рівень залежності. При рішенні припинити куріння, основна увага повинна бути приділена психологічним факторам.
- ❖ 4-5 балів - середній рівень залежності. Бажано використовувати препарати для заміщення нікотину.
- ❖ 6-10 балів - високий рівень залежності. Різка відмова від куріння може викликати неприємні відчуття в організмі. Справитися з ними допоможуть препарати заміщення нікотину.

2.1.3 Метод педагогічного спостереження (нами використовувався у магістерському дослідженні) – фіксація певних психологічних характеристик особистості студента, цілеспрямоване збирання психологічних фактів поведінки й діяльності досліджуваного з метою подальшого аналізу та вивчення.

2.1.4 Методи математичної статистики (кількісний і якісний метод обробки даних)

З метою математичної обробки даних магістерського дослідження використовувалися:

- **кількісний метод** – це визначення середніх величин психологічних якостей досліджуваних студентів; факторний аналіз наукової інформації; визначення коефіцієнтів кореляції; побудова графіків, матриць, таблиць;
- **якісний метод** – це аналіз і синтез зібраних даних в процесі дослідження, а також метод обробки матеріалів.

2.2 Організація наукового дослідження

Дослідження проводилося на базі Національного університету фізичного виховання і спорту України. У дослідженні взяли участь студенти (курці) 1,2,3,4 курсу денної та заочної форми навчання. Загальна кількість

досліджуваних становила 16 чоловік, з яких 5 осіб – жіночої статі, та 11 осіб – чоловічої. Вік досліджуваної групи людей коливався від 17 до 32 років.

Дослідження проводилося з вересня 2021 р. по січень 2022 р. і складалося з наступних етапів.

Перший етап – аналіз і узагальнення даних спеціалізованої літератури (вітчизняних та зарубіжних джерел з проблеми магістерського дослідження); вивчення статистичної інформації, аналітичних матеріалів окресленої нами проблематики у періодичних виданнях з психології, педагогіки, медицини тощо; використання найновіших Інтернет-ресурсів; практичного досвіду провідних фахівців у галузі дослідження адиктивної поведінки.

Другий етап – експериментально-психологічне дослідження, використання різноманітних психодіагностичних методик для з'ясування причин виникнення й поширення адикції у молодіжному середовищі; аналіз індивідуально-психологічних чинників схильності до адиктивних проявів у студентів Національного університету фізичного виховання і спорту України, а також розробка ефективних методів профілактики, діагностики, корекції явища залежної поведінки з метою збереження як психологічного, так і фізичного здоров'я студентської молоді.

Третій етап – комп'ютерна обробка результатів магістерського дослідження з використанням засобів математичної статистики, а також наукове обґрунтування, інтерпретація отриманих теоретико-практичних положень, розробка корисних практичних рекомендацій для збереження здоров'я та гармонійного (всебічного) розвитку молоді.

Отже, зважаючи на все вищезазначене, можна впевнено констатувати: підібрані для дослідження методи повністю дозволили вирішити поставлені перед магістерською роботою завдання.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 Показники ризику хімічної залежності у студентів

(RAFFT)

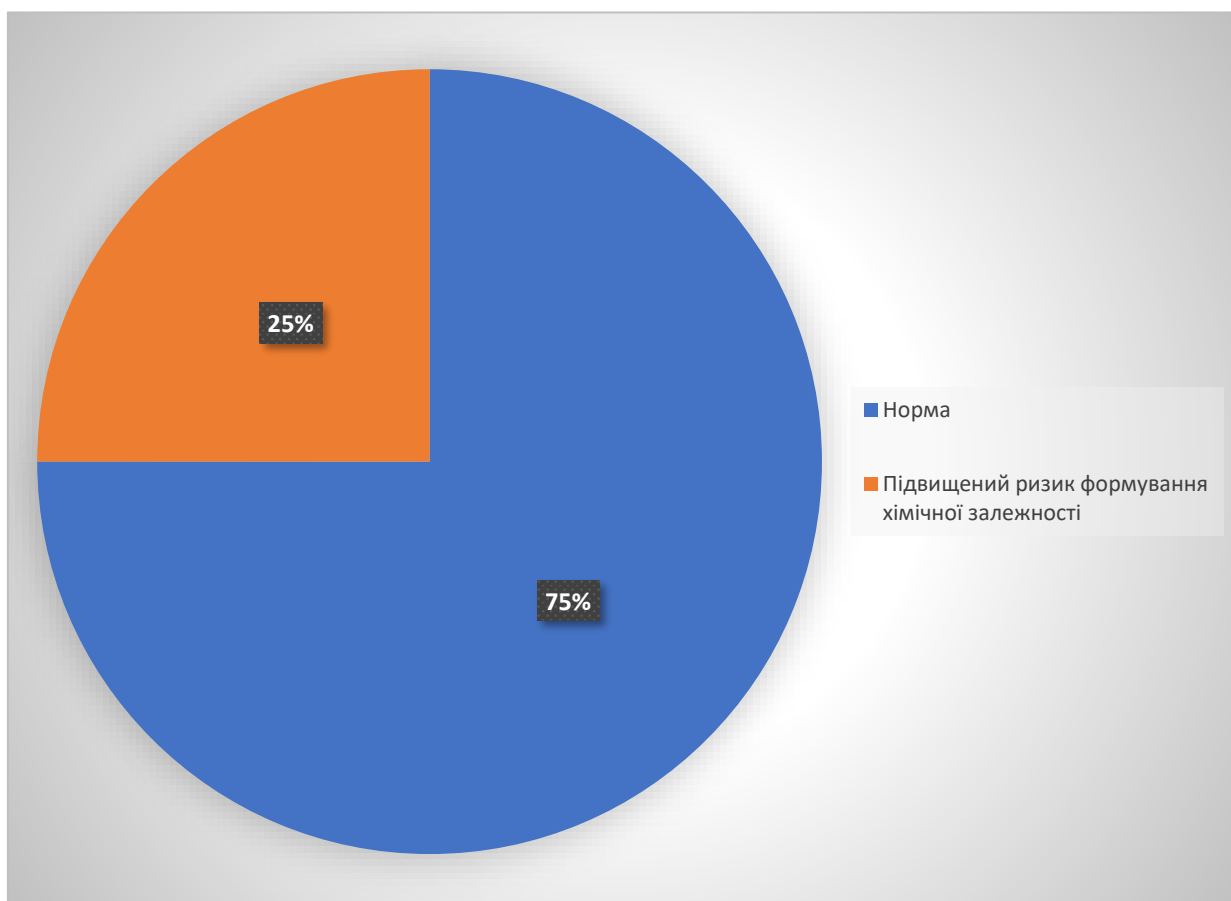


Рис.1.- Результати дослідження показників ризику хімічної залежності за методикою (RAFFT)

Показники (RAFFT) свідчать про те, що лише в 4 (25%) студентів є ризик формування хімічної залежності. А решта тобто 12 (75%) перебуває поза зоною ризику.

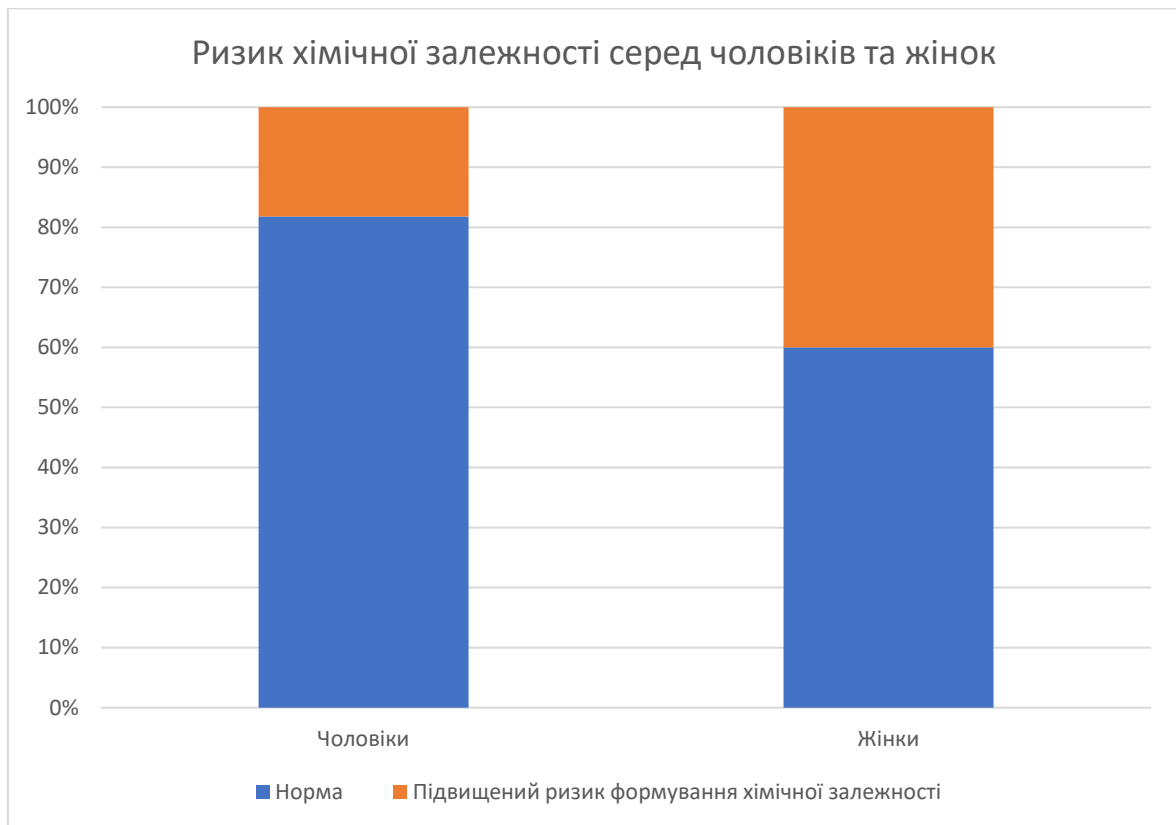


Рис.2. - Результати дослідження показників ризику хімічної залежності серед чоловіків та жінок за методикою (RAFFT)

Показники (RAFFT) серед чоловіків свідчать про те, що лише в 2 (18%) є ризик формування хімічної залежності. А решта тобто 9 (82%) перебуває поза зоною ризику.

Показники (RAFFT) серед жінок свідчать про те, що в 2 (40%) є ризик формування хімічної залежності і лише 3 (60%) перебуває поза зоною ризику.

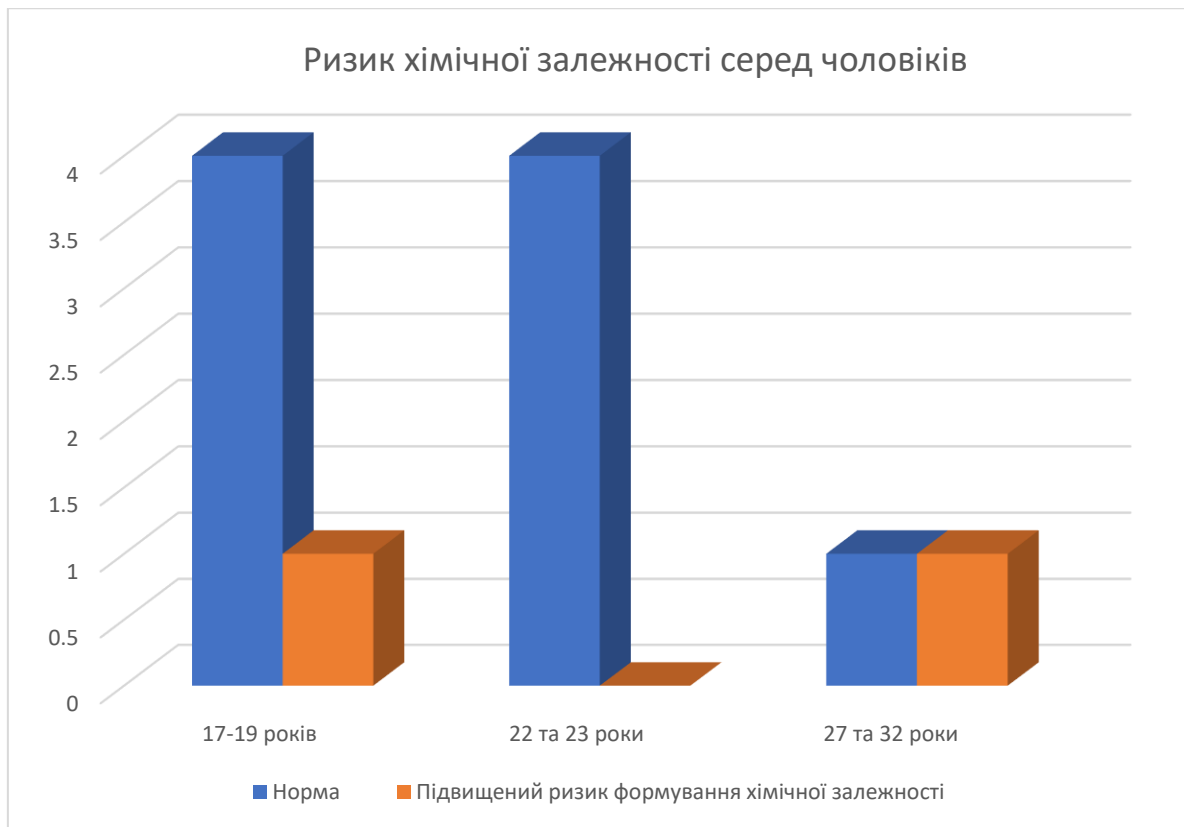


Рис.3. - Результати дослідження показників ризику хімічної залежності серед чоловіків за методикою (RAFFT)

Показники (RAFFT) (17-19 років), (22р. і 23р.), (27р. та 32р.) серед чоловіків значно різняться- це свідчить про те, що ризик формування хімічної залежності серед 17-23 років (11%) значно нижчий ніж у 27 та 32 років (50%).



Рис.4. - Результати дослідження показників ризику хімічної залежності серед жінок за методикою (RAFFT)

Показники (RAFFT) серед жінок - свідчить про те, що ризик формування хімічної залежності помічено лише серед студенток 22 та 32 років (100%).

