

**ИВАНОВ ОЛЕГ ИВАНОВИЧ**

*магистр психологии,  
goldbazyl@list.ru*

**OLEG IVANOV**

*Master of Psychology*

**КУЛЬКОВА ЕВГЕНИЯ ЯКОВЛЕВНА**

*кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики и психологии девиантного поведения  
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы,  
genny1944@mail.ru*

**YEVGENIYA KULKOVA**

*Cand.Sc. (Pedagogy), Associate Professor, Department of Pedagogy and Psychology of Deviant  
Behaviour, St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*

УДК 159.9

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПО ЗРЕНИЮ**

**WAYS OF IMPROVING PSYCHOLOGICAL AND MEDICO-SOCIAL  
REHABILITATION OF PERSONS WITH VISUAL DISABILITIES**

*АННОТАЦИЯ. В статье представлены результаты исследования психологических особенностей слепых и слабовидящих людей, участвовавших в программе Центра медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению Санкт-Петербурга. В частности, основное внимание авторами уделено анализу тревожности и мотивов аффилиации (на выборке реабилитантов трех возрастных групп). Полученные данные свидетельствуют об эффективности использования инновационных технологий, методов и форм реабилитации слепых и слабовидящих.*

*ABSTRACT. This article presents the results of three-year empirical research on psychological health features in blind and visually impaired persons undergoing rehabilitation at the «St. Petersburg City Center for Medico-Social Rehabilitation of Persons with Visual Disability». The choice of research methods is justified. The results of the study of such features as anxiety and motives of affiliation in selected rehabilitants from three age groups show the effectiveness of the use of innovative technologies, methods and forms of rehabilitation in the system of rehabilitation of emotional state and the level of anxiety in blind and visually impaired persons.*

*КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реабилитация инвалидов, инновационные технологии, эмоциональное состояние реабилитантов, уровень тревожности слепых и слабовидящих людей, социологический статус слепых и слабовидящих, страх быть отверженным, стремление быть принятым окружающими, самореализация слепых и слабовидящих людей.*

*KEYWORDS: rehabilitation of disabled, innovative technologies, emotional state of rehabilitants, level of anxiety of blind and visually impaired persons, sociological status of blind and visually impaired persons, fear of rejection, desire to be accepted by others, self-realization of blind and visually impaired persons.*

Гуманизация общества предполагает создание условий для свободного развития всех социальных групп, в том числе и инвалидов по зрению. Слепые и слабовидящие люди составляют в разных городах Российской Федерации значительный процент населения и нуждаются в комплексе психолого-медико-социальных услуг, предусмотренных Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ (ред. от 21 июля 2014 года) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской

Федерации», законом об инвалидах № 442 и другими нормативными актами.

Качественное обслуживание лиц с проблемами зрения требует новых институциональных форм, учитывающих потребности в психолого-социальной реабилитации слепых и слабовидящих.

В Санкт-Петербурге в 1999 году был открыт Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению. Это государственное учреждение за время своего существования оказало помощь

значительному количеству инвалидов, имеющих ограничения по зрению.

Деятельность специалистов Центра медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению Санкт-Петербурга (далее — ЦМСРИЗ) постоянно совершенствовалась, развивались инновационные направления как в области содержания психолого-медико-социальной реабилитации, так и в использовании компьютерных технологий, а также технологий, связанных с комплексным сопровождением слепых и слабовидящих людей в процессе психолого-социальной реабилитации.

Профессиональная деятельность специалистов центра опирается на современные методологические подходы: индивидуально-личностный, социокультурный, информационный. Индивидуально-личностный подход вызвал необходимость углубленного изучения психологических особенностей лиц, проходящих реабилитацию в Центре. Профессиональные знания этих особенностей могут послужить основой для специалистов в составлении программ, способствующих медико-социальной реабилитации слепых и слабовидящих.

Современное общество характеризуется тенденцией к поиску оптимальных путей социальной интеграции инвалидов по зрению, обеспечению их равных прав и равных возможностей в обществе, в доступе к жизненно важным объектам и информации. Внимание И. П. Волковой, В. З. Кантора, А. Г. Литвак, Л. И. Плаксиной, Л. И. Солнцевой и других направлено в первую очередь на объяснение причин отчуждения незрячего человека в обществе зрячих людей, чаще всего речь идет о трудностях общения, особенно в смешанных коллективах [2; 4].

Согласно данным исследований, эти люди составляют в среднем до 40% контингента специальных образовательных учреждений.

Реабилитация в ЦМСРИЗ Санкт-Петербурга дифференцируется по психологическим, физиологическим, возрастным и гендерным особенностям.

Ежегодно ЦМСРИЗ выпускает по четыре группы в одном потоке, всего 16 групп численностью около 100 человек (четыре раза в год, по 75 суток, по 28–30 человек). Это инвалиды I–III групп по зрению в возрасте от 18 до 84 лет. Реабилитанты за два с половиной месяца комплексного реабилитационного и адаптационного обучения заметно прогрессируют в психологическом, психолого-социальном и индивидуальном развитии и характеризуются оптимально стабильно-уравновешенным психоэмоциональным состоянием в социуме.

