

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДОВ

Введение. В нашем исследовании приняли участие 85 инвалидов трудоспособного возраста, состоящих на учете БГО ОО «Белорусское общество инвалидов», ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения (ТЦСОН) г. Барановичи», 60 родителей детей-инвалидов, 12 специалистов Барановичского центра медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями «Рефлекс».

В соответствии с целью и задачами исследования был использован психодиагностический инструментарий, включающий анкету «Социально-психологические проблемы инвалидов» (Д. А. Уваров), тесты «Диагностика копинг-механизмов (Э. Хейм) (компьютерный вариант), «Шкала субъективного благополучия» (ШСБ) [1], «Уровень социальной изолированности личности» (Д. Рассел и М. Фергюссон) [2, с. 24], «Уровень социальной фрустрированности» (Л. И. Вассерман) [2, с. 25], «Самооценка комплекса неполноценности» [2, с. 381], «Тип отношения к болезни», разработанный в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института имени В. М. Бехтерева [3].

Основная часть. На вопрос об отношении инвалидов к своей инвалидности ответы распределились следующим образом: инвалидность помогает получать пенсию и льготы, существовать (95,29%; $t = 41,49$; $P < 0,05$); респондентов; статус инвалида эмоционально угнетает (71,76%; $t = 14,70$; $P < 0,05$); безразличное отношение к инвалидности (7,06%; $t = 2,54$; $P < 0,05$).

Можно предположить, что позитивная оценка своего статуса инвалидом связана с тем, что пенсия и льготы действительно помогают людям поправить свое здоровье, стабилизировать свой социальный статус, существовать в критический период жизни. Однако инвалиды часто сводят сущность здоровья и здорового образа жизни к денежной составляющей.

Очень больные люди испытывают как физические страдания, так и психологический дискомфорт, вызванный профессиональной нереализованностью, зависимостью от лекарств, чувством обузы для семьи, невозможностью содержать себя, утратой перспектив и др. Статус инвалида действует на человека угнетающе, если состояние здоровья ухудшается и перспективы вести прежнюю нормальную жизнь сокращаются.

Безразлично относятся к своей инвалидности чаще те, кто работает, не отмечает негативных изменений в состоянии здоровья.

Выявлено, что у обследованных инвалидов ограничены следующие категории жизнедеятельности: способность к трудовой деятельности (84,71%; $t = 21,70$; $P < 0,05$); способность к самостоятельному передвижению (49,41%; $t = 9,11$; $P < 0,05$); способность к самообслуживанию (49,41%; $t = 9,11$; $P < 0,05$); способность к общению (11,76%; $t = 3,37$; $P < 0,05$).

Критерий трудоспособности остается ведущим при освидетельствовании на группу инвалидности. На втором месте по распространенности нарушений — способность к самостоятельному передвижению, а это значит, что инвалид испытывает трудности в самостоятельном передвижении, преодолении препятствий, или ему требуется больше времени на это, приходится дробить свой маршрут, выстраивать его так, чтобы избежать препятствий, пользоваться специальными средствами для облегчения передвижения (поручни, пандусы, лифт, скамейки и др.). Инвалидам I и II групп часто требуются вспомогательные средства для передвижения — трости, костыли, ходунки, инвалидные кресла-коляски и т. п. Существует и такая категория, как полностью неспособные к самостоятельному передвижению, т. е. зависимые от помощи других лица.

Также значительно высока доля лиц, испытывающих трудности в самообслуживании. Имеется в виду, что у них снижена или отсутствует способность справляться с основными физиологическими потребностями (прием пищи, личная гигиена, одевание и т. п.), выполнять повседневные бытовые задачи (покупка продуктов, промтоваров, приготовление пищи, уборка помещения и др.), пользоваться обычными жилищно-бытовыми предметами. Существуют специальные технические средства для обеспечения бытовой независимости (насадки держателей протеза руки, стойка для надевания верхней одежды, вспомогательные опоры, прикроватное ограждение и т. п.), а также технические средства для оснащения жилища (поручни, различные подставки и опоры, сиденья, скамейки, ступени и т. п.).