3.2 Показники ризику ранніх проявів алкоголізму (К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича)

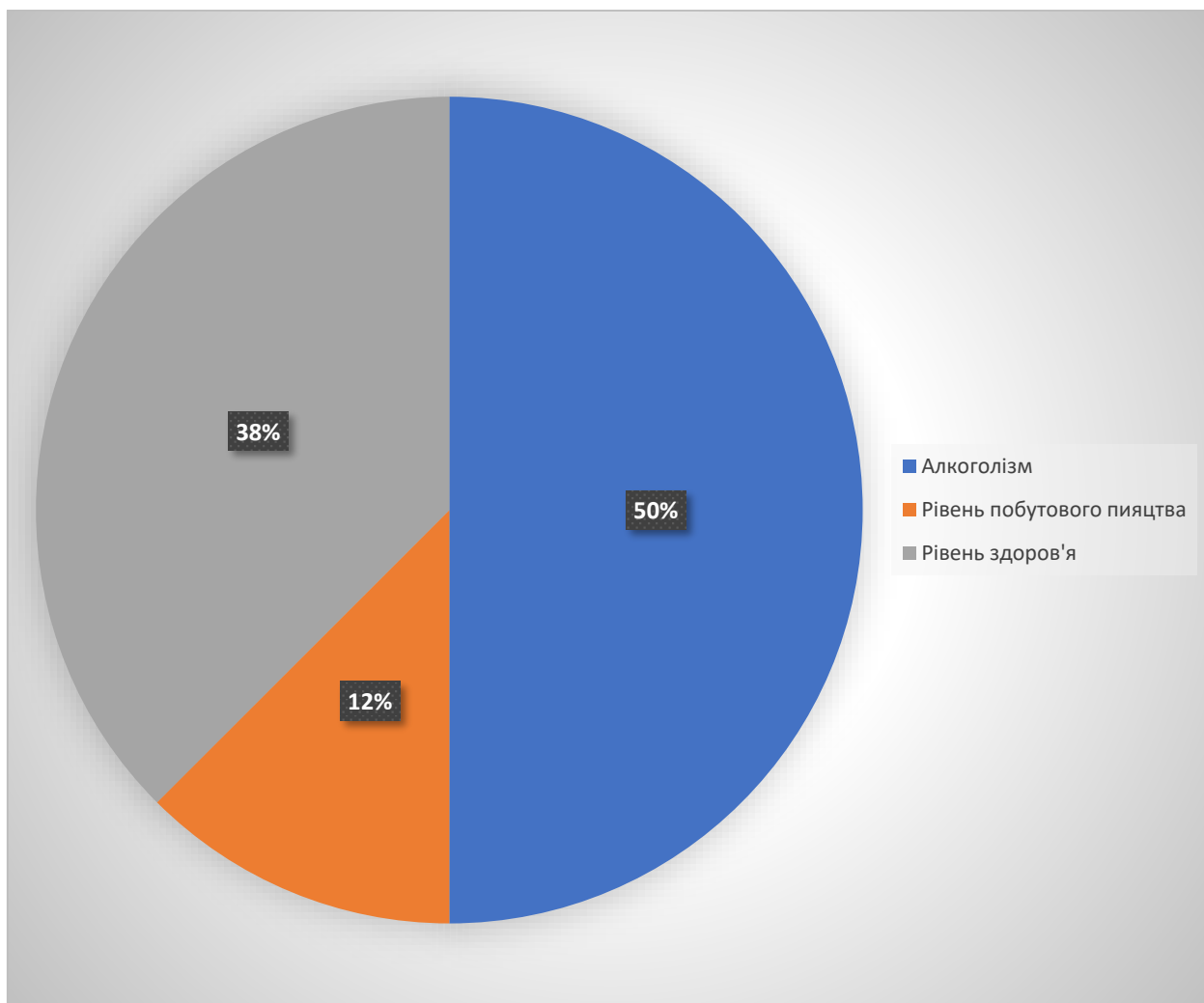


Рис.5. - Результати дослідження показників ризику ранніх проявів алкоголізму за методикою (К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича)

Результати тестування ризику ранніх проявів алкоголізму серед студентів свідчать - що в 8 (50%) помічено алкоголізм , 2 (12%) рівень побутового пияцтва та в 6 (38%) рівень здоров'я

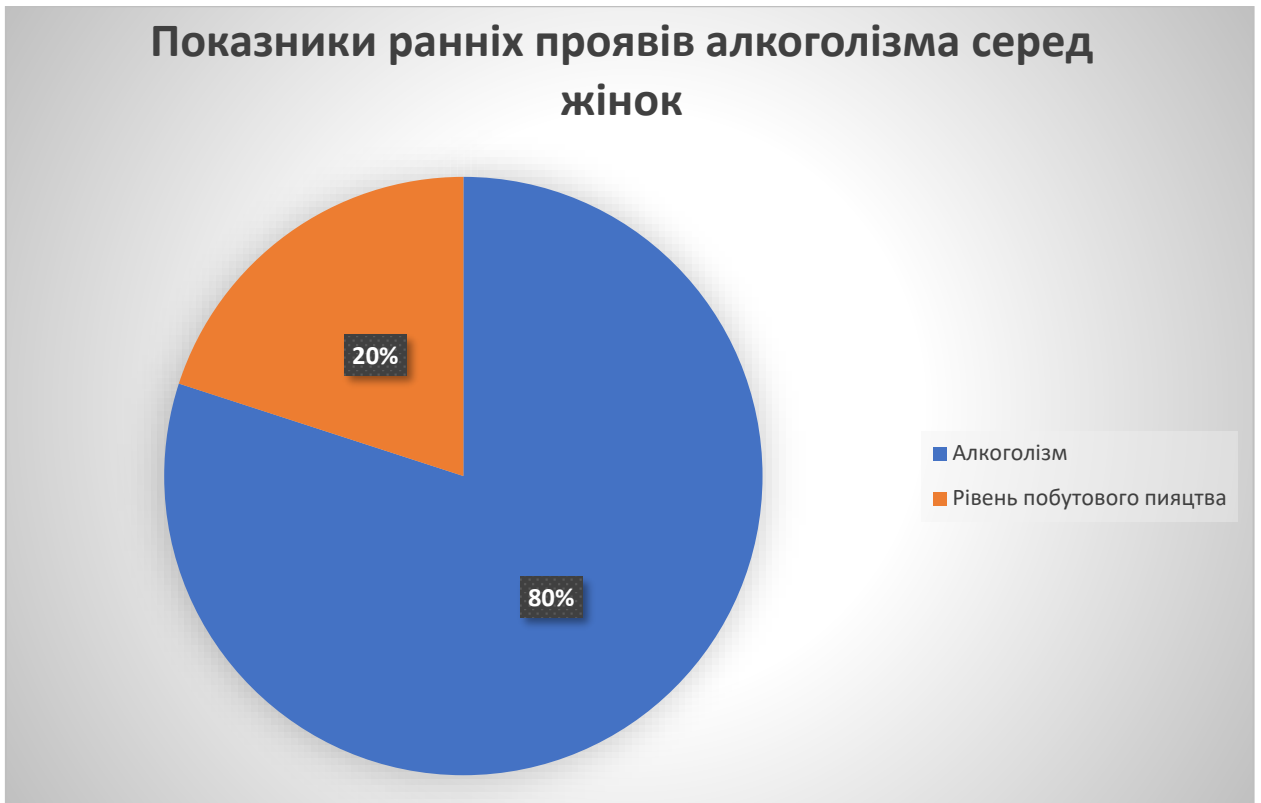


Рис.6 - Результати дослідження показників ризику ранніх проявів алкоголізму серед жінок за методикою (К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича)

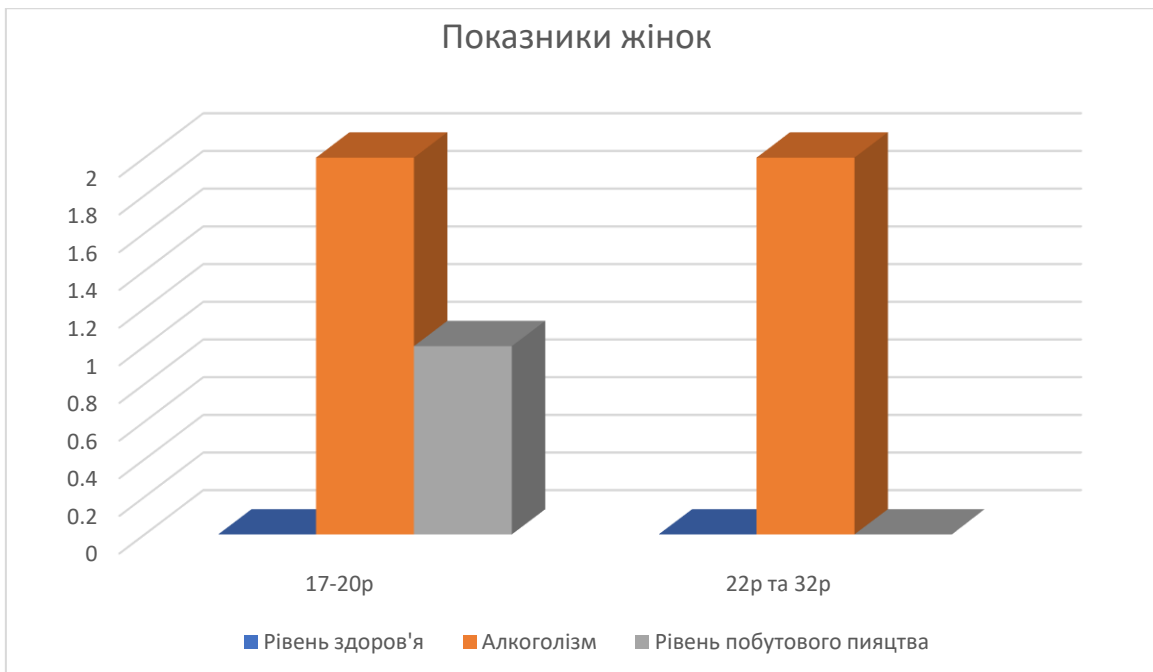


Рис.7. - Результати дослідження показників ризику ранніх проявів алкоголізму серед жінок різного віку за методикою (К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича)

Результати тестування ризику ранніх проявів алкоголізму серед жінок свідчать -що в 4 (80%) помічено алкоголізм , 1 (20%) рівень побутового пияцтва . Серед (17-20р) 2 помічено алкоголізм , 1 рівень побутового пияцтва , а серед (22 та 32р) 2 помічено алкоголізм.



Рис.8. - Результати дослідження показників ризику ранніх проявів алкоголізму серед чоловіків за методикою (К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича)

Результати тестування ризику ранніх проявів алкоголізму серед чоловіків свідчать -що в 4 (36%) помічено алкоголізм , 1 (9%) рівень побутового пияцтва та в 6 (55%) рівень здоров'я

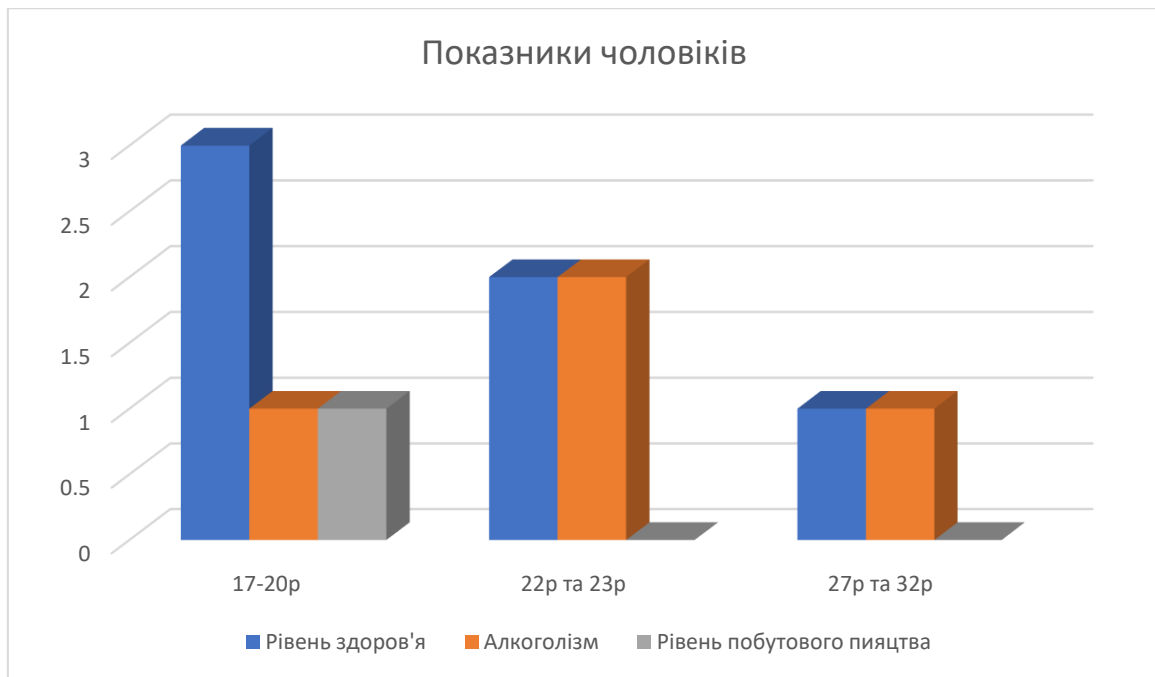


Рис.9. - Результати дослідження показників ризику ранніх проявів алкоголізму серед чоловіків різних вікових груп за методикою (К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича)

Результати тестування ризику ранніх проявів алкоголізму серед чоловіків свідчать - що серед (17-20р) 1 помічено алкоголізм , 1 рівень побутового пияцтва та в 3 рівень здоров'я, а серед (22 та 23р) 2 помічено алкоголізм, та в 2 рівень здоров'я, серед (27 та 32р) 1 помічено алкоголізм, та в 1 рівень здоров'я.

3.3 Показники мотивів куріння (О.О.Леонов)

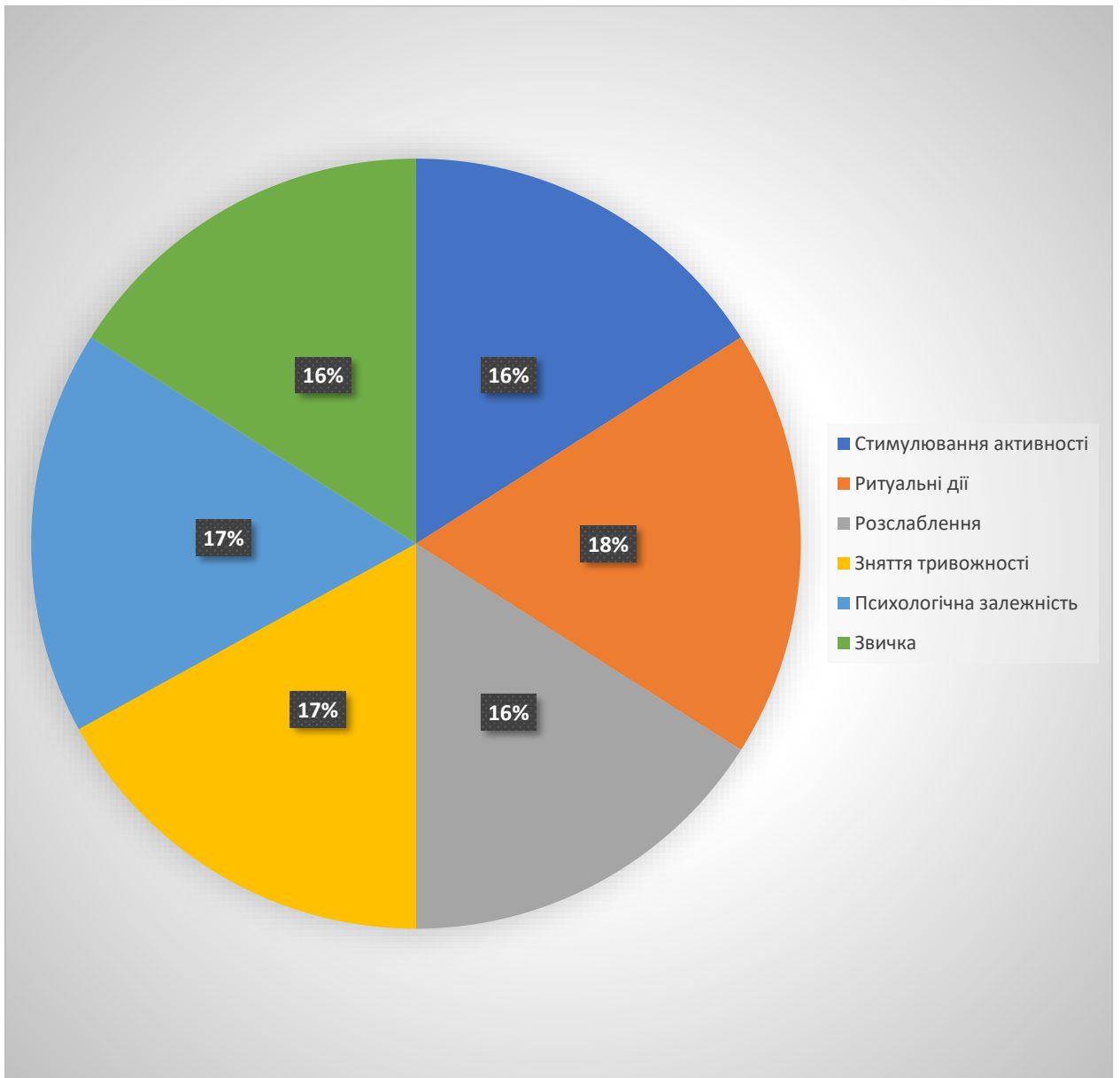


Рис.10. - Результати дослідження показників мотивів куріння за методикою (О.О.Леонова)

Результати тестування мотивів куріння серед студентів свідчать -що найнищі показники це стимулювання активності 16%, звичка 16% та розслаблення 16%.