Слушателей делят на четыре группы:

1. Молодежная группа (16–35 лет).
2. Женская (от 50 лет).
3. Мужская (от 35 лет).
4. Смешанная группа (мужчины и женщины 40–60 лет).

В Центре реабилитация осуществляется высококвалифицированными специалистами по десяти направлениям:

1. Адаптивно-физкультурная гимнастика.
2. Обучение системе Брайля.
3. Домоводство и приготовление пищи.
4. Основы персонального компьютера.

5. Пространственное ориентирование.
6. Тифлотехнические средства.
7. Танцевально-двигательная гимнастика.
8. Всероссийское общество слепых (введение).
9. GPS-навигация, т. е. обучение инвалидов работе со средствами связи и навигации.
10. Психокоррекция.

Осуществляется обучение работе на всех видах оборудования, ориентированного на облегчение жизни инвалида (по Индивидуальной программе реабилитации инвалида<sup>1</sup>). Сотрудники центра используют программы развития, разработанные учеными и членами педагогических коллективов специализированных школ и школы-интерната № 1 имени К. К. Грога.

Вследствие зрительной депривации у слабовидящих и слепых людей развиваются фрустрационная тревожность, повышенная возбудимость, мнительность. Высокий уровень тревожности у слепых и слабовидящих наблюдается в любом возрасте [3; 6].

Итак, наше исследование проходило в ЦМСРИЗ Санкт-Петербурга. В нем приняли участие 39 реабилитантов Центра — 17 женщин и 22 мужчины. Все они жители города на Неве, поэтому лечение и реабилитацию проходят бесплатно. Из них трое проходят повторную реабилитацию.

Нами была выдвинута гипотеза исследования: мы предположили, что использование инновационной авторской программы поддержки здоровья слепых и слабовидящих, разработанной с учетом анализа их психологических особенностей и состояния здоровья, будет способствовать улучшению их эмоционального самочувствия и прежде всего снижению уровня тревожности.

По возрасту выделилось три группы испытуемых: 1) молодые люди (до 35 лет), 15 человек, что составляет 38,5%; 2) реабилитанты среднего возраста (от 36 до 59 лет), 13 человек, что составляет 33,5%; 3) пожилые люди (60–75 лет), 11 человек, что составляет 28%;

И у мужчин, и у женщин имеются индивидуальные причины нарушения зрения.

*Первая группа* (молодые люди от 19 до 35 лет).

1. Пол респондентов: десять мужчин и пять женщин.
2. Были выявлены проблемы со зрением:
  - у шести человек с рождения;
  - у трех — с раннего детства;
  - у одного — с дошкольного возраста;
  - у одного — со школьного возраста;
  - у четырех — во взрослом возрасте.
3. Степень нарушения зрения:
  - тотальное нарушение у пяти человек;
  - слабовидящих — девять человек;
  - одно лицо с остаточным зрением.

<sup>1</sup> Индивидуальная программа реабилитации инвалида — это совокупность мероприятий, разработанных Бюро медико-социальной экспертизы, действие которых направлено на восстановление здоровья гражданина и обеспечение его всеми средствами реабилитации для того чтобы инвалид мог вести разносторонний образ жизни.

4. Характер проживания: проживают с родителями десять человек; самостоятельно — двое; с подругой — один человек; с другом — две респондентки.

5. Сопутствующие заболевания: инвалиды по зрению — 12 человек, с нарушением опорно-двигательной системы — один человек, с заболеванием общего профиля — два человека.

*Вторая группа* — респонденты среднего возраста (от 36 до 59 лет).

1. Пол респондентов: семь мужчин и шесть женщин.

2. Были выявлены проблемы со зрением:

- у шести человек с рождения;
- у двух человек с 18 и 20 лет;
- у одного — со школьного возраста;
- у троих — во взрослом возрасте;
- у одного с 20 лет, после травмы.

3. Степень нарушения зрения:

- тотальное нарушение у четырех человек;
- слабовидящих — шесть человек;
- три человека с остаточным зрением.

4. Характер проживания: с родителями проживают пять человек; трое одиноких, проживающих самостоятельно; с супругой (ом) живут трое; с родственниками проживают два человека.

5. Сопутствующие заболевания: инвалиды по зрению — десять человек, с нарушением опорно-двигательной системы — один человек, два человека с заболеванием общего профиля.

*Третья группа* — пожилые люди (от 60 до 75 лет).

1. Пол респондентов: пять мужчин и шесть женщин.

2. Были выявлены проблемы со зрением:

- у четырех человек с рождения;
- у двух человек с раннего детства;
- у трех человек со школьного возраста;
- у двух человек с 20 лет, после травмы.

3. Степень нарушения зрения:

- тотальное нарушение у троих;
- слабовидящих — шесть человек;
- два человека с остаточным зрением.

4. Характер проживания: проживают с родителями три человека; одинокие — четыре человека; с супругой — три человека; с родственниками — один.

5. Сопутствующие заболевания: инвалиды по зрению — восемь человек, с нарушением опорно-двигательной системы — один человек, с заболеванием общего профиля — два человека.

