**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** Стрімкі трансформаційні зміни в сучасному суспільстві підвищують вимоги до соціальної мобільності особистості, її успішної соціальної адаптації. Особливої уваги потребують соціальні групи, які мають труднощі в процесі соціальної адаптації, пов’язані з наявністю фізичних або психічних дефектів. У цю категорію входять особи, що мають зорові дефекти (обмеження по зору, різні форми очних захворювань). Враховуючи те, що більшість з них – працездатні дорослі люди, питання їх ефективної соціальної адаптації та інтеграції в соціум особливо гостро встають перед соціальною психологією.

Прослушать

Дослідження за цією проблематикою здебільшого були пов’язані з медико-соціальними аспектами. Сенсорну організацію слабозорих, компенсаторну функцію організму та роль цих чинників в процесі соціальної адаптації вивчали П. К. Анохін, В. М. Бехтєрев, Л. С. Виготський, М. І. Земцова, А. А. Крогіус та ін. Вплив психофізіологічних особливостей (тривожності, серцевої діяльності, вегетативної регуляції) на адаптованість у соціумі осіб з вадами зору розкри­вали С. Б. Даніяров, І. Г. Краснов, В. В. Соложенкін. Серед низки психолого-педагогічних досліджень слід відзначити роботи, у яких показано, що розвиток психіки при наявності зорового дефекту залежить від індивідуально-типоло­гічних особливостей людини (В. П. Гудоніс, В. Ф. Матвєєв, В. С. Мерлін, А. І. Суславічюс). Є. А. Клопота розкриває особливості формування Я-образу у осіб з вадами зору. На актуальність проблеми врахування соціально-психо­логічних особливостей у діяльності осіб з порушеннями зору вказували сучасні тифлопсихологи та тифлопедагоги (Г. А. Буткіна, В. З. Кантор, І. С. Моргуліс, І. М. Некрасова, Г. В. Нікуліна, Л. І. Солнцева та ін.). М. П. Дризго, Л. Л. Лук’янов, С. А. Хрустальов досліджували особистісні особливості хворих, які осліпли в зрілі роки. Вивченню проблем адаптації інвалідів з вадами зору до умов навчання у вищих навчальних закладах присвячені праці Т. М. Гребенюк, Є. П. Синьової та ін. На значущість психосоціальних чинників в процесі адаптації та інтеграції в соціум осіб з глибокими порушеннями зору вказували І.П. Волкова, Л.І. Плаксіна та ін. Разом із цим питання соціальної адаптації дорослих з ослабленим зором, яким інвалідність не показана, ще не знайшли достатнього висвітлення.

Отже, незважаючи на низку існуючих наукових досліджень з означеної проблеми, специфіка процесу соціальної та психофізіологічної адаптації пацієнтів з патологією зору не виступала предметом цілісного дослідження. Поза увагою дослідників залишилося визначення критеріїв, за якими можна було б оцінити рівень деформації особистості з порушеннями зору, та розробити ефективну програму її реабілітації. Актуальність обраної проблеми зумовила вибір теми дослідження.

**Об’єкт дослідження** – фізична та соціальна реабілітація особистості.

**Предмет дослідження** – фізична та соціальна реабілітація осіб з порушеннями зору.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості фізичної та соціальної реабілітації осіб з порушеннями зору.

Відповідно до поставленої мети дослідження було визначено такі **завдання дослідження:**

1. Провести теоретико-методологічний аналіз підходів до вивчення проблеми фізичної та соціальної реабілітації особистості та визначити стан її розробки.

2. З’ясувати особливості впливу функціонування складових особистісного потенціалу осіб з порушеннями зору на процес їх соціальної адаптації та визначити критерії їх адаптованості.

3. Визначити основні складові професійної адаптації осіб з порушеннями зору та виокремити діагностичні показники її зниження.

4. Розробити програму фізичної та соціальної реабілітації осіб з порушеннями зору та перевірити її ефективність.