Зняття тривожності 17% та психологічна залежність 17%.

Найвищий показник це ритуальні дії 18%.

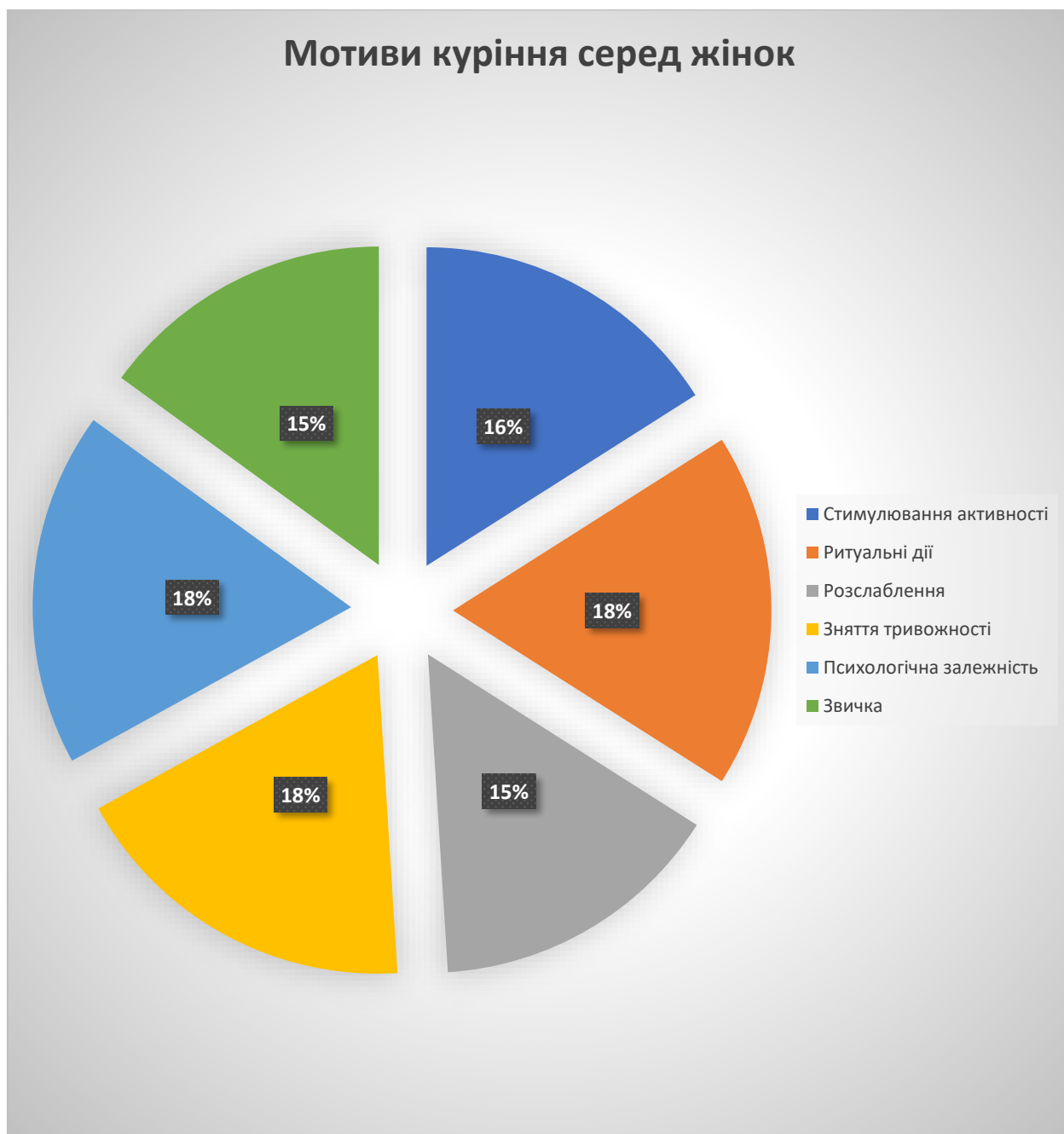


Рис.11. - Результати дослідження показників мотивів куріння серед жінок за методикою (О.О.Леонова)

Результати тестування мотивів куріння серед жінок свідчать - що найменші показники це звичка 15% та розслаблення 15%.

Стимулювання активності 16%.

Найвищі показники це ритуальні дії 18%, зняття тривожності 18% та психологічна залежність 18%.

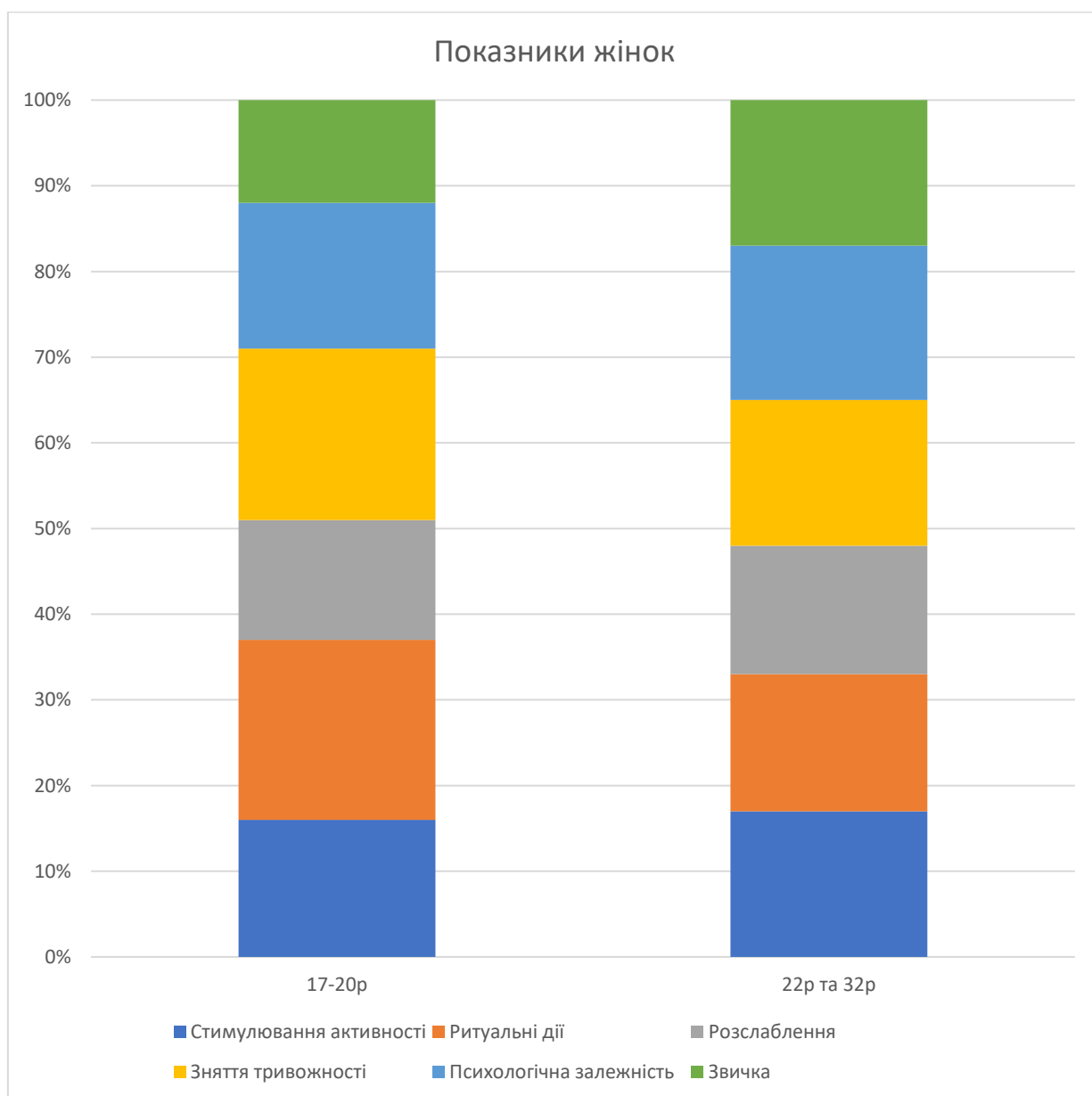


Рис.12. - Результати дослідження показників мотивів куріння серед жінок різного віку за методикою (О.О.Леонова)

Результати тестування мотивів куріння серед жінок свідчать :

(17-20p)

- ❖ звичка 12%
- ❖ розслаблення 14%.
- ❖ психологічна залежність 17%.
- ❖ ритуальні дії 21%
- ❖ зняття тривожності 20%
- ❖ стимулювання активності 16%

(22 та 32p)

- ❖ звичка 17%
- ❖ розслаблення 15%.
- ❖ психологічна залежність 18%.
- ❖ ритуальні дії 16%
- ❖ зняття тривожності 17%
- ❖ стимулювання активності 17%

Мотиви куріння серед чоловіків

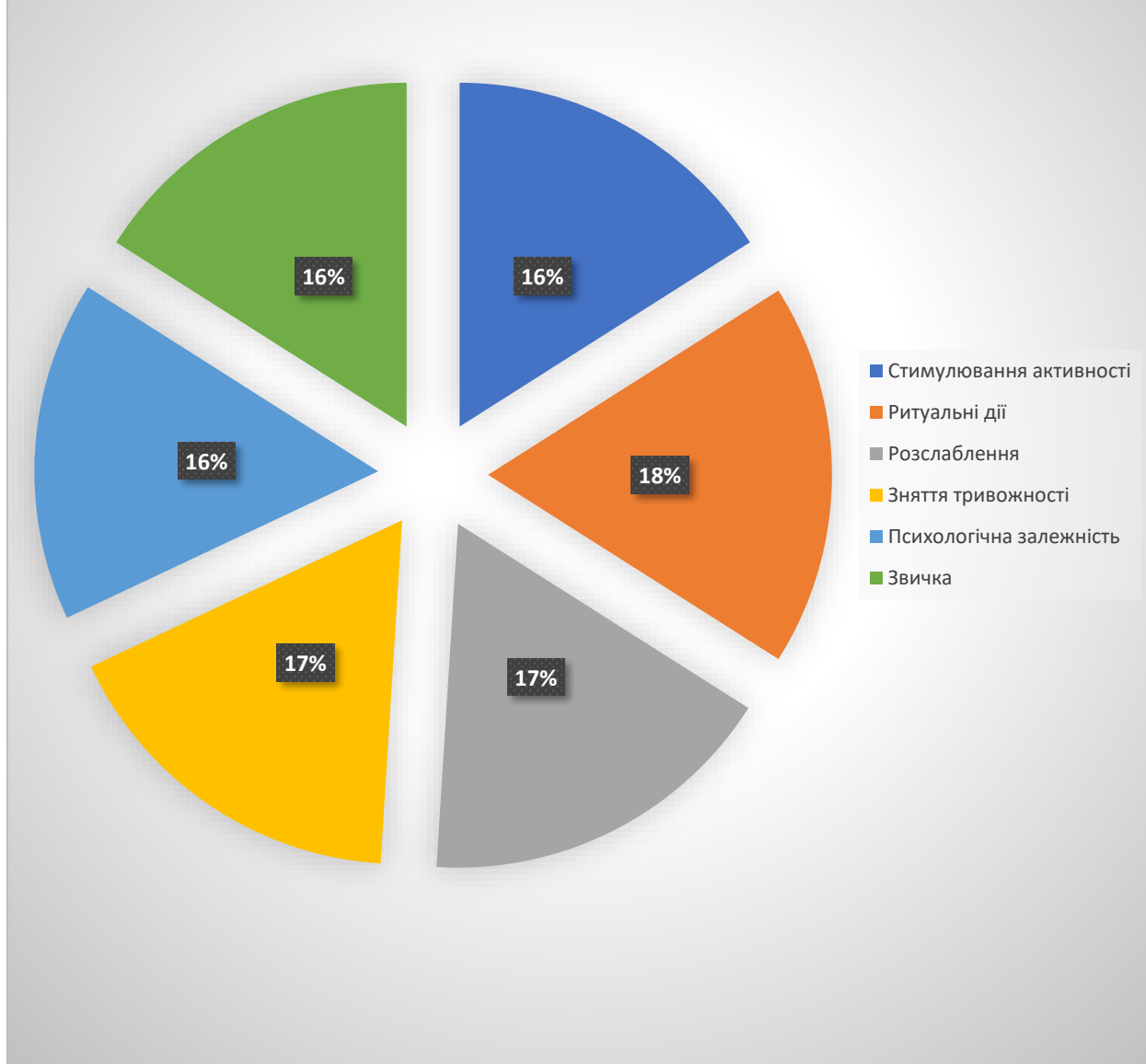


Рис.13. - Результати дослідження показників мотивів куріння серед чоловіків за методикою (О.О.Леонова)

Результати тестування мотивів куріння серед чоловіків свідчать - що найменші показники це звичка 16%, психологічна залежність 16% та стимулювання активності 16%.

Розслаблення 17% та зняття тривожності 17%.

Найвищий показник це ритуальні дії 18%.