Далее проводилась диагностика эмоционального состояния реабилитантов Центра с помощью методики САН. Полученные результаты приведены в табл. 1.

Как видим, в группе испытуемых 19–35 лет преобладает тревожность и некоторая степень раздражения (семь человек — 47%), т. е. в большинстве случаев (настроение оценивалось каждый день в течение месяца) респонденты испытывали досаду, раздражительность, причем указывались такие причины, как непонимание родителей (четыре человека, 27%), напряженные отношения со сверстниками (два человека, 13,5%), ссоры с близкими людьми, с супругом (два человека, 13,5%). Чувство радости присутствовало у шести человек — 40%. Чувство напряжения испытывали четыре человека (27%).

В группе испытуемых 36–59 лет были получены следующие данные: хорошее настроение у себя отметили три человека (23%); спокойствие — три человека (23%); чувство гнева, раздражительность — три человека (23%), напряжение, неудовлетворенность — четыре человека (30%).

Что до группы пожилых людей (60–75 лет), то общий эмоциональный фон здесь не очень благоприятный. Респонденты чаще находятся в напряжении, особенно это касается взаимоотношений с окружающими.

По общему числу испытуемых можно увидеть, что благоприятный эмоциональный фон присутствует у 14 человек (из 39), что составляет 36%, средний уровень — у 16 человек, это 41%, низкий уровень — у девяти человек, т. е. у 23%.

Первые симптомы кризисных явлений у слабовидящих наблюдаются в 30–40 лет. Так, на фоне нормального самочувствия (50–60 баллов — средний уровень) и некоторого повышения активности (65–76 баллов — высокий уровень) происходит снижение настроения (60–65 баллов — средний уровень).

Пик снижения активности в пожилом возрасте обусловлен изменениями, происходящими в социологическом статусе слабовидящего пенсионера [5]. Её показатели находятся в границах низкого уровня (38–45 баллов). Параметры настроения располагаются в диапазоне 45–52 баллов, что соответствует границе низкого и среднего уровня.

Снижение показателей по методике САН на данном возрастном этапе предопределяет появление астено-депрессивной лабильности, значительно ограничивающей компенсаторные возможности пожилых людей с патологией зрения. На фоне плохого самочувствия (40–50 баллов) отмечается незначительный рост активности, связанной с необходимостью личностного самоопределения.

На следующем этапе нами проведена диагностика двух мотивов личности — стремления

Табл. 1

Уровни эмоционального состояния слабовидящих испытуемых

Оценка уровня эмоционального состояния	Группы испытуемых					
	19–35 лет 15 чел.		36–59 лет 13 чел.		60–75 лет 11 чел.	
Благоприятный эмоциональный фон (высокий уровень)	6	40%	5	38%	3	27%
Средний уровень	7	47%	6	46%	3	27%
Низкий уровень	2	13%	2	16%	5	46%
Итого:	15	100%	13	100%	11	100%

Результаты выявления мотивов аффилиации

№ п/п	Стремление к принятию окружающими		Страх быть отвергнутым другими	
	Баллы	Уровень	Баллы	Уровень
1, 2, 6, 7, 15	33–44	Высокий	33–42	Высокий
3, 4, 10, 11, 12, 14	15–30	Средний	15–32	Средний
5, 8, 9, 12, 13, 15	5–14	Низкий	5–14	Низкий

к принятию окружающими людьми и страха быть отвергнутым другими, которая проводилась с помощью методики «Диагностика мотивации аффилиации» А. Мехрабиана.

Полученные результаты тестирования по методике «Диагностика мотивации аффилиации» А. Мехрабиана приведены в табл. 2.

Под аффилиацией в рамках психологической науки понимается потребность человека в установлении и сохранении добрых отношений с людьми [1].

При анализе выраженности сочетаний основных мотивов, выделенных автором методики, необходимо отметить, что среди 25% слабовидящих наблюдается выраженность стремления к принятию окружающими. Слабовидящим очень важна поддержка их окружения. Это обуславливает выраженность у них такого мотива аффилиации, как стремление к принятию группой. При этом у 25% испытуемых данный мотив сочетается с высоким уровнем выраженности мотива «страх отвержения».

Иными словами, для такого человека характерен сильный внутренний конфликт между стремлением к людям и их избеганием. Страх быть отвергнутым группой препятствует удовлетворению потребности в принятии, в общении с другими людьми. Результаты исследования представлены на рис. 1.

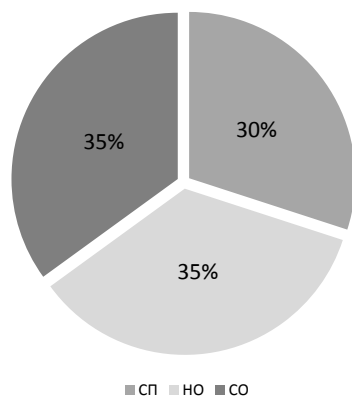


Рис. 1. Процентные соотношения результатов с различными уровнями выраженности СП, НО и СО реабилитантов:

СП — стремления к принятию окружающими людьми;  
НО — нейтральное отношение к людям; СО — страх быть отвергнутым

Как видим, у 35% реабилитантов наблюдается нейтральное отношение к людям. Они равнодушны, не испытывают никаких эмоций при общении, у них нет особого стремления к принятию окружающими людьми, нет и явно выраженного страха быть отвергнутым. Общение с другими

социальными группами характеризуется робостью, эмоциональной сдержанностью, осторожностью, социальной пассивностью.

