

Учреждение образования
«Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина»

ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ
СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Сборник материалов
Республиканской научно-практической конференции

Брест, 4 ноября 2021 года

Брест
БрГУ имени А. С. Пушкина
2022

ISBN 978-985-22-0164-3

© УО «Брестский государственный
университет имени А. С. Пушкина», 2022

УДК 364.4-053.2+371
ББК 74.71+74.6+88.8

Редакционная коллегия:

В. В. Ильяшева (отв. ред.), кандидат педагогических наук
И. Е. Валитова, кандидат психологических наук, доцент
Е. И. Медведская, кандидат психологических наук, доцент

Рецензенты:

доцент кафедры профессионального развития работников образования
УО «Брестский областной институт развития образования»,
кандидат педагогических наук, доцент **М. П. Михальчук**
заведующий кафедрой психологии УО «Брестский государственный университет
имени А. С. Пушкина», кандидат психологических наук, доцент **Н. В. Былинская**

Традиции и инновации в социальной работе: состояние, проблемы, перспективы : сб. материалов Респ. науч.-практ. конф., Брест, 4 нояб. 2021 г. / Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина ; редкол.: В. В. Ильяшева (отв. ред.) [и др.]. – Брест : БрГУ, 2022. – 84 с.
ISBN 978-985-22-0164-3.

Материалы сборника посвящены актуальным проблемам психолого-педагогической поддержки и медико-социального сопровождения личности в онтогенезе, современным технологиям социально-педагогической и психологической работы с различными категориями семей, здоровому образу жизни как условию личностного и общественного развития.

Издание адресует студентам, магистрантам и преподавателям высших учебных заведений, специалистам по социальной работе, специалистам социально-педагогических и психологических служб учреждений образования.

УДК 364.4-053.2+371
ББК 74.71+74.6+88.8

© УО «Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина», 2022

ющая все процессы и координирующая все звенья осознанного саморегулирования психической активности.

Список использованной литературы

1. Ульянова, А. Ю. Проблема формирования учебной деятельности через развитие ее компонентов / А. Ю. Ульянова // Науч. тр. Респ. ин-та высш. шк. Ист. и псих.-пед. науки : сб. науч. ст. : в 4 ч. / РИВШ. – Минск, 2021. – Вып. 21– Ч. 4. – С. 387–393.
2. Осницкий, А. К. Роль осознанной саморегуляции в учебной деятельности подростков / А. К. Осницкий // Вопр. психологии. – 2007. – № 3. – С. 42–51.
3. Абульханова-Славская, К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Мысль, 1991. – 299 с.
4. Галузо, П. Р. Осознанная саморегуляция учебной деятельности студентов : монография / П. Р. Галузо. – Гродно : ГрГУ, 2015. – 138 с.
5. Галузо, П. Р. Осознанная саморегуляция личности как субъекта учебной деятельности / П. Р. Галузо // Вест. Гродн. ун-та. – 2012. – № 1. – С. 141–150.

Н. Н. ЧАЙЧИЦ

Брест, БрГУ имени А. С. Пушкина

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее серьезной проблемой здравоохранения многих стран мира, а смертность от данной группы заболеваний занимает одно из первых мест. По данным Министерства здравоохранения, в Беларуси более 30 % взрослых людей страдают от сердечно-сосудистой патологии. Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2021–2025 гг.» предусмотрен комплекс профилактических, организационно-методических, образовательных, научных, лечебно-диагностических мероприятий, направленных на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. Большое значение имеет социально-психологическая поддержка пациентов с учетом выявленных индивидуально-психологических особенностей больных и их отношения к своему заболеванию.

Важнейшим с психологической точки зрения явлением, с которым сталкиваются специалисты в своей деятельности, является внутренняя картина болезни пациента. Согласно Р. А. Лурия, внутренняя картина болез-

ни – это все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах. Внутренняя картина болезни включает в себя также оценку механизмов возникновения болезненных ощущений и проявлений, оценку степени тяжести и значения для будущего, что в совокупности составляет определенный тип реагирования на болезнь [1].

Понятие «отношение к болезни» основывается на понимании личности как системы отношений и состоит из трех компонентов: поведенческого, эмоционального и когнитивного. Н. Я. Иванов и А. Е. Личко, анализируя данное понятие, отмечают, что оно включает в себя все необходимые категории внутренней картины болезни: знание о болезни, ее осознание личностью, понимание влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью [2].

К психологическим факторам, которые влияют на формирование отношения к болезни у пациентов, относят индивидуально-психологические особенности личности пациента, такие как тип темперамента, характер, а также уровень интеллекта и особенности мотивационной сферы (иерархия потребностей, шкала ценностей, уровень притязаний, самооценка, жизненные установки, общая направленность личности) [3].