**Методи дослідження:**спостереження; бесіда; анкетування; психодіаг­ностичні методи, які використовувалися для дослідження соціально-психологічних особливостей адаптації дорослих з вадами зору: методика діагностики соціально-психологічної адатованості (К. Роджерса, Р. Даймонда) в адаптації О. К. Осницького; багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А. Г. Маклакова, С. В. Чермяніна); опитувальник «Оцінка професійної дезадаптації» О. М. Родіної (в адаптації М. О. Дмитрієвої); методика «Адаптивні стратегії поведінки» (АСП) Н. М. Мельникової; анкета «Особливості сприйняття соціальної ситуаціїпри патологіях зору» (О. В. Шевченко).

**Теоретичне значення** полягає: у застосуванні методології системного підходу для розгляду процесу фізичної та соціальної реабілітації осіб з порушеннями зору; виокремленні критеріїв функціонування показників складових особистісного потенціалу як чинника адаптації слабозорих; визначенні критеріїв зниження показників професійної адаптації пацієнтів з вадами зору, які визначають її рівні у осіб з різним ступенем соціальної адаптації (соціально адаптованих, частково адаптованих, з низьким ступенем соціальної адаптації).

**Практичне значення** отриманих результатів полягає: у можливості використання методичного інструментарію вивчення особливостей фізичної та соціальної реабілітації осіб з порушеннями зору; диференціації технологій, спрямованих на адаптацію слабозорих, з урахуванням специфіки їх особистісного адаптивного потенціалу, рівня адаптивних здібностей та професійної дезадаптації; у розробці та апробації програми фізичної та соціальної реабілітації осіб з порушеннями зору.

**Розділ 1**

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ**

**1.1.Сучасні погляди на проблеми осіб з порушеннями зору**

Протягом багатьох десятиліть ставлення до людей з фізичними та розумовими недоліками було сумною історією нерозуміння, відкидання, підозри, страху перед зближенням, ізоляції. Стародавній світ і християнство бачили вирішення проблеми сліпоти в містичних силах духу. За дотепним зауваженням А. Петцельда, переоцінка сліпоти в теорії створила на практиці Гомера, Тіресія, Едіпа як живе свідчення безмежності розвитку сліпої людини. Стародавній світ створив ідею і реальний тип великого сліпого.

Середні століття, навпаки, ідею недооцінки сліпоти втілили у практику піклування про них. Давнина шанувала сліпих, середньовіччя їх підгодовувало. У стародавні століття сліпота визнавалася силою, в середні віки - слабкістю.

Початок наукового підходу до проблеми сліпоти ознаменувався на практиці спробою створити планомірне виховання усіх незрячих. Ця епоха намагалася вперше з'єднати обидві ідеї про сліпоту - звідси необхідність надходить від слабкості, а можливість - від сили виховання сліпих. Але тоді не зуміли поєднати їх діалектично і представляли зв'язок сили та слабкості чисто механічно

К. Бюрклен намічає два основних типи сліпих: один прагне, по можливості, зменшити й звести нанівець усе, що відокремлює сліпого від зрячого; другий, навпаки, підкреслює розбіжність і вимагає визнання особливої форми особистості, яка відповідає переживанням сліпця. Сліпота, як органічна неповноцінність, дає поштовх для процесів компенсації. Про те, що будь-який дефект, фізичний або психічний, призводить до автоматичного включення біологічних компенсаторних функцій організму писали І. М. Сєченов, І. П. Павлов, В. М. Бехтерєв, М. М. Ланге, О. Ф. Лазурський, Л. С. Виготський, П. К. Анохін, М. І. Земцова та інші [8; 12; 38; 44; 73 та ін.]. Від величини дефекту залежить ступінь складності механізмів компенсаторних явищ, які визначають успішність соціальної адаптації. Чим краще компенсований зоровий дефект, тим легше буде проходити процес адаптації особистості в суспільстві та її соціалізації. У І. П. Павлова компенсація –фізіологічна міра організму у відповідь на яке-небудь порушення його функцій. П. К. Анохін вважає, що компенсація є приватним і особливим випадком рефлекторної діяльності ЦНС, тому, підкоряючись загальним принципам, які запропонував І. П. Павлов, має свою специфіку.