Жизнь инвалида с подобными ограничениями в передвижении и самообслуживании трудна не только физически, но и морально. Необходимость в посторонней помощи заставляет чувствовать себя зависимым, неполноценным. Процесс обучения пользованию различными техническими средствами почти всегда сопровождается раздражением, нервозностью, иногда отчаянием. К конфликтам приводят столкновения с посторонними людьми, которые не оказывают должного внимания человеку с ограниченными возможностями.

Очень серьезную проблему в жизни человека создает невозможность общения с окружающими привычным всем способом. Речь идет об инвалидах, имеющих речевые и/или слуховые нарушения. Снижение способности к общению выражается в снижении скорости, уменьшении объема усвоения, получения и передачи ин-

формации. Трудности такого рода сокращают круг общения, заставляют человека испытывать чувство невостреманности, покинутости, одиночества.

Положение инвалида в обществе, таким образом, отличается тем, что у него затруднены практически все виды социальной жизнедеятельности: получение образования, достойной работы, проведение досуга, семейная жизнь и многие другие. Всю совокупность этих социальных ограничений называют социальной изоляцией инвалида, которая особенно выражена у инвалидов с опорно-двигательными нарушениями.

Отсутствие семьи, главного института социализации и важнейшего источника психологического комфорта, делает человека очень уязвимым перед житейскими невзгодами. Отсутствие благоустроенного жилья почти у трети инвалидов создает трудности бытового характера, требует больших физических усилий (нарубить, принести дрова, воду из колодца и т. п.). Проживание с соседями в общежитиях, а также в больших семьях часто воспринимается инвалидами как ограничение их частной жизни, иногда они жалуются на притеснения, неуважительное отношение со стороны соседей и родственников. Большинство из них мечтают иметь отдельное благоустроенное жилье, но понимают, что в сложившихся экономических условиях это невозможно. Осознание безысходности своего существования психологически тяжело переживается ими.

Характеризуя выборку респондентов, следует отметить следующее: инвалиды, которые согласились участвовать в исследовании, продемонстрировали активную позицию и заинтересованность; те, кто отказался, были настроены негативно, отличались апатией, конфликтностью в общении, обиженностью на мир. Поэтому, анализируя результаты исследования, необходимо иметь в виду, что исследуемые — относительно адаптированная группа инвалидов.

Субъективная оценка инвалидами своих психологических особенностей следующая:

- значительное большинство инвалидов (85,88%; $t = 22,74$; $P < 0,05$) считают себя неприспособленными к складывающимся экономическим отношениям, им тяжело найти в себе силы и возможности быть конкурентоспособными в современном социуме;

- на улучшение ситуации в обществе надеются, в основном, молодые инвалиды, а взрослые и зрелые предпочитают жить не заглядывая в будущее. В ответ на вопрос, что они могут сами лично сделать для выхода из трудного материального положения, большинство исследуемых зрелого возраста продемонстрировали пассивную позицию: сокращение расходов. Об инфантильности молодых людей свидетельствует выбор утверждения, что им не приходилось попадать в трудные финансовые ситуации. Наверное, при любых покупках они получают деньги от родителей и считают это нормальной жизненной позицией;

- субъективно источниками тревоги и беспокойства в своей жизни инвалиды считают состояние здоровья (особенно взрослые), внутрисемейные взаимоотношения и жилищную проблемы, боязнь одиночества. Чтобы облегчить стрессовые состояния, возникающие при этом, они пользуются распространенным психологическим приемом — «изливают душу» близкому человеку (половина опрошенных). Остальные пользуются для снятия напряжения другими, помогающими лично им, способами. Так встретились такие ответы: хожу в храм, шью, вяжу, рисую, слушаю музыку, читаю, ем что-нибудь вкусное, принимаю таблетки, гуляю по улице, уединяюсь, переживаю в себе, играю в компьютерные игры, занимаюсь с детьми и др.;