Эмпирическое исследование проводилось на базе государственного учреждения здравоохранения «Брестская городская поликлиника № 3». Выборку исследования составили 60 пациентов с сердечно-сосудистой патологией, из них 30 мужчин и 30 женщин. Средний возраст пациентов – 60 лет, средняя продолжительность заболевания – 9,5 лет. Цель исследования: выявить тип отношения к болезни у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Для достижения поставленной цели использовалась методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни), разработанная сотрудниками Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева.

В основу методики положена типология отношения к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым, ее использование позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный; определить значимые ситуации, опосредованно связанные с заболеванием.

Проведенное исследование показало, что у трети пациентов с сердечно-сосудистой патологией был выявлен гармоничный тип отношения к болезни (33 %). Данный тип отношения к болезни характеризуется адекватным отношением к оценке своего состояния, стремлением не перекладывать

свои проблемы на близких, переключением интересов на области жизнедеятельности, доступные для пациентов в их состоянии. Анозогнозический тип отношения к болезни был выявлен у каждого пятого респондента (20 %). Пациенты с данным типом отношения к болезни склонны отбрасывать мысли о тяжести своего заболевания, вплоть до отрицания, могут отказываться от лечения. Эргопатический тип отношения к болезни был выявлен у 13,5 % респондентов. Для данных пациентов характерно избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу, они характеризуются стремлением во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве. Выявленные типы реагирования на болезнь, такие как гармоничный, эргопатический и анозогнозический, относятся к блоку, объединяющему адекватные типы реагирования на болезнь. Большинство респондентов данного блока адекватно оценивают свое состояние, психическая и социальная адаптация у них не нарушена. Наиболее благоприятным типом реагирования на заболевание является гармоничный тип.

Однако, у 8,5 % респондентов был выявлен тревожный тип отношения к болезни. Данные пациенты проявляют постоянное беспокойство и мнительность в отношении исхода болезни, стремятся к частой смене врача, для них объективные данные о болезни являются более важными, чем субъективные ощущения, такие пациенты испытывают чувство тревоги, настроение у них подавленное или зачастую угнетенное. 10 % респондентов демонстрируют ипохондрический тип отношения к болезни, они чрезмерно сосредоточены на субъективных ощущениях, связанных с болезнью, преувеличивают свои страдания, не верят в успех лечения. По 6,5 % респондентов демонстрируют преобладание неврастенического и меланхолического типов отношения к болезни. Неврастенический тип отношения к болезни характеризуется вспышками раздражительности, неумением и нежеланием пациентов терпеть болевые ощущения. Пациенты с меланхолическим типом не верят в выздоровление, сомневаются в успехе лечения, настроены пессимистически. Данные типы отношения к болезни имеют характер интрапсихической направленности личностного реагирования на болезнь, их можно отнести к неадекватному типу реагирования на болезнь с нарушениями социальной адаптации.

У незначительной части испытуемых (1,5 %) выявлен сенситивный тип отношения к болезни, самый неблагоприятный из типов реагирования, с интерпсихической направленностью личностного реагирования. Апатический, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы реагирования на болезнь не выявлены.

Рассматривая результаты исследования ведущего типа реагирования на болезнь у пациентов-мужчин и пациентов-женщин, можно выделить некоторые различия в преобладании типов отношения к болезни у респондентов двух групп. Гармонический тип отношения к болезни был выявлен у каждого пятого пациента-мужчины (26,5 %) и у почти половины пациентов-женщин (40 %). В группе женщин данный тип отношения к болезни является доминирующим. Анозогностический тип преобладает у 26,5 % пациентов-мужчин и у 13,5 % пациентов-женщин. Эргопатический тип отношения к болезни выявлен у 13,5 % респондентов двух групп. 13,5 % пациентов-мужчин демонстрируют преобладание неврастенического типа отношения к болезни и по 6,5 % пациентов двух групп – меланхолического типа, 3,5 % пациентов-женщин отнесены к сенситивному типу реагирования на заболевание. Каждая пятая женщина-пациент отнесена к ипохондрическому типу (20 %), 3,5 % пациентов-женщин – к тревожному типу.

Рассматривая результаты сравнения показателей преобладающего типа отношения к болезни у пациентов-мужчин и пациентов-женщин, можно сделать следующие выводы. Женщины в большей степени, чем мужчины, склонны адекватно оценивать свое состояние, они стремятся облегчить близким тяготы ухода за собой. Пациенты-мужчины чаще, чем женщины, недооценивают серьезность своего заболевания, с другой стороны, осознавая определенную степень своей беспомощности, они с трудом могут сосредоточиться на заботе о близких людях, больше сконцентрированы на своем состоянии. Мужчины активнее отбрасывают мысли о болезни, стремятся активно выполнять свои трудовые обязанности, либо считают свою болезнь «несерьезной», часто отрицают влияние болезни на социальные сферы их жизни.