А. Адлер створив теорію надкомпенсації, суть якої зводиться до того, що наявність дефекту не тільки гальмує, а й стимулює розвиток психіки, тому що в дефекті з'єднуються як негативні, так і позитивні властивості. Дефект стає головною рушійною силою психічного розвитку особистості. Якщо боротьба закінчується для організму перемогою, то він не тільки справляється з створеними дефектом утрудненнями, але і піднімається сам у своєму розвитку на вищий щабель, створюючи з недостатності обдарованість, з дефекту - здібності, зі слабкості - силу, з малоцінності - надцінність. «Було б наївно думати, що будь-яка хвороба неодмінно закінчується благополучно, що кожен дефект щасливо перетворюється на талант. Всяка боротьба має два результати. Другий результат - невдача надкомпенсації, повна перемога почуття слабкості, асоціальність поведінки, створення захисних позицій зі своєї слабкості, перетворення її на зброю, фіктивна мета існування, по суті божевілля, неможливість нормального психічного життя особистості - втеча у хворобу, невроз. В. Штерн прийняв вчення про компенсацію і пояснив як зі слабкості народжується сила, з недоліків – гідності. Він перший показав, що при маєткових відхиленнях сліпа людина може мати нормальний тип особистості в цілому. Під тиском соціальних вимог зрячих, процесів надкомпенсації і використання мови структура особистості сліпця, в цілому, має тенденцію до досягнення певного нормального соціального типу.

А. Петцельд наводить приклад того, як працює основний діалектичний закон психології між органічно заданою недостатністю та психічними прагненнями. Саме характерне в особистості сліпця - протиріччя між відносною безпорадністю в просторовому відношенні і можливістю за допомогою мови повного і зовсім адекватного спілкування та взаєморозуміння зі зрячими, що цілком укладається в психологічну схему дефекту і компенсації.

Компенсаторне пристосування здійснюється на основі синтезу біологічних і соціальних факторів при провідній ролі останніх. Це означає, що процеси соціалізації дорослих з патологією зору і компенсації у них зорового дефекту тісно взаємопов'язані, між ними існує певна залежність і вплив один на одного.

Компенсація дефектів зору і їхніх наслідків повинна розглядатися як відшкодування, подолання тих відхилень у психічному розвитку, які провокуються патологією зору, як процес перебудови психіки й адаптації до нових умов життя. Дефекти зору неоднозначно впливають на окремі структурні компоненти особистості. Наслідки дефектів можуть бути значною мірою переборені, і людина може досягти високого рівня психічного розвитку за певних умов.

Таким чином, наявність дефекту може сприяти формуванню різних типів особистості. Від того, який саме тип особистості буде сформований, залежить успішність чи неуспішність соціальної адаптації в осіб із зоровими дефектами.

Описані в літературі дослідження психологічної адаптації до навколишнього світу людей з дефектами зору носять фрагментарний характер і виконані в рамках робіт медичного та соціального профілю. Можна констатувати, що ці роботи присвячені, в основному, дослідженню осіб, які мають інвалідність по зору. У зв'язку з цим, ми вважали за можливе, в рамках досліджуваної теми, навести деякі дані, пов'язані з особливостями соціальної адаптації інвалідів.

З точки зору сучасних даних з питання про осіб, що мають фізичний дефект, представляє інтерес класифікація Е. Шпрангера [42, с. 27]. Ця класифікація, а також питання адаптації інвалідів у суспільстві, цікавить нас як приклад адаптації в суспільстві людей з будь-яким дефектом. В даний час існують дві протилежні моделі інвалідності: традиційна, яка відображає реальний стан у суспільстві (і кількісно поки ще домінуюча) і нетрадиційна інноваційна (експериментальна).

Основні риси традиційної моделі: переважно пасивна соціальна позиція, відсутність прагнення до отримання освіти, улюбленої професії; відсутність віри у свої сили в досягненні тих чи інших цілей і, відповідно, більш низький рівень культури, освіти, зайнятості у виробництві і, в першу чергу, інтелекту. Як наслідок цього: споживацьку позицію інваліда, який, з одного боку, завдає шкоди суспільству, з іншого - самому інваліду, постійно формуючи синдром соціальної пасивності і непотрібності інваліда в суспільстві [42].