Еще у 44% испытуемых низкая выраженность стремления к принятию окружающими сочетается с высоким уровнем выраженности страха быть отвергнутым другими людьми, что может свидетельствовать о наличии у них внутреннего дискомфорта, напряженности.

У 25% выявлено оптимальное сочетание высокого уровня стремления к принятию окружающими людьми и низкого уровня страха быть отвергнутым.

Далее с помощью Шкалы тревожности Дж. Тейлора измерялся уровень тревожности реабилитантов.

Были выявлены различия по гендерному признаку (рис. 2, 3).

По результатам исследования у 50% женщин высокий уровень тревожности (ВУТ).

Средний уровень тревожности (СУТ) встречается у 22% женщин, что говорит о проявлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях.

Можно увидеть, что среди женщин, принявших участие в исследовании, низкий уровень тревожности (НУТ) отмечен у 28% опрошенных.

Это является нарушением эмоциональной сферы личности и свидетельствует о недостаточной приспособляемости незрячего человека к тем или иным социально-психологическим ситуациям. Такой уровень тревожности может дезорганизовать любую деятельность, что, в свою очередь, приводит к заниженной самооценке, неуверенности в себе. Подобное состояние может выступать в качестве одного из механизмов развития невроза, поскольку способствует усугублению личностных противоречий слабовидящих.

У 12% женщин — средний уровень с тенденцией к высокой тревожности, что говорит о склонности переживать тревогу, т.е. некомфортное эмоциональное состояние возникает в ситуациях неопределенной опасности и проявляется в ожидании неблагоприятного развития событий.

Анализируя результаты исследования уровня тревожности у слепых мужчин, отметим, что среди испытуемых, вошедших в эту группу исследования, не встречаются мужчины с высокой и очень высокой тревожностью.

Средний уровень тревожности с тенденцией к низкому уровню характерен для людей с устойчивой психикой, уверенных в себе, и это отмечено у 15% испытуемых.

Но у 75% выявлен средний уровень тревожности с тенденцией к высокому.

При сопоставлении результатов определения уровня тревожности у женщин и мужчин можно

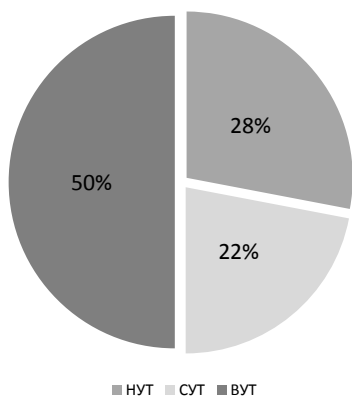


Рис. 2. Результаты исследования уровня тревожности у слабовидящих женщин

выделить общее и различия. Общее заключается в том, что чаще всего характерен средний уровень с тенденцией к высокой тревожности. Среди результатов мужчин не встречаются очень высокий и очень низкий уровень тревожности (т.е. крайние варианты).

Если рассматривать различия, то можно заметить, что женщины имеют высокий уровень и средний с тенденцией к высокой тревожности. У мужчин наблюдается средний уровень тревожности с тенденцией к низкому или высокому уровню тревожности.

Далее нами проводилась работа, включающая в себя апробацию проекта авторской программы, направленной на коррекцию эмоционально-волевой сферы. Занятия были как парными, групповыми, так и индивидуальными. Использовались игры на развитие и понимание мимики, пантомимики; ролевые гимнастики, упражнения на развитие чувства общности, выразительности движений, раскованности, групповой сплоченности, воображения, эмпатии, коммуникативных способностей, а также игры на развитие внимания, наблюдательности, сосредоточенности, способности определять эмоции по интонации голоса и зрительные гимнастики.

Занятия проходили насыщенно, реабилитанты отметили, что им понравилось и они многое запомнят. Больше всего им было интересно, когда приводились конкретные примеры и отрабатывались определенные навыки и умения.

После апробации проекта нашей программы была проведена повторная диагностика с помощью методики измерения уровня тревожности по Шкале Дж. Тейлора. В данном исследовании приняли участие все испытуемые контрольного этапа эксперимента — 39 слепых и слабовидящих людей. Им зачитывались вопросы, на которые они должны были ответить.

**Результаты уровней тревожности до и после апробации авторской программы.** Респондентов с очень высоким уровнем тревожности было всего шесть человек, 15%, из них двое мужчин (33 и 43 года) и четыре женщины (29, 53, 64, 66 лет).

Высокий уровень тревожности имели 16 человек, что составляет 41%, это десять мужчин (19, 23, 32, 35, 37, 47, 60, 62, двое 65 лет) и шесть женщин (19, 40, 48, 56, 64, 74 года).