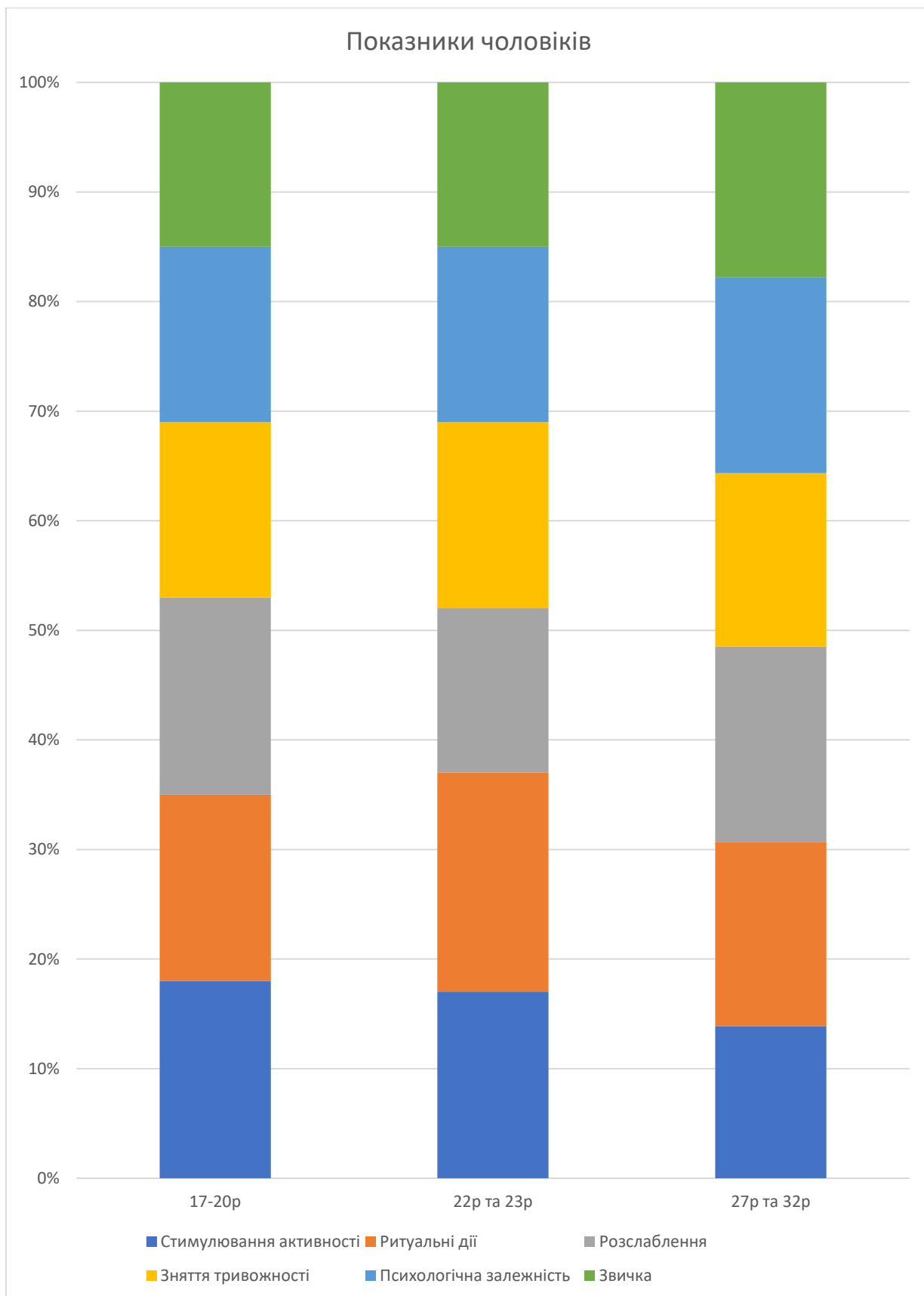


Рис.14. - Результати дослідження показників мотивів куріння серед чоловіків різних вікових груп за методикою (О.О.Леонова)

(17-20р)

- ❖ звичка 15%
- ❖ розслаблення 18%.
- ❖ психологічна залежність 16%.
- ❖ ритуальні дії 17%
- ❖ зняття тривожності 16%
- ❖ стимулювання активності 18%

(22 та 23р)

- ❖ звичка 15%
- ❖ розслаблення 15%.
- ❖ психологічна залежність 16%.
- ❖ ритуальні дії 20%
- ❖ зняття тривожності 17%
- ❖ стимулювання активності 17%

(27 та 32р)

- ❖ звичка 18%
- ❖ розслаблення 18%.
- ❖ психологічна залежність 18%.
- ❖ ритуальні дії 16%
- ❖ зняття тривожності 16%
- ❖ стимулювання активності 14%

3.4 Показники схильності до залежності від вживання психоактивних речовин (І.А.Фурманов)

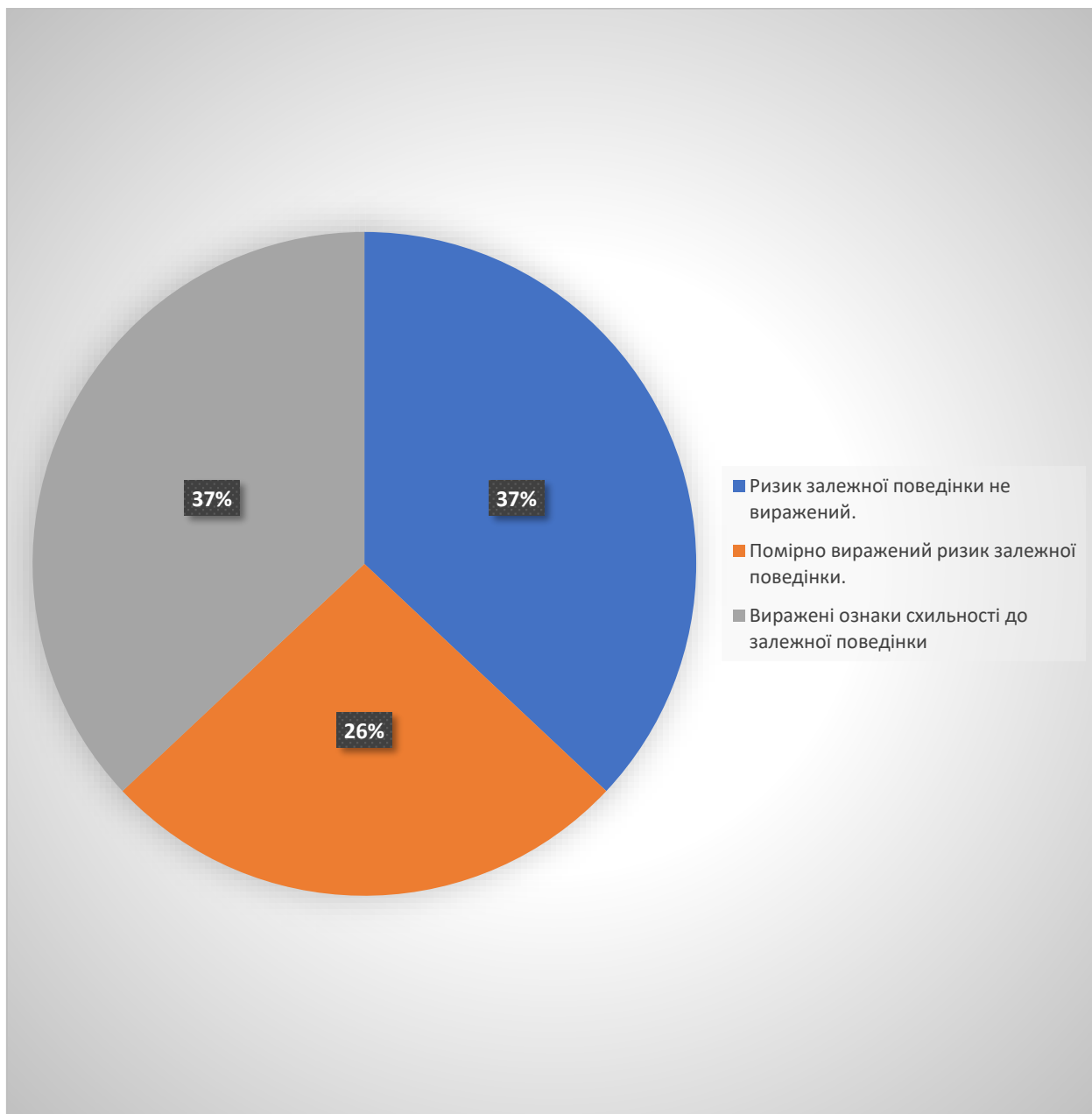


Рис.15. - Результати дослідження показників схильності до залежності від вживання психоактивних речовин за методикою (І.А.Фурманова)

Результати схильності до залежності від вживання психоактивних речовин серед студентів свідчать:

- ❖ ризик залежної поведінки не виражений в 37%
- ❖ помірно виражений ризик залежної поведінки в 26%
- ❖ виражені ознаки схильності до залежної поведінки в 37%



Рис.16. - Результати дослідження показників схильності жінок до залежності від вживання психоактивних речовин за методикою (І.А.Фурманова)

Результати схильності до залежності від вживання психоактивних речовин серед жінок свідчать:

- ❖ ризик залежної поведінки не виражений в 40%
- ❖ помірно виражений ризик залежної поведінки в 20%
- ❖ виражені ознаки схильності до залежної поведінки в 40%

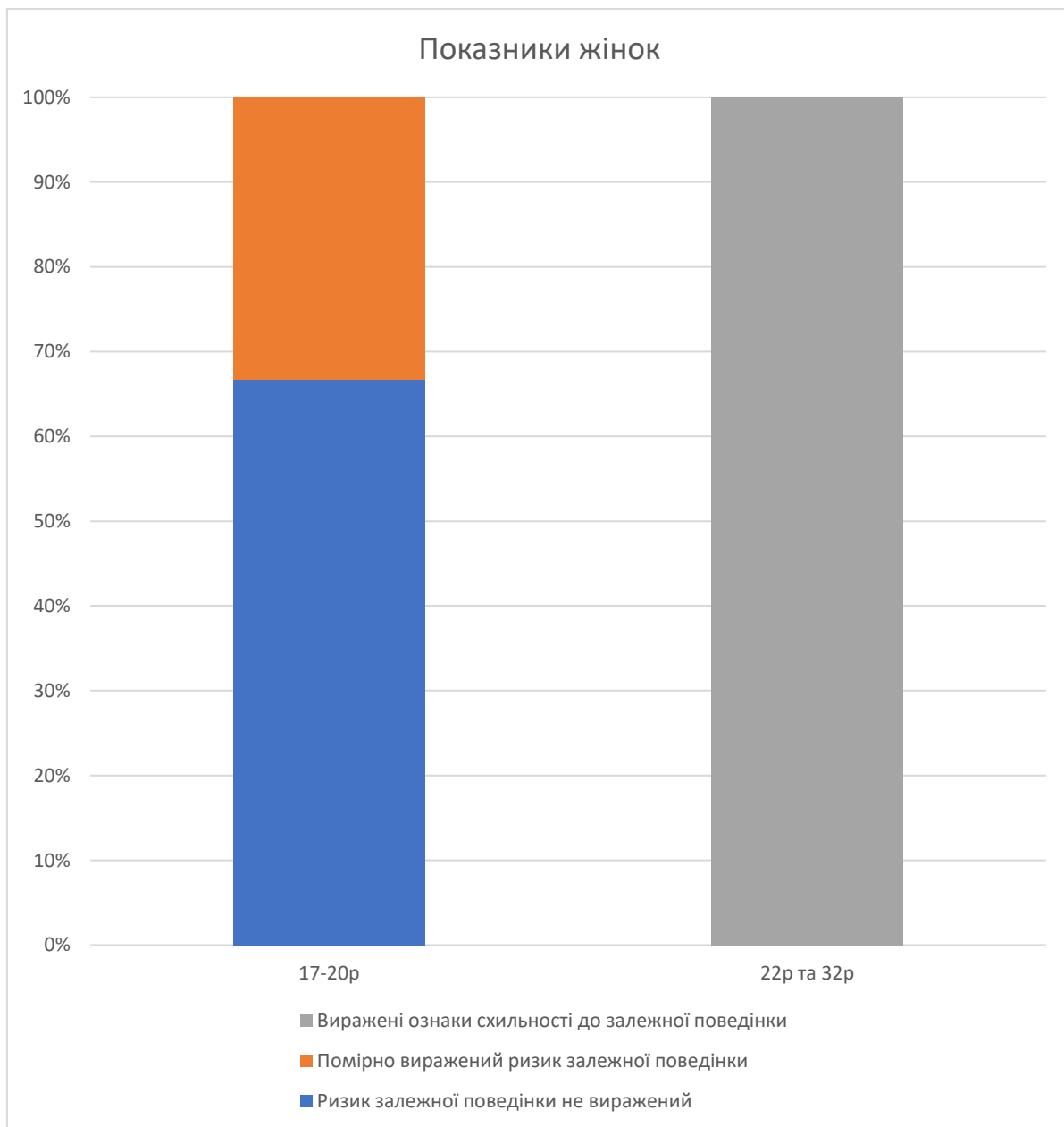


Рис.17. - Результати дослідження показників схильності жінок різного віку до залежності від вживання психоактивних речовин за методикою (І.А.Фурманова)

Результати схильності до залежності від вживання психоактивних речовин серед жінок свідчать:

(17-20р)

- ❖ ризик залежної поведінки не виражений в 2
- ❖ помірно виражений ризик залежної поведінки в 1

(22 та 32р)

- ❖ виражені ознаки схильності до залежної поведінки в 2

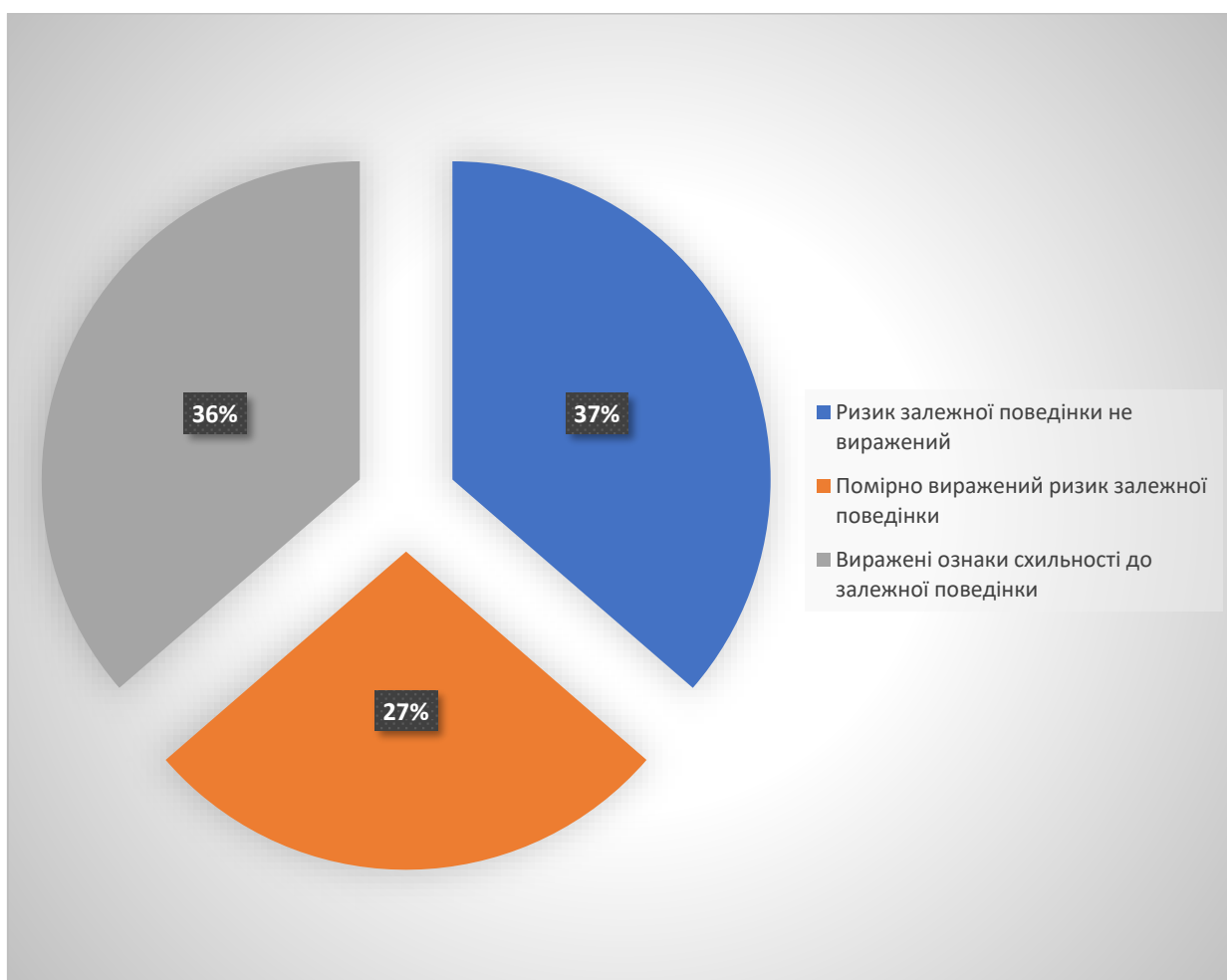


Рис.18. - Результати дослідження показників схильності чоловіків до залежності від вживання психоактивних речовин за методикою (І.А.Фурманова)