Проектна (експериментальна) модель інваліда розглядає його як людину психологічно незалежну від свого захворювання, яка всупереч захворювання, займається нормальною активною громадською діяльністю, здатну здобувати освіту, професію, йти по шляху розвитку своїх природних здібностей, ставати майстром своєї справи, завойовувати ті суспільні позиції, яких домагаються, здорові люди. Формування проектної моделі інваліда вимагає від суспільства, перегляду свого ставлення до нього і створення умов для розвитку його здібностей.

У рамках розглянутого питання можна виділити дві взаємодіючі сторони: суспільство і особистість, які можуть займати по відношенню одна до одної як активну, так і пасивну позицію. Саме від цього залежать різні ефективні та неефективні моделі їх взаємодії. У залежності від ступеня продуктивності, всі можливі варіанти взаємодії нами були розділені на чотири групи:

1. Суспільство займає пасивну позицію до особистості з дефектом, особа займає пасивну позицію до суспільства (ПП). Це найгірша модель взаємодії обох сторін, яка призводить до деструктивних наслідків: погіршує ситуацію, що призводить до ще більш глибокої дезадаптації осіб з фізичним дефектом.

2. Суспільство займає пасивну позицію до індивіда, індивід-активну позицію до суспільства (ПА). Така модель призводить до помірної адаптованості.

3. У суспільства активна позиція до осіб з фізичним дефектом, у індивіда - пасивна (АП). Не призводить до яких-небудь змін - характеризується непродуктивністю, марними зусиллями.

4. І суспільство, і індивід займають активні позиції щодо один одного (АА). Ця модель найбільш продуктивна, тому що сприяє удосконаленню та розвитку обох взаємодіючих систем, при цьому, не порушуючи функціонування іншої, - відповідає високому ступеню адаптованості.

З середини минулого століття у світі виникає нова тенденція в розумінні інвалідності: одночасно як феномену фізичного, психічного, соціального. У 50-60 роки у Британії, Швеції і, потім, США і Канаді з'являються нові соціальні заклади освіти для інвалідів, відмітними особливостями яких є нове ставлення до інваліда, практично перекреслююче саме поняття інвалід (з латинської - «недійсний»).

Приклади активної життєдіяльності інвалідів спонукали суспільство переглянути своє ставлення до даної категорії своїх співгромадян. З кінця 1960-х – початку 1970-х у ряді країн з високим рівнем соціального захисту населення розгорнулася політика «деінституціалізації» щодо інвалідів, виник рух «незалежного життя». Стали розсіюватися міфи про інвалідність, а колишня термінологія «глухий», «сліпий» та інші - сприйматися як ярлики [42]. У Європі та США в освіті для слабкозорих отримали свій розвиток: десегрегація шкіл; розширення доступу до освіти; інтеграція; інклюзія. Це дозволило інвалідам, незалежно від їх національної, расової приналежності, а також захворювання отримувати нарівні з іншими повну освіту (у звичайних школах), працювати у відповідності зі своїми інтересами, схильностями, здібностями.

Україна, прагне також вирішувати проблеми інтегрування в суспільство людей з функціональними обмеженнями. Реальні кроки суспільства в цьому напрямі є безумовним свідченням розвитку нашої країни як цивілізованного суспільства. Про це наголошується в Констітуції України (ст.53); законі України «Про основи соціальної захищеності інвалідів України». Закон України «Про реабілітацію інвалідів» (2005 р.) став базовим законом, в якому втілена зазначена мета державної політики щодо відношення до інвалідів, визначенні основні заходи зі створення різноманітних умов усунення або компенсації обмежень життєдіяльності інвалідів. Тим не менш, становище інвалідів залишається до цих пір складним. Вони, як правило, обмежені або навіть ізольовані в суспільстві від культурної, професійної, освітньої, соціально - політичної діяльності, відчувають гострі проблеми в медичному, матеріальному, фінансовому забезпеченні. Необхідна системна комплексна їх реабілітація на державному рівні. Тобто, можна сказати, що суспільство в нашій країні по відношенню до інвалідів займає, скоріше, пасивну, ніж активну позицію.

Позиція інваліда по відношенню до суспільства також може бути різною. Багато авторів виділяють чотири групи людей за ступенем та рівнем адаптації: високоадаптовані, середньоадаптовані, низькоадаптовані, дезадаптовані.