Далее представлены результаты изучения типов отношения к болезни у пациентов с сердечно-сосудистой патологией по характеру адекватности реагирования на болезнь. Соотношение показателей адаптации и дезадаптации у мужчин в условиях болезни следующее: 66,5 % всех пациентов-мужчин можно отнести к первому блоку отношения к болезни, который характеризуется стремлением преодолеть заболевание, «неприятием» роли больного, сохранение целостной структуры личности и способностью к полноценному функционированию. В группе пациентов-женщин 60 % относятся к данному блоку.

При оказании социально-психологической поддержки пациентам особое внимание необходимо обращать на пациентов с выявленными тревожным, ипохондрическим и меланхолическим типами отношения к болезни, так как для данных пациентов характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, которая может стать фактором нарушения адаптации пациентов. Положительным фактом является

отсутствие у респондентов эгоцентрического, эйфорического и паранойяльного типов отношения к болезни, которые сопровождаются нарушениями социальной и психологической адаптации больных.

Таким образом, изучение отношения к болезни пациентов с сердечно-сосудистой патологией помогает понять своеобразие психологических состояний пациентов, определить направления социально-психологической поддержки пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Выявление и диагностика индивидуально-психологических особенностей пациентов позволяют выделить группы пациентов, в наибольшей степени нуждающихся в социально-психологической поддержке в силу испытываемого ими эмоционального неблагополучия, а также разработать рекомендации по снижению интенсивности психических реакций пациентов на свое заболевание.

Список использованной литературы

1. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А. Р. Лурия. – М. : Медицина, 1977. – 112 с.
2. Личко, А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Л. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1980. – № 8. – С. 1195–1198.
3. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.

В. А. ЯМАЕВА

Брест, БрГУ имени А. С. Пушкина

ПРОЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся снижением настроения и утратой способности переживать радость, нарушениями мышления, двигательной заторможенностью. Депрессия представляет собой разновидность аффективных расстройств, или расстройств настроения [1]. В отличие от плохого настроения депрессия – это болезнь всего организма. Она приводит к чувству грусти, безнадежности, к неспособности испытывать радостные переживания, снижению энергии и воли.

От обычных эмоций грусти или огорчения депрессия отличается тем, что она более интенсивна, длится дольше и мешает адаптации к жизненным обстоятельствам. Человек в состоянии депрессии пассивен, находится в плохом настроении и упрекает себя за это, не может выполнять повседневные обязанности, сосредоточиться, не в состоянии получать удоволь-

СОДЕРЖАНИЕ

Бай Е. А. Понимание счастья пожилыми женщинами с инвалидностью	3
Богданович А. И. Межведомственное сотрудничество в системе раннего вмешательства.....	6
Валитова И. Е. Современные подходы к оказанию ранней помощи детям с отклонениями в развитии	9
Глинка В. С. Внеучебная деятельность как фактор социализации студентов: из опыта работы факультета дошкольного воспитания БГПИ имени А. С. Пушкина в 1980-е гг.....	15
Гутковская М. А. Работа с семьей в условиях социально-педагогического центра.....	19
Ермолич С. Я. Семейно ориентированный подход в работе с семьями, воспитывающими детей	21
Ильяшева В. В. Матричный метод как инструмент оценки социальных проектов.....	25
Казаручик Г. Н. Организация игровой деятельности детей дошкольного возраста в условиях инклюзивного образования.....	28
Киричик Е. С. Комплексная поддержка семьи в процессе реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями.....	33
Леонюк Н. А. Особенности развития эмоционального интеллекта у детей старшего дошкольного возраста в процессе музыкальной деятельности	36
Мелешко И. В. Взаимодействие учреждения образования с семьей как основа эффективности социально-педагогической профилактики социального сиротства.....	40
Мишура Д. В., Журлова И. В. Социально-педагогическое проектирование как способ гармонизации отношений в группе.....	43
Мозерова М. Н. Методические аспекты подготовки ученического актива в учреждениях среднего образования.....	48
Селивоник Н. В. Социальное сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с утратой здоровья	53
Сида Е. Н. Социально-педагогическая поддержка детей, находящихся в социально опасном положении.....	57
Синюк Д. Э. Психологические проблемы современных подростков.....	60
Смаль В. М., Мартысюк А. Д. Этычная гитарка як сродак развіцця сацыяльных якасцей асобы дзіцяці дашкольнага ўзросту	64
Соколова Т. В. Профилактика девиантного поведения учащихся старшего школьного возраста средствами волонтерской деятельности.....	67

Ульянова А. Ю. Понимание жизненного смысла учебной деятельности как предикатор осознанной регуляции учебной деятельности студента	70
Чайчиц Н. Н. Отношение к болезни у пациентов с сердечно-сосудистой патологией	74
Ямаева В. А. Проявление признаков депрессии у лиц юношеского возраста.....	78

Репозиторий БРГУ