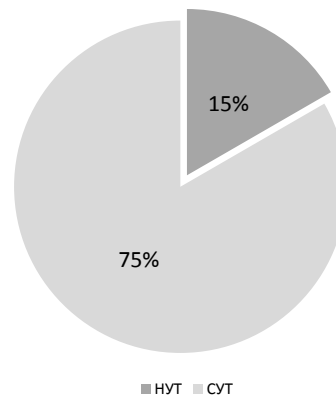


Рис. 3. Результаты исследования уровня тревожности у мужчин

Средний уровень тревожности наблюдался у 11 человек, 28%, шесть мужчин (21, 25, 27, 49, 52, 65 лет) и пять женщин (20, 28, 41, 49, 75 лет).

Низкий уровень тревожности был отмечен у шести человек, что составляет 15%, из них четверо мужчин (28, 30, 39 лет и 51 год) и две женщины (21 год и 60 лет).

Из табл. 3 видим, что после внедрения программы и проведения занятий при повторном тестировании были получены следующие данные:

- с очень высоким уровнем — три человека, что составляет 7,6%;
- с высоким уровнем — девять человек, 23%;
- со средним уровнем тревожности — 20 человек, 51%;
- с низким уровнем тревожности — восемь человек, 20%.

Таким образом, количество реабилитантов с очень высоким уровнем снизилось на три человека, с высоким — на семь человек, они перешли в группу со средним уровнем, двое перешли со среднего уровня на низкий.

Для подтверждения полученных результатов был проведен количественный анализ данных экспериментального исследования с помощью методов математической статистики — статистического пакета *STATISTICA (ver. 8.0)*.

Проводился расчет описательных статистик (средних значений, стандартных отклонений) как по выборке в целом, так и в отдельных подгруппах (мужчины, женщины, слепые и слабовидящие люди молодого, среднего и пожилого возраста) до и после внедрения авторской программы поддержки здоровья слепых и слабовидящих. Проверка на соответствие распределений показателей нормальному закону осуществлялась с помощью критерия хи-квадрат. Результаты представлены в табл. 4.

Поскольку полученные в исследовании данные оказались согласованы с гипотезой нормальности, то для анализа межгрупповых различий был выбран *t*-критерий Стьюдента. При сравнении мужчин и женщин, а также лиц разных возрастных групп использовался *t*-критерий Стьюдента для независимых выборок, а при сравнении результатов диагностики реабилитантов до и после внедрения авторской программы — критерий Стьюдента для

Табл. 3

Индивидуальные результаты уровней тревожности реабилитантов до и после апробации проекта авторской программы

№ реаб.	Кол-во баллов		№ реаб.	Кол-во баллов		№ реаб.	Кол-во баллов		№ реаб.	Кол-во баллов	
	до	после		до	после		до	после		до	после
1 М	26	17	11 М	47	26	21 С	28	25	31 П	26	25
2 М	29	13	12 М	5	4	22 С	26	21	32 П	49	31
3 М	18	11	13 М	35	26	23 С	15	14	33 П	29	24
4 М	4	4	14 М	50	43	24 С	21	17	34 П	30	27
5 М	13	10	15 М	33	28	25 С	4	5	35 П	18	11
6 М	25	14	16 С	29	22	26 С	13	9	36 П	36	31
7 М	16	13	17 С	3	5	27 С	42	33	37 П	46	42
8 М	10	4	18 С	25	18	28 С	27	24	38 П	37	28
9 М	4	4	19 С	18	11	29 П	28	23	39 П	14	10
10 М	12	3	20 С	48	45	30 П	5	4		0	

Табл. 4

Сравнительный анализ тревожности реабилитантов на первом этапе исследования

Показатели	Среднее значение	Станд. отклон.	p-уровень
Пол			
Мужской	22,50	13,58	0,38596
Женский	26,41	14,10	
Возраст			
Молодой и средний	22,36	13,78	0,18455
Пожилый	28,91	13,17	

зависимых выборок. Взаимосвязи между числовыми показателями оценивались посредством корреляционного анализа, вычислялись коэффициенты линейной корреляции Пирсона.

Опишем сначала результаты статистического анализа данных, полученных на первом (констатирующем) этапе исследования, т.е. до внедрения авторской программы поддержки здоровья слепых и слабовидящих людей.

Среднее значение показателя тревожности, измерявшегося с помощью Шкалы Дж. Тейлора, по всей выборке составило 24,21 балла, эта величина соответствует верхней границе нормы (25 баллов).

Принимая во внимание довольно высокое значение стандартного отклонения в группе (13,77), делаем вывод, что у значительного числа слепых и слабовидящих, принявших участие в исследовании, диагностирован высокий уровень тревожности.

Коэффициент корреляции между такими показателями, как возраст реабилитантов и уровень тревожности, составил 0,24. Это статистически незначимое различие, следовательно, прямой взаимосвязи между возрастом реабилитантов и их уровнем тревожности выявлено не было.