Основні риси традиційної моделі суспільного сприйняття інваліда: переважання пасивної соціальної позиції; відсутність прагнення до отримання освіти, улюбленої професії; відсутність віри у свої сили в досягненні тих чи інших цілей; більш низький, порівняно зі здоровими людьми, рівень культури, освіти; низька зайнятість у виробництві і, в першу чергу, інтелектуальному. Як наслідок цього: споживацька позиція інваліда, що, з одного боку, завдає шкоди суспільству, з іншого самим інвалідам; синдром соціальної пасивності і непотрібності інваліда в суспільстві. Представник «традиційної моделі» не має можливості самостійно подолати ті бар'єри, які ставить на його шляху неадаптоване суспільство. Крім того, якщо говорити про «традиційну модель» інваліда, то необхідно провести поділ цих проблем за статевими, національними і віковими ознаками [64].

Дослідження О. І. Власової та Ю. В. Никоненко дозволяють говорити про наявність трьох рівнів розвитку соціальних здібностей особистості с функціональними обмеженнями: соціальна некомпетентність, соціальна компетентність та соціальна обдарованість. Найпоширенішими (за їх даними) є рівень соціальної компетентності, притриманий більшості зрілих соціально адаптованих людей, які самостійно інтегруються в суспільство. Соціально обдаровані у процесі соціальної адптації здатні перетворювати умови соціального життя, розвиваючи їх. Соціально некомпетентні не в мозі самостійно подолати виклики життєвих проблем та суспільних трансформацій. Для ефективної соціальної адаптації вони потребують допомоги інших [32].

Виходячи з вищесказаного, можна окреслити основні проблеми, що стоять перед інвалідами: залежність (у тій чи іншій мірі) від захворювання; залежність від матеріальних чинників (коляска, протези, клімат і т.п.); вплив ряду психологічних чинників; комплекс неповноцінності; власна неадаптованість в суспільстві; неадаптованість суспільства по відношенню до інвалідів; низький рівень освіти; неможливість, в силу різних умов, вибору професії за здібностями, інтересами, нахилами; нерозвиненість ряду цих здібностей; відсутність досить широких соціальних зв'язків; більш низький рівень культури; складність сімейних відносин [42].

Виходячи з існуючої найбільш розповсюдженої «традиційної» моделі інваліда, можна казати, що інвалід в нашій країні, по відношенню до суспільства займає, скоріше, пасивну, ніж активну позицію. Тобто, в нашому суспільстві, на нашу думку, має місце найгірша модель взаємодії інваліда і суспільства. У результаті такої взаємодії програють обидві взаємодіючі сторони.

Щодо групи людей зі слабким зором можна казати, що вона неоднорідна. У цю групу входять особи, які отримали свій дефект від народження чи в дитинстві (приймають його як неминучість), в результаті травми або раптово розвинутого захворювання (відчувають сильний гострий стрес), а також ті люди, у яких протікає повільний, безперервний процес падіння зору протягом усього життя (готують себе до сліпоти - стресовий фактор тривалого впливу). Всі ці люди будуть по-різному ставитися до свого захворювання, до суспільства, до родини, до професійного життя і перспектив свого майбутнього.

Прослушать

У результаті вивчення та аналізу проблеми соціальної адаптації хворих з патологією зору та інвалідів у роботах вітчизняних і зарубіжних психологів, можна зробити висновок про те, що хворі з патологією зору мають ті ж самі або дуже схожі труднощі в соціальній адаптації, які мають інваліди. Однак, вони не мають підтримки суспільства, тому що суспільство сприймає їх як «рівних» і вимагає від них як від «рівних» за ступенем відповідальності, працездатності, адаптованості та оплати їх праці. У зв'язку з цим, даний контингент осіб часто перебуває під впливом різного роду стресових факторів. Також як і інваліди, працездатні дорослі з патологією зору мають проблеми в медичному, матеріальному, фінансовому забезпеченні.