Результати схильності до залежності від вживання психоактивних речовин серед чоловіків свідчать:

- ❖ ризик залежної поведінки не виражений в 37%
- ❖ помірно виражений ризик залежної поведінки в 27%
- ❖ виражені ознаки схильності до залежної поведінки в 36%

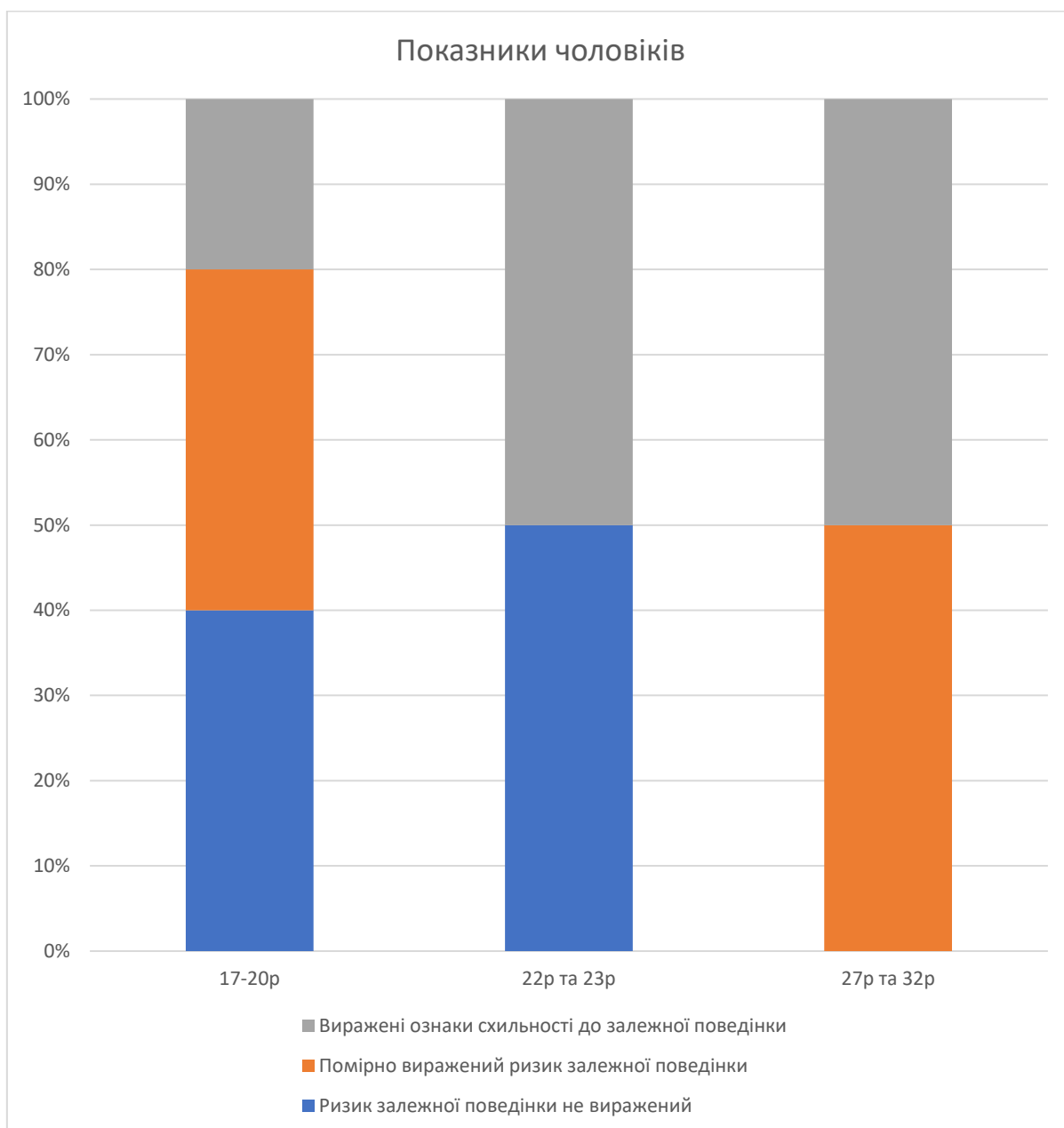


Рис.19. - Результати дослідження показників схильності чоловіків різних вікових груп до залежності від вживання психоактивних речовин за методикою (І.А.Фурманова)

Результати схильності до залежності від вживання психоактивних речовин серед чоловіків свідчать:

(17-20р)

- ❖ ризик залежної поведінки не виражений в 2
- ❖ помірно виражений ризик залежної поведінки в 2
- ❖ виражені ознаки схильності до залежної поведінки в 1

(22 та 23р)

- ❖ ризик залежної поведінки не виражений в 2
- ❖ виражені ознаки схильності до залежної поведінки в 2

(27 та 32р)

- ❖ помірно виражений ризик залежної поведінки в 1
- ❖ виражені ознаки схильності до залежної поведінки в 1

3.5 Показники ніотинової залежності (Фегестром)

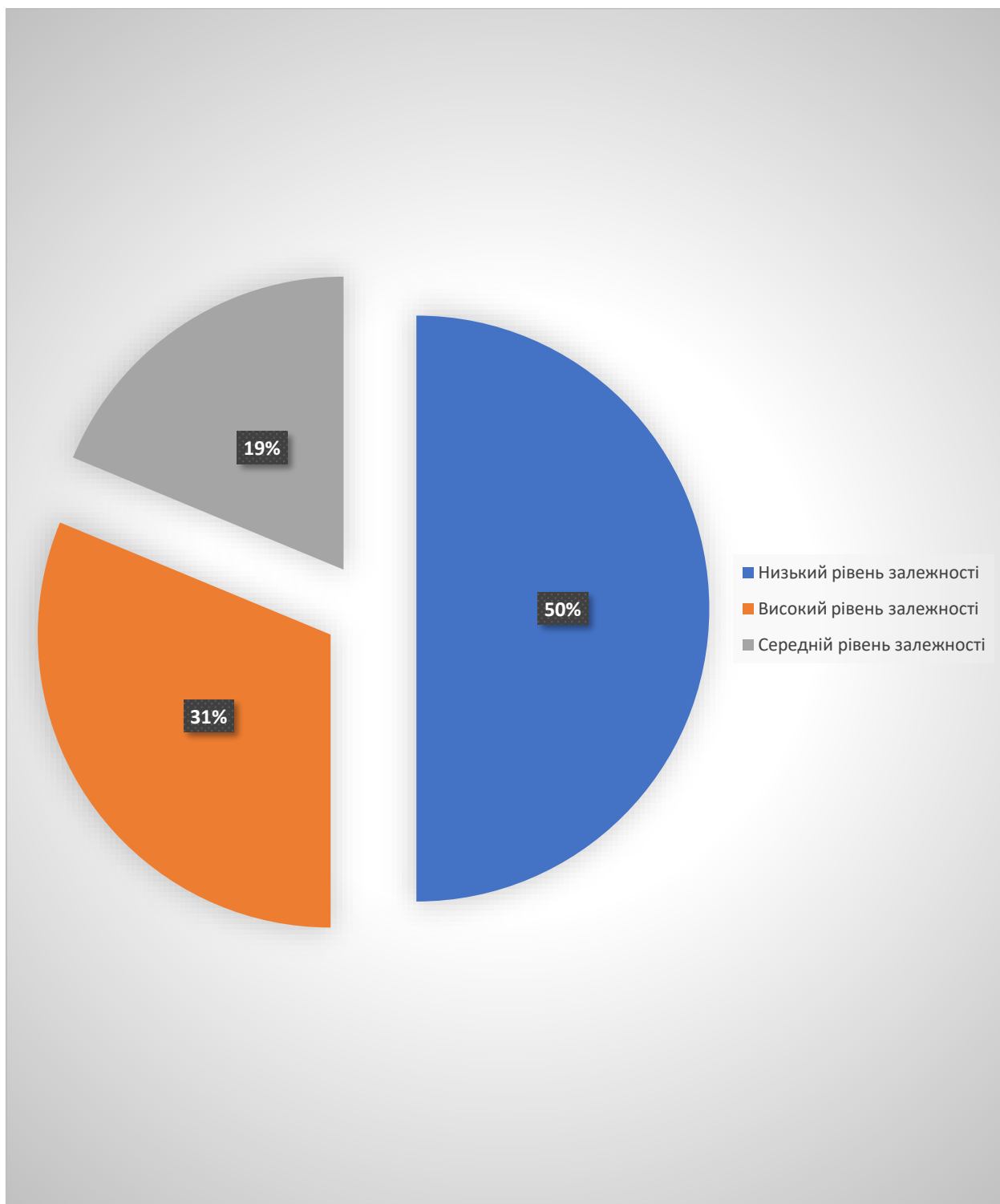


Рис.20. - Результати дослідження показників рівня ніотинової залежності за методикою (Фегестрома)

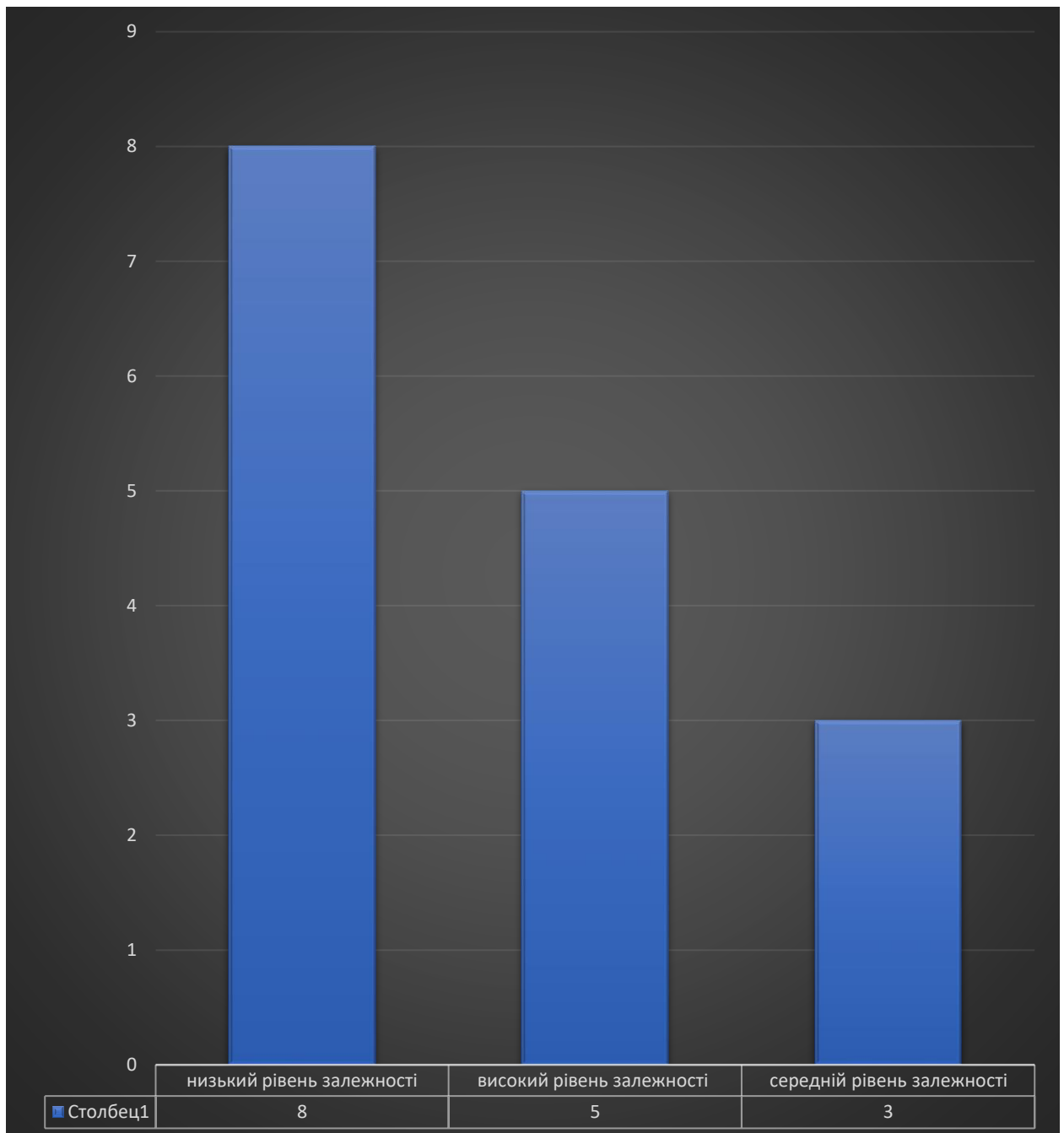


Рис.21. - Результати дослідження показників рівня нікотинової залежності за методикою (Фегестрома)

Результати тестування нікотинової залежності (Фегестром) серед студентів свідчать - що середній рівень залежності виявлено в 3 (19%), високий рівень залежності в 5 (31%) та низький рівень в 8 (50%).

Показники нікотинової залежності жінок

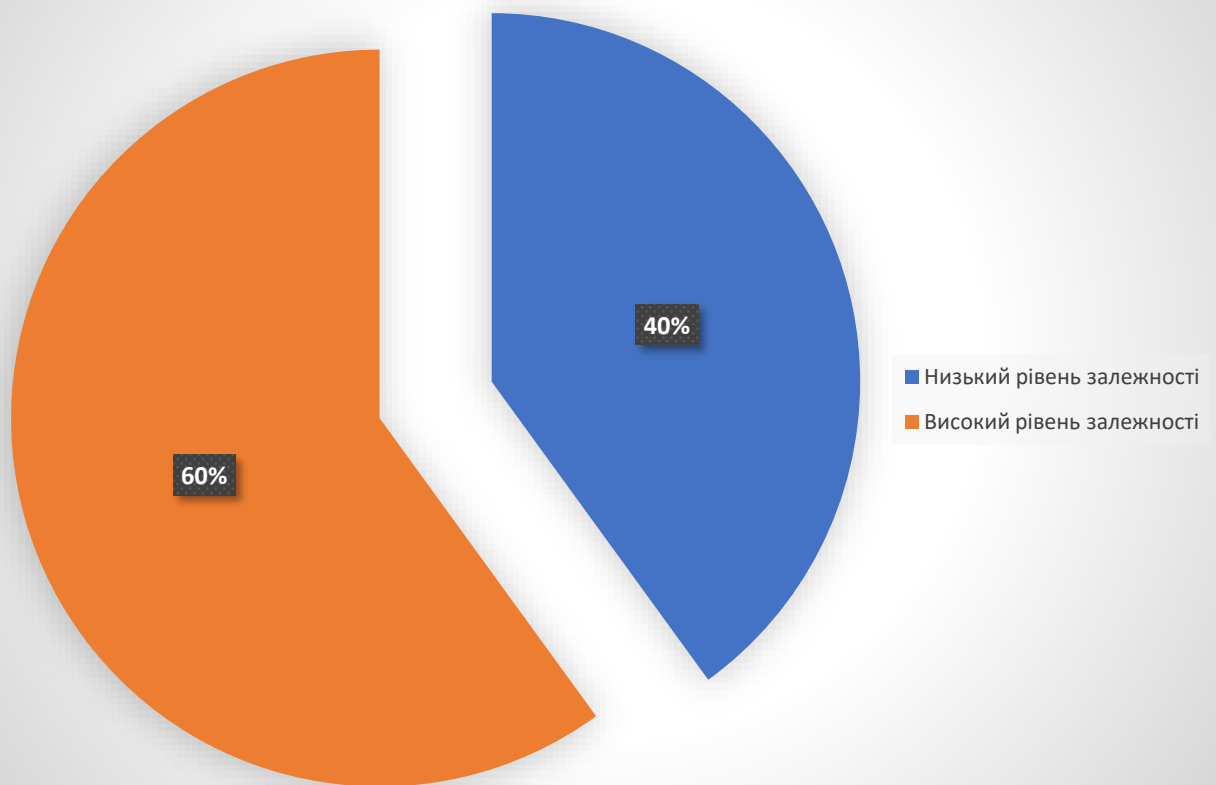


Рис.22. - Результати дослідження показників рівня нікотинової залежності серед жінок за методикою (Фегестрома)

Результати тестування рівня нікотинової залежності серед жінок свідчать - що низький виявлено рівень в 2 (40%), високий рівень залежності в 3 (60%).