Анализ средних значений в различных возрастных группах показал, что слепым и слабовидящим пожилого возраста свойствен несколько более высокий уровень тревожности, чем испытуемым молодого или среднего возраста. Среднее значение

тревожности в группе пожилых слепых и слабовидящих людей составило 28,9, в то время как в группе реабилитантов молодого и среднего возраста среднее значение этого показателя равно 22,4.

Однако использование *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок показало, что эти различия не являются статистически достоверными, уровень значимости критерия составил 0,18.

Таким образом, статистически достоверных взаимосвязей между тревожностью слепых и слабовидящих людей и их возрастом выявлено не было, люди с высоким или очень высоким уровнем тревожности встречаются в каждой из возрастных групп.

Кроме того, был проведен сравнительный анализ тревожности у слепых и слабовидящих по гендерному признаку. У мужчин среднее значение показателя тревожности на первом этапе исследования составило 22,5, у женщин — 26,4.

Однако и в этом случае использование *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок не показало статистически достоверных межгрупповых различий. Уровень значимости критерия *p* составил 0,386. Следовательно, делаем вывод, что взаимосвязи между полом и уровнем тревожности не выявлено. Высокая тревожность встречается как среди слепых и слабовидящих женщин, так и среди мужчин.

Результаты анализа динамики показателя тревожности на заключительном (контрольном) этапе

Анализ динамики тревожности реабилитантов после внедрения авторской программы исследования

Группа	До программы		После программы		p-уровень
	среднее значение	станд. отклон.	среднее значение	станд. отклон.	
Все	24,21	13,77	18,59	11,58	0,00000001
Пол					
Мужской	22,50	13,58	18,41	12,11	0,0000130
Женский	26,41	14,10	18,82	11,20	0,0000607
Возраст					
Молодой	21,80	14,85	14,67	11,57	0,0003167
Средний	23,00	13,01	19,15	11,30	0,0010599
Пожилой	28,91	13,17	23,27	10,99	0,0026749

исследования, т. е. после внедрения авторской программы поддержки здоровья слепых и слабовидящих людей, представлены в табл. 5.

Анализ средних значений как по всей выборке в целом, так и в отдельных подгруппах позволяет предположить существенное снижение тревожности реабилитантов после их участия в авторской программе. Так, если среднее значение показателя тревожности по всей выборке на первом этапе исследования составляло 24,21 балла (что соответствовало верхней границе нормы и приближалось к высокому уровню), то на заключительном этапе оно снизилось до 18,59 (средний уровень).

Аналогичные результаты наблюдаются и в группах мужчин и женщин, а также в группах реабилитантов разного возраста. У мужчин среднее значение показателя тревожности снизилось с 22,5 до 18,41, у женщин — с 26,41 до 18,82.

У слепых и слабовидящих молодых людей среднее значение этого показателя уменьшилось с 21,8 до 14,67, у слепых и слабовидящих среднего возраста — с 23 до 19,15, у пожилых средняя тревожность снизилась с 28,91 до 23,27.

Использование *t*-критерия Стьюдента для зависимых выборок подтверждает наш

предварительный вывод о снижении тревожности реабилитантов в результате их участия в авторской программе. Как по всей выборке, так и в каждой из выделенных подгрупп уровень значимости *p* критерия Стьюдента  $< 0,01$ , что говорит о статистически достоверных изменениях.

Описанные выше изменения показаны на рис. 4.

Таким образом, можно сделать вывод, что инновационная авторская программа поддержки здоровья слепых и слабовидящих людей способствует снижению их уровня тревожности.

Подведем итоги проведенного эмпирического исследования.

Основными проблемами слабовидящих людей являются: отсутствие необходимой психологической помощи в реабилитации, преодолении затруднений в личностном саморазвитии, повышении возможностей деятельности; недостаточный уровень обучения и развития умений и навыков в доступных видах трудовой деятельности; нехватка консультаций по вопросам трудоустройства и расширению общения.

Исходя из ответов респондентов, были сделаны следующие выводы.

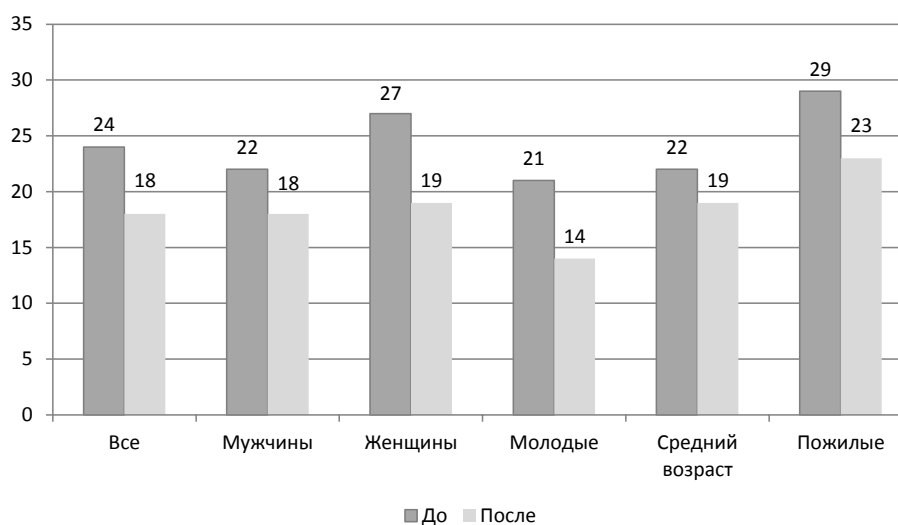


Рис. 4. Изменения уровней тревожности реабилитантов после внедрения авторской программы