Підсумувавши вищесказане, можна констатувати, що успішність соціальної адаптації у дорослих з патологією зору залежить: від ступеня компенсації дефекту; від типу особистості, який сформувався в процесі соціалізації; від вибору соціальної позиції по відношенню до суспільства; від ступеня розвитку суспільства. Компенсаторне пристосування у людей зі слабким зором здійснюється на основі синтезу біологічних і соціальних факторів при провідній ролі останніх. Структура особистості за наявності дефекту може розвиватися в різних напрямках: надкомпенсація; тенденція до досягнення нормального соціального типу; акцентуації, що призводять до асоціальності; стійкі неврози, пов'язані з декомпенсацією. Можна виділити дві взаємодіючі сторони: суспільство і особистість людини з патологією зору, які можуть займати по відношенню один до одного як активну, так і пасивну позицію. Саме від цього залежать різні ефективні та неефективні моделі їх взаємодії.

**1.2.Аналіз підходів до фізичної та соціальної реабілітації осіб з порушеннями зору**

У рамках висунутих задач дослідження нами була поставлена ​​задача аналізу та систематизації наявних у науковій літературі досліджень щодо психічних особливостей і, зокрема, особистісних характеристик людей з дефектами зору. У контексті поставленої задачі, нас цікавили особливості поведінкової регуляції, нервно-психічної стійкості, комунікативних особливостей, морально-етичної нормативності у досліджуваного контингенту осіб. Враховуючи, що більшість таких осіб - працездатні люди, то особливості професійної взаємодії, працевлаштування, взаємовідносин у трудовому колективі і професійної адаптації є також актуальними.

Вивченням психологічних особливостей обмежено сліпих та питаннями їх працевлаштування вчені займаються давно. Однак, їх дослідження, в основному, проводяться в рамках або спеціальної психології, або вирішуються тіфлопедагогічні проблеми. Хоча психологічні особливості сліпих і деякі можливості їх працевлаштування висвітлені в літературі, але сьогодні для соціальної роботи вони є маловідомими, погано вивченими, не достатньо врахованими при роботі з такою категорією громадян.

Сенсорну організацію людей зі слабким зором, компенсаторну функцію організму і роль цих чинників у процесі соціальної адаптації вивчали П. К. Анохін, В. М. Бехтєрев, Л. С. Виготський, М. І. Земцова, А. А. Крогіус та інші. А. Адлер запропонував теорію понадкомпенсації, сутність якої зводиться до того, що наявність дефекту зору не тільки гальмує, а й стимулює розвиток психіки. М. І. Земцова показала діалектику взаємини двох основних факторів компенсації - біологічного і соціального. Б. Г. Ананьєв, А. І. Зотов, Ю. О. Кулагін, О. Г. Литвак, М. Ю. Хватцев у своїх дослідженнях вказували на низку чинників, що ускладнюють соціальні зв'язки сліпих у суспільстві, які можуть стати перешкодою на шляху їх суспільної інтеграції. Особистісні особливості людей з послабленим зором вивчали В. П. Гудоніс, В. Ф. Матвєєв, В. С. Мерлін, А. Суславічюс і показали, що розвиток психіки при наявності дефекту зору може розвиватися в різних напрямках. Дослідженням особистісних особливостей хворих, які осліпли в зрілі роки, займалися Г. А. Будкін, М. П. Дризго Л. Л. Лук'янов, С. А. Хрустальов. Вплив психологічних та фізіологічних чинників (тривожності, серцевої діяльності, вегетативної регуляції) на процес соціальної адаптації вивчали С. Б. Данияров, І. Г. Краснов, В. В. Соложенкін.

Вперше суть дефекту зору і його вплив на розвиток особистості були проаналізовані Л. С. Виготським. На думку Л. С. Виготського, дефект - це фізичний або психічний недолік, який тягне за собою відхилення від нормального розвитку [38]. Дефекти бувають вроджені і набуті. Вроджені та набуті дефекти зору відносяться до первинних соматичних дефектів. Ці аномалії викликають вторинні функціональні відхилення (звуження поля зору, звуження гостроти зору і т.д.), які негативно позначаються на розвитку ряду психічних процесів: відчуття, сприйняття, уявлення і т.д. Тобто, вторинні дефекти являють собою ланцюг відхилень, де один функціональний дефект викликає інші, що призводить до порушень психічних процесів. Тому, між соматичним дефектом та аномаліями в розвитку психіки є складні структурні і функціональні зв'язки. Компенсація дефектів зору та їх наслідків має розглядатися як відшкодування, подолання тих відхилень у психічному розвитку, які провокуються патологією зору, як процес перебудови психіки та адаптації до нових умов життя.