- почти все опрошенные считают, что они нуждаются в психологической помощи. В то же время инвалиды плохо представляют, чем психологи могут им помочь. Спрос на услуги психолога отмечен у тех, у кого имеются серьезные проблемы, связанные с ухудшением здоровья, либо статус инвалида их угнетает;

- субъективно инвалиды отмечают у себя больше положительных психологических качеств, чем отрицательных, особо подчеркнув ответственность, оптимизм, гибкость, что сопряжено с высокими адаптивными качествами. В группу риска попадают те инвалиды, которые отметили у себя проблемы в общении, слабую силу воли, нерешительность, подверженность чужому влиянию (55,29%; $t = 10,25$; $P < 0,05$).

Результаты анкетирования и применения метода фокус-групп позволяют составить список наиболее распространенных социально-психологических проблем инвалидов: 1) социальные проблемы (неудовлетворенность социальной помощью государства инвалидам, материальным положением, жилищными условиями; трудности или невозможность профессионального трудоустройства, получения образования, в том числе по месту жительства) (96,47%; $t = 48,20$; $P < 0,05$); 2) проблемы, связанные с инвалидностью, основным заболеванием (ухудшение состояния здоровья, неудовлетворенность качеством медицинской помощи, наличие избыточного веса, вредных привычек) (68,24%; $t = 13,51$; $P < 0,05$); 3) индивидуально-психологические проблемы (пренебрежительное отношение со стороны окружающих; психологические проблемы, связанные с отсутствием спутника жизни, детей, взаимопонимания в семье, с любимым человеком, с невостреманностью общением; нарушения эмоциональной сферы, пессимистический взгляд на будущее в отношении собственной жизни, боязнь одиночества, слабая сила воли для достижения поставленной цели, нерешительность, конфликтность в отношениях и др.) (49,41%; $t = 9,11$; $P < 0,05$).

По результатам теста Э. Хейма выявлено, что более половины инвалидов (61,18%; $t = 11,57$; $P < 0,05$) используют конструктивные эмоциональные (оптимизм, эмоциональное состояние с активным возмущением и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной ситуации) и когнитивные копинг-стратегии (проблемный анализ, сохранение самообладания, формы поведения, направленные на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля, более глубокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ресурсы в преодолении трудных ситуаций). Но поведенческие копинг-стратегии у них разные, причем ярких

предпочтений не наблюдается (наряду с адаптивными вариантами — сотрудничество, поиск поддержки в ближайшем социальном окружении, альтруизм — самостоятельное предложение поддержки близким в преодолении трудностей, отмечены и неадаптивные стратегии — активное избегание общения, пассивность, уединение, изоляция, стремление уйти от решения проблем, активных интерперсональных контактов).

Инвалиды, у которых все три стратегии являются конструктивными, составляют 10,59% исследуемых ($t = 3,17; P < 0,05$). Они умеют решать свои проблемы самостоятельно. Всего 28,24% ($t = 5,78; P < 0,05$) инвалидов при решении жизненных трудностей в той или иной мере используют неконструктивные когнитивные (смирение, растерянность, игнорирование, пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей) и эмоциональные (подавление эмоций, покорность, самообвинение, агрессивность, варианты поведения, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием безнадежности, покорности и недопущения других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других) стратегии преодоления, что представляет большой риск для эффективности их попыток справиться с травмирующей ситуацией. Они попадают в группу испытуемых с трудностями в адаптации. Выбор либо предпочтение той или иной копинг-стратегии преодоления трудностей зависит от многих факторов (образования, трудоустройства, нозологической формы, обуславливающей инвалидность, пола, социальной поддержки и др.).