У преобладающего числа слабовидящих людей (59%), принимавших участие в исследовании, наблюдается выраженность стремления к принятию окружающими. Однако при этом у четвертой части респондентов данный мотив сочетается с высоким уровнем выраженности «страха отвержения». Иными словами, для человека с проблемами зрения характерен сильный внутренний конфликт между стремлением к людям и их избеганием. Страх быть отвергнутым группой препятствует удовлетворению потребности в принятии и общении.

После окончания занятий со специалистами медико-социального центра по предложенной нами программе у ее участников произошло снижение уровня тревожности и беспокойства.

Наряду с этим реабилитанты приобрели навыки коммуникативного общения с лицами нормального физического состояния здоровья, они преодолели некоторые виды страхов:

- общения (появилась открытость в общении);
- самостоятельного передвижения в открытом и закрытом пространстве;
- поведения в общественном транспорте и на улице;
- трудностей в социально-бытовой сфере (в автономном ведении хозяйства и самообслуживании).

По приведенным выше статистическим данным лидировала в течение года группа № 2 — молодежь, а также группа № 3 — лица, проживающие с супругом или супругой (в связи с повышенной мотивацией укрепить семейные отношения либо нежеланием потерять своего спутника жизни). В группе № 4, состоявшей из одиноких людей, получило развитие стремление к самостоятельному образу жизни и обретению семейного счастья (т.е. навыки самореализации).

У реабилитантов произошли изменения психолого-поведенческого характера, стало более открытым общение с сотрудниками государственных и коммерческих учреждений (администрации, муниципалитеты, магазины, больницы, аптеки и т.д.).

Благодаря приобретенным навыкам общения с компьютерной техникой и техническими устройствами (навигаторами и мобильными телефонами) был преодолен еще один важнейший психологический барьер — несвободное общение с окружающим миром.

Респонденты, проанализировав индивидуальные особенности физиологического состояния здоровья, смогли разнообразить формы общения в социальных сетях, сообществах и группах по интересам, а также общение с себе подобными инвалидами на сайтах знакомств, занятости инвалидов и трудоустройства.

Приобретены также навыки владения специальными тифлотехническими средствами жизнедеятельности с голосовым сопровождением (электронные тонометры, термометры,

тифлофлеш-плееры, говорящие книги и часы, глюкометры и т.д.).

Все это позитивно повлияло на эмоциональное состояние людей, дало ощущение самостоятельности, автономности, способствовало их психологической устойчивости, уравновешенности.

Преобладающее число участвовавших в исследовании реабилитантов ЦМСРИЗ отметили, что наиболее значимыми были занятия по пространственному ориентированию (закрытое и открытое пространство), позволившие интегрироваться в социум, психологической коррекции (исчезло чувство ущемленности и ненужности у лиц обоего пола), домоводству и приготовлению пищи.

После танцевально-двигательной терапии наблюдалось снижение уровня тревожности и страхов в межличностном общении и поведении, что свидетельствует о позитивном изменении в деформации (выпадении) в связи со специфическими особенностями развития лиц с нарушением зрения.

Благодаря адаптивно-физкультурной гимнастике у респондентов молодежной группы стало заметно улучшение общего психофизиологического состояния здоровья.

На занятиях по домоводству и приготовлению пищи реабилитанты научились автономному бытовому самообслуживанию (готовить, предварительно подготавливать продукты для всех видов основных блюд — овощи, рыба, мясо), точному и эстетичному взвешиванию жидких и сыпучих продуктов, приобрели навыки вязания, шитья, штопки, глажки, вышивки. Эти функции социально-бытового обслуживания выполняются реабилитантами без помощи посторонних лиц.

На курсах «GPS-навигация», «Тифлотехнические средства» и «Основы ПК» люди с проблемами зрения освоили и научились пользоваться навигаторами, некоторыми моделями мобильных телефонов, компьютерами, ноутбуками и планшетами, также благодаря специализированным программам «ДЖАВС» и «Мобилспик» получили возможность расширить кругозор (при помощи Интернета) и т.д.

Совершенно очевидно, что использование инновационных технологий, методов и форм реабилитации эффективно в коррекции эмоционального состояния и уровня тревожности слепых и слабовидящих.

В заключение нужно подчеркнуть, что большое значение придается деятельности Центра для слабовидящих людей и психологическому комплексному сопровождению слепых и слабовидящих, поскольку успешное преодоление трудностей психолого-социальной адаптации данной категории людей, налаживание полноценных межличностных отношений во многом определяет интеграцию слепых и слабовидящих людей в общество.