Цими умовами є: рівень розвитку суспільних відносин та рівень технічного прогресу, становище людини в суспільстві, умови сімейного оточення і виховання, стан охорони здоров'я і соціального забезпечення та багато інших соціальних факторів. При компенсації втрачених функцій важливими є взаємозв'язок і взаємодія біологічних та соціальних факторів.

Величезну роль у компенсації дефектів зору відіграє свідомість. Людина відновлює рівновагу не тільки з природним, але і з соціальним середовищем, яка можлива лише при усвідомленні свого дефекту, його наслідків і тих проблем, які виникають в ході подолання відхилень у психічному та фізичному розвитку.

У сліпонароджених і осліплих в дитинстві сприйняття своєї неповноцінності, в основному, формується під впливом неправильних типів виховання в сім'ї (гіперопіка або недооцінка порушення зору). На думку О. Г. Литвака, у сліпих формуються негативні моральні (егоцентрічність, егоїзм, відсутність почуття обов'язку і товариства), вольові (відсутність самостійності, нерішучість, навіюваність, впертість, негативізм), емоційні (байдужість до оточуючих, душевна черствість) та інтелектуальні (відсутність допитливості, почуття нового) риси характеру.

Відомо, що втрата зору у дорослої людини може призводити до певної перебудови психіки та поведінки. Деякі серйозні захворювання (глаукома, атрофія зорового нерва, тотальне помутніння рогівки, зріла катаракта, високі ступені міопії, гіперметропії і астигматизму) практично позбавляючи людину зору, породжують складну систему переживань, що ведуть до порушення звичного життєвого стереотипу. Раніше багато хто з них займали стабільне соціальне положення, і нова ситуація захворювання пред'являє до них: фактичну вимогу відмовитися від ряду їхніх особистісних цінностей, цілей і звичного «Я-образу».

Як правило, патологія зору супроводжується соматичними розладами. Типовими скаргами при цьому є слабкість, підвищена стомлюваність, труднощі концентрації уваги, дратівливість, непереносимість яскравого світла, гучних звуків, поверхлевий сон, з'являється емоційна нестійкість, образливість, вразливість, у поєднанні з неприємними відчуттями в тілі і різного роду страхами [4; 71 та ін.].

Характерологічні порушення спостерігаються частіше при тривалих захворюваннях з хронічним перебігом і виявляються у загостренні особистісних особливостей і поведінкових реакцій. Захворювання, внаслідок яких виникають дефекти зовнішності (відсутність одного ока, наявність більма, косоокість і т.д.), є грунтом для розвитку комплексу неповноцінності, що обмежує соціальні зв'язки та емоційні контакти хворих. Хворі внаслідок тривалої хвороби стають похмурими, егоїстичними, помисливими, сором'язливими, невпевненими у собі, нерішучіми. Це змушує людей зі слабким зором вести відокремлений спосіб життя, призводить до обмеження соціальних ролей [4; 21; 99; 49; 66 та ін.].

Порівняно обмежені контакти з оточуючими тягнуть за собою замкнутість, некомунікабельність, прагнення піти у свій внутрішній світ. Проте, коли той чи інший вид діяльності є доступним для людей зі слабким зором, то формування ставлення до нього виявляється незалежним від дефекту. Так, інтереси до певних видів діяльності, що здійснюються успішно без зорового контролю, виявляються такими ж глибокими, стійкими і дієвими, як і у людей, які нормально бачать.

Відсутність зору або важкі хронічні порушення його провідних функцій (гострота і поле зору) вносять істотні зміни в життя людини, ускладнюючи його взаємодію з навколишнім світом, знижуючи його активність. Перш за все, знижується рівень орієнтовно-пошукової діяльності, тому що є негативне підкріплення активності (удари і травми). Рівень активності відображення виявляється залежним від ступеня тяжкості дефекту і часу його появи. Відсутність або різке обмеження можливості візуально дистантно і одномоментно сприймати навколишній світ негативно позначається на тонусі кори головного мозку, знижує активність мозкової діяльності, показником чого є зникнення або депресія альфа-ритму. Це частково компенсується за рахунок того, що безліч подразників, індиферентних для людей які нормально бачать, для осіб з глибокими порушеннями зору набувають сигнального значення (звукові, термальні, механічні тощо) [11].

