

структурные компоненты учебного заведения, но и приобщаются к творческой составляющей содержания профессии педагог. Профорентация на кафедре музыки педагогического факультета ВГУ имени П.М. Машерова проводится регулярно и систематически, проходят индивидуальные консультации по музыкальному инструменту, вокалу, теории музыки, ритмике и хореографии, принимается непосредственное участие в «Дне открытых дверей», готовятся концерты, снимаются видеоролики, задействуются средства массовой информации и интернет-ресурсы.

1. Государственная программа «Образование и молодежная политика» на 2016-2020 годы, утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28.03.2016 № 250.

2. Концепция развития профессиональной ориентации молодежи в Республике Беларусь, утвержденная Постановлением Министерства труда и защиты Республики Беларусь, Министерства экономики Республики Беларусь от 31.03.2014 № 15/27/23.

3. Программа непрерывного воспитания детей и учащейся молодежи на 2016-2020 годы утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 22.02.2016 № 9.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*Т.Е. Косаревская, М.Г. Ткач
Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова*

Проблема саморегуляции поведения человека в трудных жизненных ситуациях актуальна, что объясняется уровнем социальных требований, информационной насыщенностью и динамичностью жизни современного человека. Интерес для исследования представляют психологические ресурсы личности в контексте стрессовых ситуаций. Предметом исследования становится личность, находящаяся в состоянии кризиса психологических механизмов адаптации (в частности, лица с ограниченными физическими возможностями). Уровень социальной независимости человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности является показателем его интеграции в общество и во многом зависит от реабилитационного потенциала социальной среды и самой личности. Различают ряд основных аспектов реабилитации в ситуации болезни: медицинский, психологический, социальный и профессиональный. Многими авторами подчеркивается важная, а зачастую и фундаментальная, роль психологического аспекта реабилитации, так как именно психологические ресурсы личности определяют возможность преодоления соответствующих ограничений, возможность полноценного включения человека в различные сферы жизнедеятельности, в том числе и в образовательное пространство.

Ситуация болезни и последующая инвалидизация личности – это жизненная ситуация, которая вносит существенные изменения в привычный образ жизни, в восприятие и отношение больного к окружающим его событиям и самому себе. По причине заболевания человек теряет значимые для него социальные связи и роли. Поведение личности в условиях заболевания детерминировано множеством различного рода факторов, одним из которых являются индивидуальные психологические характеристики самого человека, а именно, его отношение к болезни. С позиций психологии отношение к болезни аккумулирует такие понятия, как внутренняя картина болезни, переживание болезни и непосредственно сама реакция личности на болезнь. Характеризуя уровневое строение внутренней картины болезни, В.В. Николаева отмечает, что «отношение личности к своей болезни занимает высший ее уровень – мотивационный» [1]. Отношение к болезни отражает уровень осознания личностью самой себя, своего заболевания, методов лечения, отношение к себе со стороны общества и ближайшего окружения. Реагирование на болезнь прямо или косвенно влияет на процесс минимизации влияния болезни на личность и создания необходимых условий для последующей адаптации.

Цель исследования – анализ типов отношения к болезни у людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы. В эмпирическом исследовании приняли участие 60 человек. Респонденты с нарушением опорно-двигательного аппарата составили две группы: лица с травмой позвоночника и лица с детским церебральным параличом (ДЦП). Возрастной диапазон выборки варьируется от 18 до 66 лет. Для определения типа отношения к болезни использовалась методика «ТОБОЛ» [2], методы статистической обработки данных (χ^2 – критерий Пирсона).

Результаты и их обсуждение. Используемая методика позволяет объединить диагностируемые типы отношения к болезни в три группы: гармоничную, тревожную и сенситивную.