1. Волкова И. П., Писаренко Е. Н. Значение информационно-коммуникативных технологий в жизнедеятельности инвалидов по зрению // Инвалиды и лица пожилого возраста в современной социально-образовательной ситуации: теории, опыт, перспективы / науч. ред. С. С. Лебедева, С. М. Безух. СПб.: СПбГИПСР, 2015. С. 34–38.



2. Кантор В. З. Инвалиды по зрению пожилого возраста: стиль жизни как предмет реабилитационно-педагогического изучения // *Инвалиды и лица пожилого возраста в современной социально-образовательной ситуации: теории, опыт, перспективы* / науч. ред. С. С. Лебедева, С. М. Безух. СПб.: СПбГИПСР, 2015. С. 10–21.
3. Кулакова Н. А. Технологии реабилитационного процесса поздноослепших как способ оптимизации образа жизни и интеграции в социум // *Совершенствование общего и профессионального образования инвалидов в процессе реабилитации* / науч. ред. С. С. Лебедева. СПб.: Павел ВОГ, 2014. С. 106–110.
4. Лебедева С. С. Перспективы развития непрерывного образования инвалидов как социальной группы // *Совершенствование общего и профессионального образования инвалидов в процессе реабилитации* / науч. ред. С. С. Лебедева. СПб.: Павел ВОГ, 2014. С. 5–9.
5. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. СПб.: Каро, 2006. 328 с.
6. Марков А. А. О совершенствовании профессионального развития специалистов реабилитационных центров применительно к инвалидам по зрению и слуху // *Развитие профессиональной компетентности специалистов в области реабилитации и образования инвалидов: материалы научно-практ. конф.* / науч. ред. С. С. Лебедева. СПб.: СПбГИПСР; СПб ПРЦ, 2012. С. 52–56.

#### References

1. Volkova I. P., Pisarenko Ye. N. Znachenije informatsionno-kommunikativnykh tekhnologiy v zhiznedeyatel'nosti invalidov po zreniyu [The value of information and communication technology in the life of visually impaired persons]. In: *Invalidy i litsa pozhilogo vozrasta v sovremennoy sotsialno-obrazovatel'noy situatsii: teorii, opyt, perspektivy* [Disabled and elderly in modern social and educational situation: theories, experience, prospects]. Lebedeva S. S., Bezukh S. M. (eds.). St. Petersburg: St. Petersburg State Institute Psychology and Social Work Publ., 2015, pp. 34–38 (in Russian).
2. Kantor V. Z. Invalidy po zreniyu pozhilogo vozrasta: stil zhizni kak predmet reabilitatsionno-pedagogicheskogo izucheniya [Visually impaired persons of senior age: lifestyle as a subject of rehabilitation and pedagogical study]. In: *Invalidy i litsa pozhilogo vozrasta v sovremennoy sotsialno-obrazovatel'noy situatsii: teorii, opyt, perspektivy* [Disabled and elderly in modern social and educational situation: theories, experience, prospects]. Lebedeva S. S., Bezukh S. M. (eds.). St. Petersburg: St. Petersburg State Institute Psychology and Social Work Publ., 2015, pp. 10–21 (in Russian).
3. Kulakova N. A. Tekhnologii reabilitatsionnogo protsesssa pozдноoslepshikh kak sposob optimizatsii obraza zhizni i integratsii v sotsium [Technologies of rehabilitation of late blind persons as a method to optimize the way of life and integration into society]. In: *Sovershenstvovaniye obshchego professional'nogo obrazovaniya invalidov v protsesse ikh reabilitatsii* [Improving the general vocational training of persons with disabilities in the process of their rehabilitation]. St. Petersburg: SRP «Pavel» VOG Publ., 2014, pp. 106–110 (in Russian).
4. Lebedeva S. S. Perspektivy razvitiya nepreryvnogo obrazovaniya invalidov kak sotsialnoy gruppy [Prospects for the development of continuing education of persons with disabilities as a social group]. In: *Sovershenstvovaniye obshchego professional'nogo obrazovaniya invalidov v protsesse ikh reabilitatsii* [Improving the general vocational training of persons with disabilities in the process of their rehabilitation]. St. Petersburg: SRP «Pavel» VOG Publ., 2014, pp. 5–9 (in Russian).
5. Litvak A. G. *Psikhologiya slepykh i slabovidyashchikh: uchebnoye posobiye* [Psychology of blind and visually impaired persons: study guide]. St. Petersburg: Karo Publ., 2006. 336 p. (In Russian).
6. Markov A. A. O sovershenstvovanii professional'nogo razvitiya spetsialistov reabilitatsionnykh tse ntrov primenitel'no k invalidam po zreniyu i slukhu [On improving the professional development of rehabilitation centers specialists with respect to persons with visual and hearing impairments]. In: *Razvitiye professional'noy kompetentnosti spetsialistov v oblasti reabilitatsii i obrazovaniya invalidov: materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Development of professional competence of specialists in the field of rehabilitation and education of persons with disabilities: proc. of the scientific and practical conference]. Lebedev S. S. (ed.). St. Petersburg: St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work Publ.; St. Petersburg Professional Rehabilitation Center Publ., 2012, pp. 55–56 (in Russian).