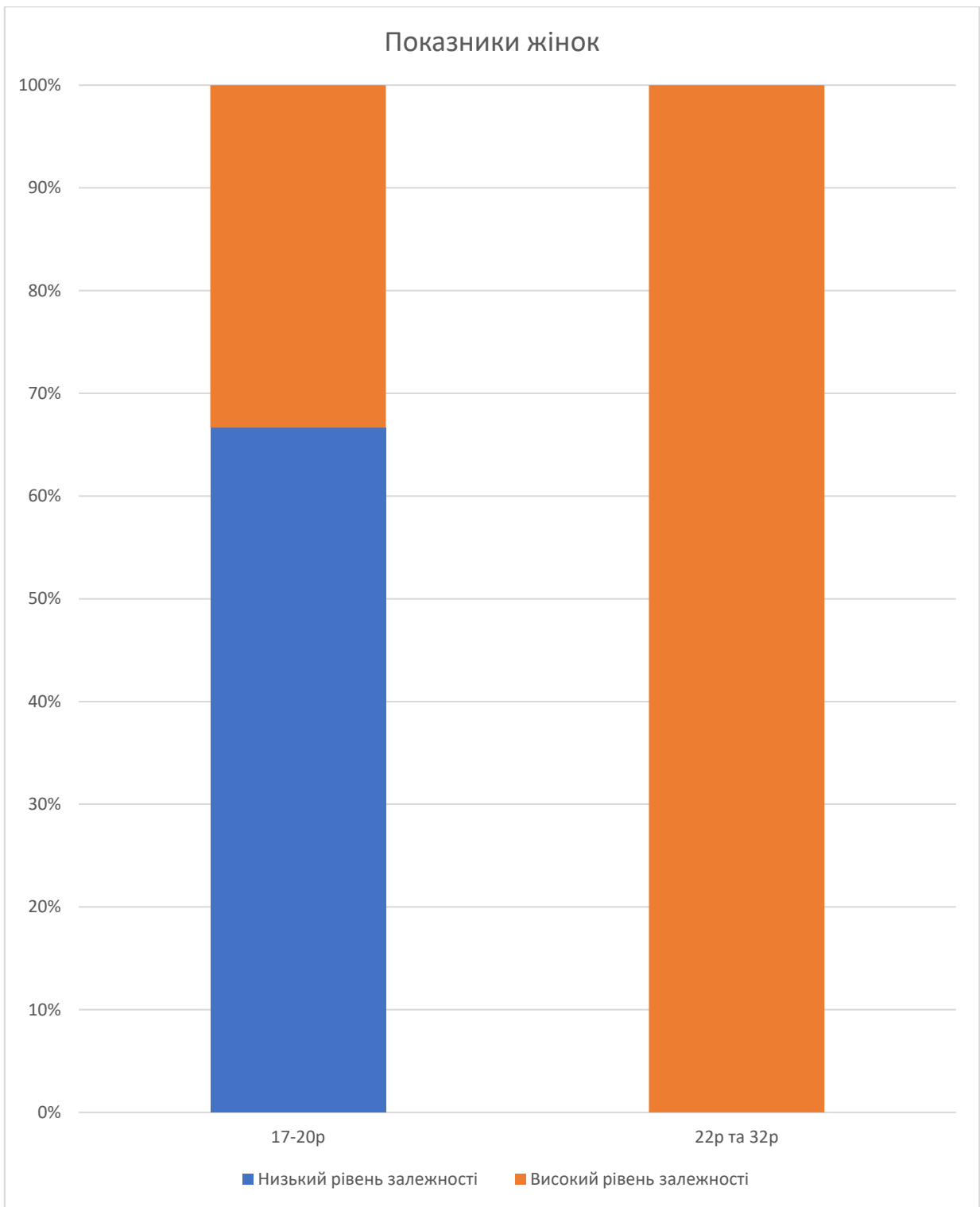


Рис.23. - Результати дослідження показників рівня нікотинної залежності серед жінок різного віку за методикою (Фегестрома)

Результати тестування рівня ніотинової залежності серед жінок свідчать -що (17-20р) низький рівень в 2 , високий рівень залежності в 1, а серед (22 та 32р) виявлено високий рівень залежності в 2.



Рис.24. - Результати дослідження показників рівня ніотинової залежності серед чоловіків за методикою (Фегестрома)

Результати тестування ніотинової залежності серед чоловіків свідчать - що середній рівень залежності виявлено в 3 (27%), високий рівень залежності в 2 (18%) та низький рівень в 6 (55%).

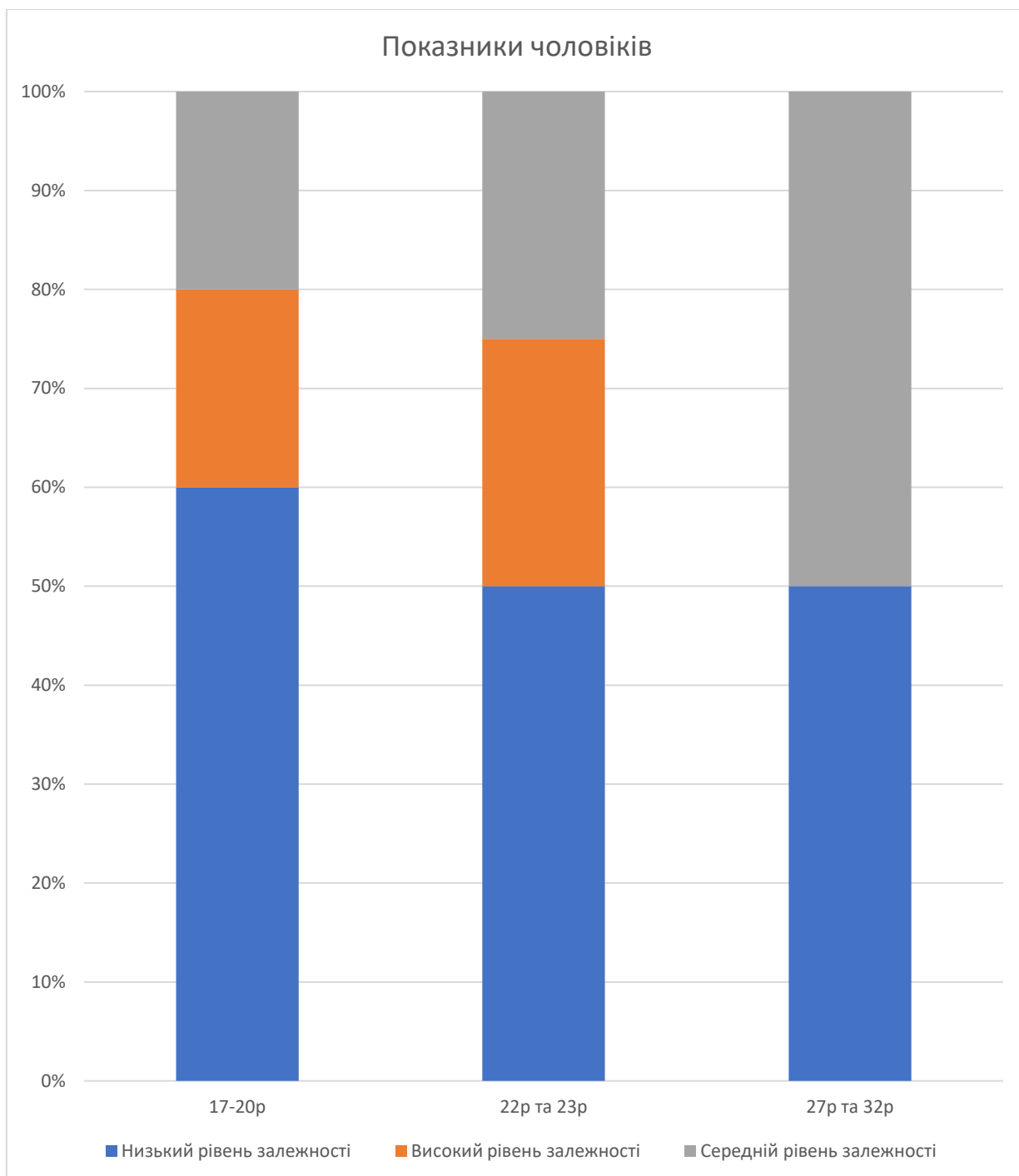


Рис.25. - Результати дослідження показників рівня ніотинової залежності серед чоловіків різних вікових груп за методикою (Фегестрома)

Результати тестування рівня ніотинової залежності серед чоловіків свідчать - що (17-20р) низький рівень виявлено в 3 , високий рівень залежності в 1 та середній рівень в 1. Серед (22 та 23р) виявлено високий рівень залежності в 1, середній в 1 та низький рівень залежності в 2.

Серед (27 та 32р) виявлено середній рівень залежності в 1 та низький рівень залежності в 1.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

Результати наших досліджень та роздумів дозволяють дійти наступних висновків. Реалії українського сьогодення, часто сприяють поширенню різного роду аддикцій у молодіжному середовищі, переважно – фармакологічних форм. Сформована в Українському суспільстві традиція боротьби з наслідками, часто, належним чином не вирішує проблеми. Боротьба з наслідками вимагає величезних витрат: фінансових, моральних, фізичних.

Саме по собі рятування від алкогольної, тютюнової, або наркотичної залежності ще не означає повне зцілення. Нажаль, часто належним чином недооцінюється руйнівний характер залежної поведінки для організму.

Часто із зняттям залежності прагнення до відходу від реальності нікуди не зникає. Позбувшись від однієї залежності людина може виявитись у владі іншої, через те що, незмінними залишаються способи взаємодії із середовищем. Утворюється замкнуте коло з якого вийти досить не просто. Адиктивна поведінка молоді - явище розповсюджене. Проте, приділяти увагу потрібно не тільки вкрай важким формам залежної поведінки, але й меншої уваги вимагають до себе ті, чий відхід від реальності поки що не знайшов свого яскравого вираження хто тільки починає засвоювати адиктивні патерни, хто потенційно може виявитись притягнутим у різні види адитивної поведінки.

Профілактика адитивної поведінки особливо значима серед молоді.

По-перше це не легкий період розвитку, та становлення дуже важливих якостей особистості, який може супроводжуватись кризовими явищами у самому суспільстві.

А по-друге саме у молодіжному середовищі починають проявлятися та формуватися дуже важливі якості особистості, звернення до яких могло б стати однією із найважливіших складових профілактики адикції. Це такі якості, як прагнення до розвитку і самосвідомості інтерес до своєї

особистості та її потенціалів, здатність до самоспостереження [25]. Дане дослідження дає нам змогу правильно побудувати профілактичну роботу орієнтуючись на обізнаності та відношенні молоді, до алкогольних напоїв, тютюнових виробів та наркотичних речовин.

Тому у роботі практичного психолога виділяються наспутні напрямки профілактичної роботи :

Формування у молодіжному середовищі чітких установок на неприйняття наркотиків, виявлення групи ризику та надання їм психологічної допомоги, навчання та створення в родині атмосфери, що виключає вживання наркотиків, тютюнових виробів, алкогольних напоїв, навчання способам заповнення дозвілля, надання допомоги в організації свого життя без спиртних напоїв та тютюнових виробів [8].

Формування в молоді стратегічної мотивації, формування рис соціально-успішної особистості, що удосконалює, посилює захисні механізми.

Забезпечення про соціальної активності, суспільно-корисної діяльності необхідної для їхнього повноцінного розвитку і попередження девіантної поведінки.

Поширення інформації про причини , форми та наслідки зловживання, формування в молодого покоління навичок аналізу та критичності.

Змінна ціннісного відношення молоді алкогольними, тютюновими та наркотичними речовинами, формування особистої відповідальності за своє поведіння, що обумовлює зниження попиту на психоактивні речовини.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

При здійсненні заходів, спрямованих на подолання залежної поведінки, слід пам'ятати, що вчинок завжди має внутрішній мотиваційний зміст. Вимоги близьких можуть, часто не діяти на молодь через їх психологічне несприйняття, а саме тому їх виконання, або невиконання суто формальне. С. Рубінштейн підкреслював, що наші вимоги без внутрішньої опори в особі, до якої вони звернені, можуть спричинити лише протидію або протест. Зовнішні причини діють виключно через внутрішні умови, тобто, через думки та почуття.

Зокрема В. Сухомлинський зазначав, щоб спонукати людину до самозмін потрібно, лише глибоко її вивчити, пізнати [77].

На думку В. Лютого, щоб подолати аддикцію у першу чергу необхідно:

- сформувати у особи адекватне уявлення щодо адиктивної поведінки, її видів, проявів та наслідків, ознак, чинників та механізмів формування;
- усунути або нейтралізувати чинники сім'ї, безпосереднього соціального оточення та суспільства в цілому, що призводять до формування у людини дезадаптивних якостей, схильності ухилятися від проблем, фіксувати увагу лише на окремих активностях, заохочують пасивну, споживацьку життєву позицію, стимулюють конкретні види залежної поведінки;
- сприяти усуненню або компенсації вже сформованих особистісних якостей молодій людині, які заважають її соціальній адаптації та полегшують формування адикцій;
- сформувати навички та розвинути якості, необхідні для подолання проблем та адаптації в умовах складних життєвих обставин;
- сприяти формуванню у молодій людини широкого кола інтересів,

критичного мислення, активної життєвої позиції, її інтеграції в соціально позитивних спільнотах;

– створити умови, необхідні для реалізації різноманітних інтересів, ведення здорового способу життя та активного здорового дозвілля;

– забезпечити доступність соціальних послуг, необхідних для подолання психологічних проблем, складних життєвих ситуацій [45]

Профілактика адиктивної поведінки молоді повинна бути системною, комплексною та включати в себе людей, які постійно контактують із залежними, які можуть відчуті ті нюанси стану й поведінки, яких досить часто не помічають батьки і спеціалісти наркологів.

Зважаючи на твердження дослідників Weghelder-Cruse (1985) [80] про те, що 90% всієї популяції планети можна означити як співзалежних.

Слід пам'ятати, що співзалежність - різновид навченої безпорадності, який виробляється внаслідок не тільки проживання разом з адиктивною особою, але й внаслідок перебування в дисфункційному середовищі, отже, може охоплювати значний прошарок популяції (Smalley, 1982) [61], піднімаючи важливість профілактики адиктивної поведінки на новий рівень.

Варто відзначити, що примусові заходи можуть бути доречні тільки до тих людей, які не можуть приймати за себе рішення. Більшу частину людей з алкоголізмом або наркозалежності можливо переконати пройти лікування або реабілітацію. Звісно аддикта складно мотивувати на лікування, пояснити проблему, набагато легше – змусити. Однак, цей спосіб небезпечний і є грубим порушенням прав людини. Хоча, безумовно, серед людей, що вживають алкоголь і наркотики особливо багато тих, хто не може приймати за себе відповідальність. Проте, існують ефективніші методи допомоги людині самостійно прийняти рішення, наприклад мотиваційне інтерв'ю. Крім того, важливу роль в мотивації залежної особистості відіграють грамотні дії і позиція близьких.