Согласно шкале субъективного благополучия можно выделить три группы инвалидов:

– первая группа, которая характеризуется субъективным благополучием, отличается следующими психологическими особенностями: полный или умеренный эмоциональный комфорт, отрицание испытуемым серьезных психологических проблем, уверенность в себе и своих способностях, позитивная самооценка, активность, оптимизм, успешное взаимодействие с окружающими, общительность, адекватное управление своим поведением, эффективные действия в условиях стресса. Такие люди не склонны высказывать жалобы на различные недомогания, не склонны к тревогам (12,94%; $t = 3,55; P < 0,05$);

– вторая группа, включающая инвалидов со средним уровнем субъективного благополучия, характеризуется умеренным субъективным благополучием испытуемых: серьезные проблемы у них отсутствуют, но и о полном эмоциональном комфорте говорить нельзя (49,41%; $t = 9,11; P < 0,05$);

– третья группа — субъективно неблагополучные — отличаются значительно выраженным эмоциональным дискомфортом, склонны к депрессии и тревогам, пессимистичны, замкнуты, зависимы, плохо переносят стрессовые ситуации. У лиц с такими оценками возможно наличие комплекса неполноценности; они, скорее всего, не удовлетворены собой и своим положением, лишены доверия к окружающим и надежды на будущее, испытывают трудности в контроле своих эмоций, неуравновешенны, негибки, постоянно беспокоятся по поводу реальных и воображаемых неприятностей (37,65%; $t = 7,16; P < 0,05$).

Более всего инвалиды обеспокоены и напряжены из-за необходимости просить других о помощи; другой источник их беспокойства — собственное здоровье; также они отметили у себя чувство беспокойства по неизвестным причинам, чрезмерные реакции на незначительные препятствия и неудачи, что свидетельствует об эмоциональной неустойчивости. Уровень субъективного благополучия также зависит по данным литературы от многих факторов: пола, возраста, образования, нозологии и др.

По данным методики «Экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности», 54,12% ($t = 10,01; P < 0,05$) исследуемых относятся к группе инвалидов с низким уровнем изолированности; 17,65% ($t = 4,27; P < 0,05$) — со средним уровнем и 28,24% ($t = 5,78; P < 0,05$) — с высоким. В большинстве своем инвалиды не испытывают чувство социальной изолированности: они не считают себя одинокими, активны в коммуникациях, имеют достаточный круг общения. Социальная изоляция как ситуация и чувство одиночества определяет формирование многих других социально-психологических проблем — депрессивный фон настроения, фрустрацию, личностные деформации, комплекс неполноценности, трудности в профессиональной самореализации и т. п.

Результаты экспресс-диагностики уровня социальной фрустрированности личности выявили, что 28,24% ($t = 5,78; P < 0,05$) инвалидов испытывают социальную фрустрированность, остальные исследуемые имеют низкий уровень социальной фрустрированности. Более всего инвалиды недовольны своим материальным положением, обстановкой в обществе, сферами медицинского, бытового обслуживания. Большинство инвалидов постепенно приспособились переносить фрустрацию без особого усилия в течение длительного времени, ослаблять напряжение посредством прямых и косвенных средств. Например, некоторые, осознав, что никогда не будут жить «богато» или «обеспеченно», сменили жизненные приоритеты, сосредоточившись на помощи родным и близким (воспитание детей и внуков, уход за престарелыми родителями), на общественной работе (помощь другим инвалидам, взаимоподдержка), на творчестве или саморазвитии. Фрустрационная толерантность может объясняться индивидуальными особенностями и личностными качествами, а это свидетельствует о достаточном интеллектуальном уровне, высокой самооценке, эмоциональном опыте, развитой мотивации обследованных инвалидов.