Исходя из этого, проведенный анализ эмпирических данных привел к следующим результатам: в группе лиц с диагнозом ДЦП к гармоничной группе реакций на болезнь относится 71% респондентов, к тревожной – 13%, к сенситивной группе – 16% испытуемых. В группе лиц с травмой позвоночника процентное соотношение по группам распределилось следующим образом: к гармоничной группе относится 72% испытуемых, к тревожной группе реакций на болезнь относится 21%, к сенситивной – 7% респондентов.

В обеих группах выборки выявлен достаточно высокий процент респондентов, относящихся к гармоничной группе отношения к болезни. В нее входят такие типы отношения к болезни как гармоничный, эргопатический («уход» в различного рода деятельности) и анозогнозический (активное отбрасывание мыслей о заболевании и связанных с этим ограничений жизнедеятельности). В целом реакция на болезнь в гармоничной группе опирается на адекватную оценку состояния здоровья без склонности преувеличивать или значительно недооценивать тяжесть, с которой может протекать болезнь. Осуществляется смещение интересов на те сферы жизни, которые по-прежнему являются доступными для человека даже в ситуации ухудшения физического состояния.

Выявлены различия в распределении по тревожной и сенситивной группам типов отношения к болезни. Так, группа лиц с травмой позвоночника демонстрирует большую склонность к проявлению тревожной направленности реагирования на болезнь (21% респондентов), которая включает в себя тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы личностного реагирования на болезнь. Респонденты с данными типами отношения к болезни ориентированы на себя, на оценку собственных ощущений и изменившегося состояния здоровья.

В свою очередь, у людей с диагнозом детский церебральный паралич наблюдается сенситивная направленность реагирования на ситуацию болезни (16% респондентов). Сенситивная группа отношения к болезни включает в себя сенситивный тип, который является доминирующим в группе, эгоцентрический (выставление напоказ своих страданий), дисфорический (мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым в сочетании с вспышками гнева) и паранойяльный (уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла) типы. Тревожная и сенситивная группы типов отношения к болезни чаще всего сопровождаются ситуациями дезадаптивного поведения.

Мы также изучили взаимосвязь типов отношения к болезни с такими социальными характеристиками испытуемых как пол, возраст, образование, стаж инвалидности, семейное положение, трудоустройство, проживание. Были установлены статистически достоверные различия между группами по χ^2 – критерию Пирсона ($\chi^2=7,07$; $df=1$; $p<0,05$) по отношению к такой социальной характеристике как «образование».

В группе с гармоничным типом отношения к болезни 56% испытуемых имеют высшее образование, 44% – окончили общеобразовательную школу. В сенситивной группе частота представленности такова: 57% – испытуемые с высшим образованием, 43% – общеобразовательная школа. В тревожной группе 90% испытуемых с базовым образованием и лишь 10% испытуемых имеют высшее образование. По остальным социальным характеристикам испытуемых статистически значимых различий не обнаружено. Представленность проявлений данных характеристик в группах респондентов, отличающихся по типам отношения к болезни, примерно одинакова.

Отношение к болезни по гармоничному и сенситивному типу обеспечивает такой уровень мотивации жизнедеятельности, при котором личность в ситуации болезни осуществляет выбор в пользу активной жизненной позиции, что предполагает, в частности, и получение высшего образования.

Заключение. Отношение к болезни, как динамичный и ресурсный компонент личностного профиля людей с ограниченными физическими возможностями, влияет на формирование мотивационной направленности и, следовательно, уровень адаптивности и активности личности в ситуации врожденной или приобретенной болезни. Выбор стратегий поведения характеризует взаимодействие человека с жизненной ситуацией, ее освоение, переживание возможности реализации различных вариантов будущего, своей причастности к построению образа желаемого результата и своей способности желаемое реализовать.

1. Николаева, В. В. Психосоматика: телесность и культура / В.В. Николаева. – Москва: Академический проект, 2009. – 310 с.
2. Вассерман, Л.И., Иовлев, Б.В., Карпова, Э.Б. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева 2005. – С. 3–31.