Проте, потрібно розуміти, що навіть правильні заходи, незважаючи на зусилля фахівців і близьких можуть бути неефективними. Залежність вражає волю, критичність і мотивацію. Навіть розуміючи своє становище, залежна людина часто все одно може не хотіти нічого змінювати, як би ірраціонально це не було. Дехто впадає в оману того, що людина повинна дійти до певного критичного стану, щоб з'явилися мотивація і розуміння. Насправді,

мотивація далеко не завжди виникає через страх за своє життя або усвідомлення того, що життя повністю зруйнована через вживання, досить часто це стає ще одним фактором для продовження адиктивної поведінки. Розуміння і відповідальність за свою проблему формується завдяки повазі та підтримці близьких, завдяки послідовному і доступному роз'ясненню з боку фахівців і за рахунок права особистого вибору. Тому позиція «нехай дійде до свого дна» відображає відчай, іноді гнів на людину або просте виснаження від без результативних спроб допомогти. У той же час рішучі, помірні дії, підтримка, відсутність осуду і повага права вибору формують позицію «ми готові допомогти, якщо ти сам вирішиш». Таким чином, відсутність осуду при вживанні і вираз підтримки і схвалення щодо спроб позбутися залежності – оптимальний спосіб стимулювати відповідальність і мотивацію у аддикта.

Слід зауважити, чим раніше людина зважиться – тим швидше і легше можна буде впоратися з адиктивною поведінкою.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Узагальнення теоретичних підходів до проблеми дослідження дозволяють резюмувати: залежність — набута гостра потреба штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому певних психоактивних речовин або постійною фіксацією уваги на деяких видах діяльності з метою підтримання та розвитку інтенсивних емоцій.

Ідеї дослідників залежної поведінки полягають у тому, що всі випадки звикання мають захисну і адаптивну функцію, вони вважають, що головне в адиктивній поведінці — це не імпульс до самознищення, а відсутність адекватної інтерналізації батьківських фігур та порушення здатності до самооборони. Надмірне вживання речовин, хімічної та нехімічної природи призводить до проблем із соціалізацією, самоідентифікацією, неадекватною поведінкою, згодом приводячи до летальних наслідків.

2. З'ясовано, що адиктивна поведінка — це форма девіантної поведінки особистості (найбільш часто вона зустрічається в молоді). Для такої поведінки притаманним є те, що молодь намагається дистанціюватися від реального життя за допомогою неприродних змін свого психічного стану, які можуть наставати внаслідок вживання різного типу хімічних речовин або ж виконання певних видів діяльності. Така поведінка нерідко призводить до погіршення концентрації уваги, пам'яті, але при цьому аддикта зазвичай цілком задовільняє його психічний стан та емоції. Слід зауважити, що наразі існує значна кількість різних видів адиктивної поведінки. До ключових із них належать: хімічні аддикції (як то вживання та вдихання різних токсичних речовин, наркотиків, хімічних та психотропних речовин), нехімічні аддикції (а саме залежність від повторювання систематичних певних дій) й проміжні форми аддикції (коли до процесу невимушено залучаються біохімічні механізми організму).

3. Зважаючи на результати дослідження проблеми адиктивної поведінки та його впливу на психологічне і фізичне здоров'я молоді, зазначимо, що в студентів домінує стійка гедоністична мотивація, тобто бажання отримання задоволення або уникнення страждань та небажання пристосовуватися до

мінливої реальності, що супроводжується потребою в змінах психічного стану шляхом прийому психоактивних речовин.

Схильність до різних форм адиктивної поведінки є проявом стійкого бажання до самоствердження, що відбувається в такий деструктивний спосіб і призводить до формування в особистості моделі залежної поведінки. Схильність студентської молоді до вживання алкоголю та тютюну може «тягнути» за собою інші види адикцій, зокрема на це вказують показники ризику хімічної залежності.

Звичайно, слід пам'ятати що адиктивна поведінка не тільки негативно впливає на особистість, але й наносить непоправну шкоду здоров'ю.

Викликаючи стан ейфорії, що в свою чергу призводить до формування спочатку психічної, а згодом і фізичної залежності.

Лише в Україні щороку 85 000 людей помирають від хвороб, спричинених курінням. Це близько 230 людей щодня.

Куріння шкідливе для серця та кровоносних судин; воно спричиняє виникнення чи розвиток астми та бронхіту, спричиняє рак легенів. Також збільшується ризик багатьох інших форм раку, таких як рак стравоходу, підшлункової залози, ротової порожнини, гортані, сечового міхура, нирок та шийки матки.

Крім цього куріння може мати негативний вплив на репродуктивну функцію. У чоловіків спостерігається зниження сексуальної потенції.

Також важливо те, що якщо палить вагітна жінка, активно чи пасивно, це може мати негативні наслідки для ще ненародженої дитини.

Системне вживання алкоголю у свою чергу призводить до того, що шлунковий сік, стимульований алкоголем, подразнює слизову оболонку шлунка та призводить до гастрита. Водночас з розвитком гастриту порушується функція підшлункової залози, що призводить до панкреатита. Зловживання алкоголем призводить до виразкової хвороби шлунка, дванадцятипалої кишки, цирозу печінки та інших захворювань.

Вживання наркотичних речовин насамперед негативно впливає на здоров'я людей, сприяє розвитку соматичних і психічних захворювань і є однією з причин збільшення смертності та інвалідизації населення. При наркоманії вражаються внутрішні органи, виникають неврологічні і психічні розлади, розвивається соціальна деградація.

Будь-яка залежність не робить відмінностей між людьми, вона не бачить статі, віку, соціального статусу чи національної приналежності. Вона неодмінно тією чи іншою мірою завдає шкоду кожному.

4. Проаналізувавши особливості причин та умов їх формування.

З'ясовано, що залежна поведінка являється досить багатофакторним явищем. Сучасний стан науки дозволяє говорити, про існування декількох груп факторів в розвитку адиктивної поведінки, кожен з яких взятий окремо, не являється визначальним.

Фактори, які сприяють розвитку адиктивної поведінки розділяють на соціальні, індивідуально-психологічні, індивідуальнобіологічні:

- ♣ соціальні фактори не залежать від індивіда, це об'єктивно існуючі умови, впливати на які людина практично не може, визначаються несприятливими соціальними, економічними, політичними умовами існування суспільства;

- ♣ індивідуально-психологічні – це особливості когнітивної, емоційновольової сфери, які обумовлюють виникнення та розвиток адиктивних форм поведінки;

- ♣ індивідуально-біологічні – відносять спадковість стосовно психічних захворювань, алкоголізму, тяжкі соматичні захворювання і нейроінфекції в ранньому дитинстві, органічні враження головного мозку. Ці порушення виступають скоріше передумовами, тобто обумовлюють індивідуально-психологічні причини. Органічні враження головного мозку впливають на психоемоційний стан, знижують здатність індивіда переносити фізичні і психологічні навантаження, протистояти стресу і негативним впливам оточуючого середовища. Це відображається на адаптаційних можливостях людини, внаслідок чого формується хімічна та нехімічна залежність.

Серед соціальних факторів виділяють макропричини і мікропричини.

Макропричини – це умови, які існують в суспільстві в цілому, а мікропричини – це умови в середині тієї соціальної групи, в якій знаходиться суб'єкт.

- ♣ До макропричин відносяться економічне та соціальне неблагополуччя, протиріччя і неузгодженість в законодавстві, неблагоприємне оточення і суспільний неблагоустрій, доступність психоактивних речовин, реклама, стан аномії суспільства;

- ♣ До мікропричин відносяться невмілість та непослідовність в вихованні, сімейна схильність, сімейні традиції, клімат в сім'ї, школі, невмілість та непослідовність в вихованні, гіперопіка та гіпоопіка в сім'ї, невстигання в школі та відсутність бажання продовжувати навчання, часта зміна місця

проживання, спілкування з ровесниками, які зловживають психоактивними речовинами, стиль сімейного виховання.

До індивідуально-біологічних факторів відносяться:

- ♣ ступінь початкової толерантності – спостерігається пряма залежність: чим менша індивідуальна непереносимість психоактивних речовин (підліток переживає негативні відчуття навіть від малої дози алкоголю чи слабого наркотика), тим більша вірогідність того, що розвинеться алкоголізм чи наркоманія;
- ♣ природна детоксуюча функція організму. Головну детоксуючу функцію в організмі виконує печінка. Чим краще печінка буде розщеплювати поступаючі в організм алкоголь та наркотики і краще справлятися з цією функцією, тим менше буде виникати негативних відчуттів і соматичних розладів і тим більша вірогідність розвитку алкоголізму та наркоманії;
- ♣ природа психоактивної речовини. Це важливий біологічний фактор, який приводить до розвитку адиктивної поведінки, і переходу в хворобу. Важливим являється хімічна речовина, яка вживається. Швидше залежність настає від наркотичних речовин, ніж алкоголю та тютюну.

До індивідуально-психологічних факторів, які сприяють розвитку адикцій відносять осіб для яких характерними є:

- ♣ знижена схильність до психічних перенавантажень, стресів, слабка пристосованість до нових ситуацій, конфліктів, схильність до депресій;
- ♣ вираженість тривожності, невпевненості в собі, занижена самооцінка;
- ♣ імпульсивність, зокрема, з намаганням отримати задоволення з чітко вираженим гедоністичним спрямуванням;
- ♣ психічна незрілість – інфантилізм, схильність до наслідування в поведінці, зокрема, її негативних проявів; ♣ слабкий розвиток самоконтролю;

- ♣ емоційна нестійкість, схильність неадекватно реагувати на перешкоди, невміння знайти продуктивний вихід із психотравмуючої ситуації;
- ♣ акцентуації характеру (нестійкий, комфортний, гіпертимний, циклоїдний та ін.).

Узагальнюючи фактори адиктивної поведінки молоді, як сукупність внутрішніх та зовнішніх умов, що впливають на формування схильності до вживання психоактивних речовин та розвитку нехімічних (поведінкових) адикцій, можна виділити наступні: особливості когнітивної, емоційно-вольової, мотиваційної сфери, особливості умов проживання та виховання, мікросоціальне та макросоціальне середовище, спадкова схильність.

5. Проаналізувавши шляхи та напрями профілактики адиктивної поведінки.

Встановлено, найбільш ефективним методом являється соціальна профілактика, адже вона фактично є сукупністю медичних, політичних, економічних, правових, психолого-педагогічних заходів, які націлені на те, щоб застерегти, обмежити, попередити негативні явища, які можуть виникти у соціальному середовищі.

До основних видів попередження адиктивної поведінки серед молоді можна віднести: первинну (її метою є попередити виникнення проблеми), вторинну (метою якої є попередження загострення проблеми та спонукання людини до змін у поведінці) та третинну профілактику (має на меті послабити небезпеку відновлення негативних видів та форм поведінки).

Варто відзначити, що у молодіжному середовищі соціальна профілактика має здійснюватися на макрорівні, мікрорівні та на індивідуальному рівні.

На макрорівні вона втілюється за допомогою скоординованої роботи певних установ та організацій у вигляді систематичних профілактичних програм, використання засобів масової інформації, а також під час масових заходів.

На мікрорівні профілактика здійснюється за місцем проживання у вигляді заходів, спеціальних програм й профілактичних дій у межах установ та організацій.

Профілактика на індивідуальному рівні це – робота, яку проводять волонтери та спеціалісти із виявлення у молоді різних проявів адиктивної поведінки. До найпоширеніших форм соціальної профілактики адиктивної поведінки

відноситься: навчальні (заняття, бесіди, практикуми, тренінги, лекції тощо); інформаційні (прес-конференції, зібрання, виставки, презентації та багато ін.); дослідницькі (анкетування, опитування, тестування); анімаційні (змагання, фестивалі, концерти, форуми, марафони, конкурси плакатів, листівок); методичні (збори, семінари, круглі столи).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Анохін І.П. Біологічні механізми залежності від психоактивних речовин (патогенез) // Лекції з наркології. За ред. І.М. Іванець. М: Нолідж. 2000. 34 с.
2. Антонян Ю.М., Леонова О.В., Шостакович Б.В. Феномен залежного злочинця. Москва: 2007. 192 с.
3. Афузова Г.В., Маркелова А.В. Вплив характерологічних особливостей на формування адиктивної поведінки у підлітків [Інтернет]. 2014. [цитовано 2022 Листопад 13]; 6(1):252-255. Доступно:
<http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/7654/%20fuzova.pdf?sequence=1>
4. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях. Київ : Логос, 2003. 134 с.
5. Богданова І.М. Соціальна педагогіка. Київ : Знання, 2008. 343 с.(с. 320).
6. Бончук Н. В. Схильність до адиктивної поведінки у підлітків залежно від особливостей системи ціннісних орієнтацій [Інтернет]. 2016. [цитовано 2022 Листопад 3]; 7(34). 362-368. Доступно:
<http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2016/7/86.pdf>
7. Братусь В.С. Психологія, клініка та профілактика раннього алкоголізму. Москва: 1984. 143 с.
8. Брич В. В. Профілактична робота з підлітками та молоддю з питань пропаганди здорового способу життя, профілактики алкоголізму, наркоманії та ВІЛ-інфекції. Ужгород: 2010. 113 с.
9. Бугайова Н.М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі. Ужгород: 2010. 87 с. (48–57)
10. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків. Київ: 2016. 193 с.
11. Горобей М.П. Проблеми шкідливих звичок і залежностей студентів [Інтернет]. 2011. [цитовано 2022 Листопад 14]; 1(1):1-3. Доступно:

12. Гурвич І.М. Соціальна психологія здоров'я. Санкт-Петербург: СПбГУ, 1999. 1023с.
13. Даулінг С. Психологія та лікування залежної поведінки. Москва: 2000. - 240 с.
14. Дмитрієв М. Г., Белов В. Г., Парфьонов Ю. А. Психолого-педагогічна діагностика делінквентної поведінки у важких підлітків. Санкт-Петербург: 2010. 316 с.
15. Єгоров А. Посібник з аддиктології. Санкт-Петербург: 2007. 501с.
16. Железнякова Ю.В. Основні характеристики адиктивної поведінки. 2016. Дніпро: 8с. (4-8)
17. Змановська Є.В., Рибников В.Ю. Девіантна поведінка особистості і групи. Київ : Логос, 2010. 352 с.
18. Змановська О.В. Девіантологія: (Психологія поведінки, що відхиляється). Москва: 2003. 288 с.
19. Ільницька Л.А. Психологічні особливості особливості інтернет залежних юнаків [Інтернет]. 2009. [цитовано 2022 Листопад 17]; 1(1):1-4. Доступно: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2009/9_2009/8.pdf.pdf
20. Капська А.Й. Соціальна педагогіка. Київ : 2003. 256 с. (32)
21. Капська. А. Й. Девіантна поведінка дітей та молоді як форма соціальної дезадаптації. Київ: 2009. 488 с. (347–355)
22. Карвацька Н.С., Рудницький Р.І. Наркоманії треба запобігти. [Інтернет]. 2016. [цитовано 2022 Листопад 18]; 1(1):1. Доступно: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/4184-narkomanii-treba-zapobigti/>
23. Ключко І.В. Головний лікар КЗ «Вишгородська ЦРЛ». [Інтернет]. Вишгород: Вишгородська Центральна Районна Лікарня; 2016 [цитовано 2022 Листопад 20]. Доступно: <https://uk-ua.facebook.com/vyshgorodhealth/posts/1001117056640213/>