По данным методики «Диагностика комплекса неполноценности» группа испытуемых с наличием комплекса неполноценности составили 37,65% ($t = 7,16; P < 0,05$), остальные характеризуются достаточно высокой самооценкой, наличием «комплексов» как у всякого практически здорового человека. Однако они недостаточно уверены в себе, в своих силах, низко оценивают свои волевые качества, а также свои способности, так как требования, которые перед ними поставила жизнь, часто превышают их возможности. Комплексу неполноценности

более подвержены инвалиды I группы. У инвалидов присутствует защитная реакция личности на мнение окружающих, которое, как инвалиды сами отмечают, иногда бывает недоброжелательным. Наличие этой защитной реакции позволяет предположить, что инвалиды очень ранимы, обидчивы, сверхчувствительны, очень зависимы от отношения и оценок окружающих.

Результаты исследования типа отношения к болезни позволяют разделить испытуемых на относительно адаптированных, имеющих гармоничный, эргопатический, анозогнозический тип реагирования (49,41%; $t = 9,11$; $P < 0,05$), и с трудностями в адаптации, имеющих типы реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический, либо интерпсихической направленностью: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический (50,59%; $t = 9,33$; $P < 0,05$). Тип реагирования с интрапсихической направленностью выражается в реакциях по типу раздражительной слабости, характерно подавленное, угнетенное состояние, «уход» в болезнь, отказ от борьбы — «капитуляция» перед заболеванием и т. п. Инвалиды с типом реагирования на болезнь с интерпсихической направленностью также характеризуются дезадаптивным поведением, ведущим к нарушению их социального функционирования: они или стесняются своего заболевания, или «используют» его в своих целях, строят концепции паранойяльного характера относительно своего здоровья, проявляют агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

Заключение. Ситуация инвалидности, как показало проведенное исследование, характеризуется целым рядом серьезных психологических проблем. Относительно адаптированные инвалиды и инвалиды с трудностями адаптации обладают специфическими личностными особенностями, которые «провоцируют» возникновение соответствующих социально-психологических проблем, используют индивидуально приемлемые стратегии совладания, и все это необходимо учитывать при осуществлении комплексного подхода к формированию индивидуальной программы реабилитации инвалида.

Список цитируемых источников

1. Соколова, М. В. Шкала субъективного контроля / М. В. Соколова. — Ярославль : Психодиагностика, 1996. — 15 с.
2. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. — 490 с.
3. Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и нервно-психических расстройствах : метод. рекомендации / сост. Л. И. Вассерман. — СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1991. — 26 с.

УДК 195.9

Д. А. Уваров

Учреждение образования «Барановичский государственный университет», Барановичи

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ

Введение. Индивидуальная программа реабилитации инвалида — документ, определяющий комплекс реабилитационных мероприятий, конкретные виды и сроки проведения реабилитации инвалида, а также ответственных за ее проведение исполнителей [1]. Индивидуальная программа реабилитации инвалида состоит из трех разделов: программа медицинской реабилитации; программа профессиональной и трудовой реабилитации; программа социальной реабилитации.

Социальная реабилитация инвалидов — комплекс мер, направленных на улучшение качества жизни инвалидов посредством создания им условий для независимого проживания и интеграции в общество. Социальная реабилитация инвалидов включает в себя: социальную адаптацию инвалидов; обеспечение инвалидов техническими средствами социальной реабилитации; социальное обслуживание инвалидов на дому, в том числе оказание им повседневной помощи; развитие творчества, физической культуры и спорта среди инвалидов; иные виды социальной реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

Основная часть. В целом социальная адаптация инвалидов способствует в определенной мере и психологической поддержке инвалидов, но направлена, в целом, на обучение основным социальным навыкам личной гигиены, самообслуживания, передвижения, общения в целях достижения наиболее полного удовлетворения потребностей инвалидов и создания оптимальных условий для их интеграции в общество, а также адаптации внешней среды к потребностям инвалидов. Социальная адаптация инвалидов включает в себя: формирование жизненной среды обитания инвалидов, обеспечивающей беспрепятственный доступ к объектам социальной инфраструктуры, средствам транспорта, связи и информации; воспитание у инвалидов самостоятельности; обучение инвалидов передвижению, навыкам персонального ухода и приемам самообслуживания, пользованию