24. Ключко О.О. Основи соціального партнерства соціального педагога освітнього закладу щодо профілактики адиктивної поведінки учнів. Науковий журнал. 2011; 3(13): 21–32.
25. Ковчина І. М. Збірник наукових праць Учасників міжвузівського круглого столу «Мова – душа народу: Психологічний вимір ». Київ: 2019. 50с
26. Корець А.М. Профілактика адитивної поведінки осіб юнацького віку з особливими потребами [Інтернет]. 2017. [цитовано 2022 Листоп 23]; 1(5):60-64. Доступно: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/19333/Korets%20A.%20Prof%20ilaktika.pdf?sequence=1>
27. Короленко Ц.П., Донських Т.О. Сім шляхів до катастрофи: деструктивна поведінка у світі. Новосибірськ: 1991. 224 с.
28. Короленко Ц.П. Адиктивна поведінка. Новосибірськ: 1991. 8-15с.
29. Короленко Ц.П., Дмитрієва Н.В. Соціодинамічна психіатрія. Єкатеринбург: 2000. 460 с.
30. Корсун Л.С. Характеристика адиктивних залежностей підлітка та їх подолання. Луганськ: 2014 р. 122–130с. (125)
31. Корсун Л.С. Соціальна педагогіка. Луганськ : 2014. 130с.
32. Костюка Г.С. Актуальні проблеми психології. Київ: 2013. 736с
33. Котляров А.В. Інші наркотики, або Homo addictus. Москва: 2006. 480 с
34. Крамченкова В.О. Особливості поведінки старшокласників – курців в емоційно напружених ситуаціях [Інтернет]. 2014. [цитовано 2022 Листоп 27]; 2(12):106-112. Доступно: http://mdu.edu.ua/wp-content/uploads/files/22_22.pdf
35. Кулаков С.А. Психотерапія та психопрофілактика адиктивної поведінки у підлітків. Москва: 2003. 470 с.
36. Кулаков С.А. Основи психосоматики. Санкт-Петербург: 2003. 288 с.
37. Кулаков С.А. На прийомі психолога – підліток. Санкт-Петербург: 2001. 350 с. (23)

38. Ларченко М.О. Моделі залежної поведінки та пов'язані з ними фактори кримінологічного ризику. [Інтернет]. 2020. [цитовано 2022 Листопад 29]; 1(4):256-259. Доступно: http://www.lsej.org.ua/4_2020/64.pdf
39. Леонтьєв А. Н. Діяльність. свідомість. особистість. Москва: 1975. 115 с.
40. Лебедько В., Баранник О. Механізми людських залежностей та стратегії звільнення від них. Москва: 2012. 56 с.
41. Личко О.Є., Битенський В.С. Підліткова наркологія. Москва, 1991. 304 с. (24)
42. Личко О.Є. Підліткова психологія. Санкт-Петербург: 1991. 304 с.
43. Літвінова О. В. Методичний вказівник з навчальної дисципліни «Психологія девіантної поведінки». Кременчук: 2020р. 43-62 с.
44. Лютий В.П. Профілактика соціально-прийнятних видів адиктивної поведінки підлітків та молоді. Кам'янець-Подільський: 2012. 232 с. (222-231)
45. Лютий В. П. Профілактика соціально-прийнятних видів адиктивної поведінки підлітків та молоді [Інтернет]. 2012. [цитовано 2022 Вересень 2]; 1(1):1-13. Доступно: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Lutyi_2_2012.pdf
46. Майтова В.М. Як вирішити проблему наркоманії. Москва: 2002. 80 с.
47. Максимова Н.Ю. Соціально-психологічний аспект адиктивної поведінки підлітків та молоді. Київ: 2000. 200 с.
48. Максимова Н.Ю. Психологія адиктивної поведінки. Київ: 2002. 308 с.
49. Максимова Н. Ю. Про схильність підлітків до адиктивного поведінки. Психологічний журнал. 2001;17(11):35-38.
50. Мателега М. М., Азізов С. С. Психологічні особливості залежності як девіантної поведінки особистості [Інтернет]. 2015. [цитовано 2022 Вересень 4]; 7(12):146-160. Доступно: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21

51. Менделевич В.Д. Наркозалежність та коморбідні розлади поведінки (психологічні та психопатологічні аспекти). Москва: 2003. 328 с.
52. Менделевич В.Д. Клінічна та медична психологія. Москва: 2001. 593 с.
53. Мізь Я.А. До проблеми визначення комп'ютерної залежності у підлітковому віці. Суми : 2008. 546 с. (357–360).
54. Міщик Л. І., Білоусова З. Г. Соціально-психологічні та педагогічні проблеми дезадаптації дітей і підлітків. Запоріжжя : 2003. 108 с.
55. Пезешкіан Н. Психосоматика та позитивна психотерапія. Москва : 2006. 464 с.
56. Пихтіна Н.П. Формування професійно-педагогічної готовності майбутнього вчителя до профілактики адиктивної поведінки учнів. Київ: 1999. 20 с.
57. Пихтіна Н.П., Яковець Н.І. Педагогічна профілактика адиктивної поведінки учнів. Ніжин : 2003. 116 с.
58. Плахтій П.Д. Основи медичних знань. Кам'янець-Подільський: 2013. 268 с.
59. Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки. Чернігів: 2010. 84 с.
60. Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки. Чернігів: 2012. 85 с.
61. Потьомкіна А. О. Співзалежність – патологічний вид взаємовідносин [Інтернет]. 2019. [цитовано 2022 Листоп 25]; 1(1):1. Доступно: <https://narkodyspanser.vn.ua/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96/%D1%81%D0%BF%D1%96%D0%B2%D0%B7%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%B6%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C-%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%B2%D0%B8%D0%B4-%D0%B2%D0%B7/>

62. Ратинська О.М. Педагогіка. Соціальна робота. Ужгород: 2016. 237с.
63. Ратинська О.М. Профілактика адиктивної поведінки підлітків [Інтернет]. 2016. [цитовано 2022 Верес 6]; 1(59):233-234. Доступно:
http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Nvuuped_2016_1_59
64. Ратинська О.М. Соціальна профілактика адиктивної поведінки підлітків [Інтернет]. 2016. [цитовано 2022 Верес 8]; 1(38):233-237. Доступно:
<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/14289/1/%D0%A1%D0%9E%D0%A6%D0%86%D0%90%D0%9B%D0%AC%D0%9D%D0%90%20%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%A4%D0%86%D0%9B%D0%90%D0%9A%D0%A2%D0%98%D0%9A%D0%90%20%D0%90%D0%94%D0%98%D0%9A%D0%A2%D0%98%D0%92%D0%9D%D0%9E%D0%87%20%D0%9F%D0%9E%D0%92%D0%95%D0%94%D0%86%D0%9D%D0%9A%D0%98%20%D0%9F%D0%86%D0%94%D0%9B%D0%86%D0%A2%D0%9A%D0%86%D0%92.pdf>
65. Ринда Ф. П. Медичні та соціальні аспекти тютюнокуріння, алкоголізму, наркоманії та СНІДУ. Київ: 2003. 55 с. (53-55)
66. Свідовська В.А. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження [Інтернет]. 2020. [цитовано 2022 Верес 13]; 1(6):108-114. Доступно: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/6_2020/18.pdf
67. Сирота, Н. А. Профілактика наркоманії та алкоголізму. Москва: 2009. 176 с. (35)
68. Сорокіна О.А. Психологія залежності. Кам'янець-Подільський: 2014. 180 с.
69. Титаренко Т. М., Лєпіхова Л. А. Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді. Київ: 2006. 204 с.
70. Фурманов І.А. Профілатика порушень поведінки в закладах освіти. Мінськ: 2011. 207 с. (122-124)

71. Христюк О. Л. Проблема алкогольної адикції у сучасній вітчизняній психології [Інтернет]. 2012. [цитовано 2022 Верес 9]; 2(2):104-112. Доступно: [file:///C:/Users/Qwerty/Downloads/Nvldu_2012_2\(2\)_14.pdf](file:///C:/Users/Qwerty/Downloads/Nvldu_2012_2(2)_14.pdf)
72. Христюк О. Л. Психологія девіантної поведінки. Львів: 2014. 192 с.
73. Худяков А. В. Клініко-соціальний аналіз формування та профілактика залежності від психоактивних речовин у неповнолітніх. Москва: 2003. 48 с.
74. Цал-Цалко І.В. Психологія особистості, схильної до залежності [Інтернет]. 2008. [цитовано 2022 Верес 1]; 28(19):1-13. Доступно: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/VKhnpu_psykhol/2008_28/19.htm
75. Шишкіна. К.І. Особливості адиктивного поведінки в дітей молодшого шкільного віку. Казань: 2016. 407 с. (405)
76. Шліхта І. Адиктивна поведінка. Велика Українська Енциклопедія. 10.10.2021. Доступно: https://vue.gov.ua/%D0%90%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F_%D0%B2%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B8
77. Шутюк Н. В. Робота з дітьми, схильними до девіантної поведінки та труднощами у навчанні. Київ: 2016. 91 с. (17–21)
78. Яременко О.О. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі. Київ: 2005. 193 с.
79. Blanchette C.M., Roberts M.H., Petersen H., Dalal A.A., Mapel D.W. Economic burden of chronic bronchitis in the United States: a retrospective case-control study. International journal of chronic obstructive pulmonary disease 2011. 6: 73-81.
80. George S. Applied cognitive and behavioural approaches to the treatment of addiction: A practical treatment guide. Luke Mitcheson, Jenny Maslin, Tim Meynen, Tamara Morrison, Robert Hill & Shamil Wanigaratne John Wiley and Sons. The Psychiatrist. 2011[Internet]. 2011 Dec [cited 2018 January 2];40(12):2872-8. Available from: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.032706>

ДОДАТКИ:

А. «Тест RAFFT (Relax, Alone, Friends, Family, Trouble)» в модифікації А. Ю. Єгорова

Запитання	Так	Ні
1	1	0
2	1	0
3	0.5	0
4	0.5	0
5	1	0

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів аналізу по таблиці діагностичних коефіцієнтів за наступними критеріями :

- ✓ Позитивні відповіді на питання № 1, 2 і 5 оцінюються в 1 бал кожен.
- ✓ Питання № 3 і 4 – в 0,5 бала.

Якщо в сумі набирається 2 і більше балів, то доречно припущення про наявність ризику.

Б. Методика «Виявлення ранніх проявів алкоголізму» К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича

**Діагностичні коефіцієнти показників методики
«Опитувальник для виявлення ранніх проявів алкоголізму»
К.К. Яхіна та В.Д. Менделевича**

Запитання	Так	Ні	Запитання	Так	Ні
1	2,6	-1,1	18	-3	2,6
2	-2,6	0,4	19	-8,1	1,5
3	-1,3	1,3	20	-5,3	8,8
4	<u>2</u>	1,5	21	-3,4	4,8
5	-9,5	35	22	-3	5,1
6	-3	0,8	23	-3,4	3,8
7	2,6	-4,5	24	-9	1,8
8	3,8	-1,1	25	-16	2,3
9	-5,5	1,5	26	-3,8	3
10	-1,8	5,1	27	-17	3,8
11	-12,6	0,8	28	-5,3	2,8
12	-4,2	1,5	29	-2	3,4
13	1,5	-2	30	-2,3	3,8
14	-4,5	1,8	31	-4,5	1,8
15	-12,6	0,8	32	-5,3	2,6
16	-12	1,5	33	-11	4,5
17	-6	3,8	34	-7	2,3
			35	-6	1,8

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів аналізу по таблиці діагностичних коефіцієнтів за наступними критеріями :

- нижче - 12.8 балів – *рівень алкоголізму*;
- + 12.8 бали до – 12.8 бали – *рівень побутового п'янства*;
- вище + 12.8 балів – *рівень здоров'я* .

В. Методика «Виявлення мотивів куріння» О.О. Леонов

Діагностичні коефіцієнти показників методики

**«Виявлення мотивів куріння»
О.О. Леонов**

№	«Завжди»	«Часто»	«При нагоді»	«Зрідка»	«Ніколи»
1.	5	4	3	2	1
2.	5	4	3	2	1
3.	5	4	3	2	1
4.	5	4	3	2	1
5.	5	4	3	2	1
6.	5	4	3	2	1
7.	5	4	3	2	1
8.	5	4	3	2	1
9.	5	4	3	2	1
10.	5	4	3	2	1
11.	5	4	3	2	1
12.	5	4	3	2	1
13.	5	4	3	2	1
14.	5	4	3	2	1
15.	5	4	3	2	1
16.	5	4	3	2	1
17.	5	4	3	2	1
18.	5	4	3	2	1

- ❖ Стимулювання активності: 1,7,13.
- ❖ Ритуальні дії: 2, 8, 14.
- ❖ Розслаблення: 3,9,15.
- ❖ Зняття тривожності: 4,10,16.
- ❖ Психологічна залежність: 5,11,17.
- ❖ Звичка: 6,12,18.

Мотив вважається вираженим, якщо сума балів складає 11 і більше.

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів:

- ❖ Стимулювання активності – високі бали говорять про те, що куріння є для людини засобом підтримки тону, працездатності.
- ❖ Ритуальні дії – високі бали вказують на те, що для людини, перш за все, важливий сам ритуал куріння, ті дії і маніпуляції з об'єктами, які супроводжують процес куріння.
- ❖ Розслаблення – високі бали говорять про те, що куріння використовується людиною для досягнення стану розслаблення.
- ❖ Зняття тривожності – при високих значеннях за даною шкалою, куріння є одним із засобів саморегуляції, способом, який допомагає впоратися з негативними емоціями, відновити душевну рівновагу.
- ❖ Психологічна залежність – високі бали вказують на психологічну залежність від куріння.
- ❖ Звичка – високі бали, говорять про те, що куріння увійшло у людини в звичку, з'явився, так званий, «рефлекс куріння».

Г. Методика «Схильність до залежності від вживання психоактивних речовин» І.А.Фурманов

Діагностичні коефіцієнти показників методики «Тест-опитувальник схильності до залежності від вживання психоактивних речовин» І.А.Фурманов

Запитання	Так	Ні	Запитання	Так	Ні
1	1	0	18	1	0
2	1	0	19	1	0
3	1	0	20	1	0
4	1	0	21	1	0
5	1	0	22	1	0
6	1	0	23	1	0
7	1	0	24	1	0

8	1	0	25	1	0
9	1	0	26	1	0
10	1	0	27	1	0
11	1	0	28	1	0
12	1	0	29	1	0
13	1	0	30	1	0
14	1	0			
15	1	0			
16	1	0			
17	1	0			

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів аналізу по таблиці діагностичних коефіцієнтів за наступними критеріями :

- ❖ до 13 балів – ризик залежної поведінки не виражений;
- ❖ від 14 до 16 балів – помірно виражений ризик залежної поведінки;
- ❖ від 17 балів і більше – виражені ознаки схильності до залежної поведінки

Г. Методика «Тест Фагестрема на визначення нікотинної залежності»

Діагностичні коефіцієнти показників «Тест Фагестрема на визначення нікотинної залежності»

Запитання	Бали
1a	3
1b	2
1c	1
2a	1
3a	1
4b	1
4c	2
4d	3
5a	1
6a	1

Інтерпретація методики здійснюється на основі отриманих результатів аналізу по таблиці діагностичних коефіцієнтів за наступними критеріями :

- ❖ від 0 до 3 балів - низький рівень залежності. При рішенні припинити куріння, основна увага повинна бути приділена психологічним факторам.
- ❖ 4-5 балів - середній рівень залежності. Бажано використовувати препарати для заміщення нікотину.
- ❖ 6-10 балів - високий рівень залежності. Різка відмова від куріння може викликати неприємні відчуття в організмі. Справитися з ними допоможуть препарати заміщення нікотину.