Ще одним чинником, що знижує активність сліпих, є негативні емоційні стани, а також фрустрації, зумовлені неадекватною самооцінкою, яка часто зустрічається у сліпих і труднощами адаптації до життя без зору. Це веде до зниження активності, безініціативності, відмови від діяльності.

Серйозною перешкодою для прояву активності є також ті труднощі, які відчувають сліпі при встановленні соціальних контактів. Неадекватні установки сліпих до себе і свого дефекту, до зрячих, до різних видів діяльності, так само як і невірні уявлення зрячих про сліпих та їхні можливості, є основною перешкодою включення людей зі слабким зором в активну діяльність.

Сліпота і слабкозорість зумовлюють певну специфіку діяльності. Це, перш за все, проявляється в зміні характеру сенсорного контролю. В обмеженні або повному випаданні зорового контролю за протіканням операцій і заміні його контролем дотикальним і слуховим. Крім того, дефекти зору істотно обмежують сферу докладання людських сил, оскільки багато операцій та видів діяльності вимагають постійного зорового контролю.

Важливо враховувати підвищену стомлюваність людей з дефектами зору, а також можливі супутні дефекти. Успішне виконання діяльності є найважливішим показником скомпенсованості дефекту. Громадська трудова діяльність є основним фактором інтеграції інвалідів по зору в суспільстві. Тим не менш, залучення сліпих і слабозорих у виробничу працю пов'язане з певними труднощами. Так, у осіб з раптовою втратою або різким погіршенням зору, що знаходяться в депресивному стані, часто можуть формуватися установки на непрацездатність. Разом з тим, як показують дослідження, формування позитивної установки на працездатність не залежить прямо від глибини і часу виникнення дефекту [4; 11; 19; 79 та ін.].

Відношення здорових людей до людей з різними дефектами, в тому числі і з дефектами зору, - один з найважливіших чинників інтеграції в суспільну практику. Адже навіть маючи професію, освіту, потенційні можливості на рівних вступати в життя суспільства, людина зі слабким зором не завжди може ці можливості реалізувати. Це пов'язано з тим, що здорові люди часто не розуміють складнощів, які відчувають люди з очними захворюваннями з орієнтацією в просторі, зі сприйняттям навколишнього світу. Адміністрація прідприємства часто побоюється приймати таку людину на роботу або довіряти їй відповідальні завдання. У незрячої людини є обмеження з вибором професії, що певною мірою ускладнює інтеграцію такої людини в суспільне життя.

Суспільство засноване на поділі людей на групи, що виділяються за певними характерними ознаками. Серед цих ознак є такі, які мають нормативний статус. Люди які не відповідають цим ознакам, виявляються в особливій маргінальній позиції. Її особливість у тому, що «нормальна» більшість традиційно розглядає цих людей як «ненормальних», які в загальноприйняті норми не вписуються. По відношенню до інвалідів, які мають тілесні чи розумові дефекти й особливості, масова психологія формується за стереотипним принципом «жалість плюс участь» або «гидливість плюс відторгнення». Психологічний механізм такого усунення в конкретному випадку може бути різним: незнання чи невміння поводитися з інвалідами, глибока тривога за своє здоров'я, яка загострюється в їх присутності, індивідуальна нездатність виносити почуття співпереживання, душевна черствість та інше. Але загальне тут - прагнення ізолювати інвалідів у спецшколах, всіляких товариствах та ін. [57].

Поряд з песимістичними оцінками відношинь здорових людей до інвалідів існують й інші думки. Деякі дослідники висловлюють гіпотезу про амбівалентне ставлення здорових людей до людей з вадами розвитку і дефектами: члени маргінальних груп сприймаються як люди, що відрізняються в гіршу сторону, і в той же час, позбавлені багатьох можливостей. Таке подвійне сприйняття породжує суперечливі почуття: з одного боку, неприйняття, і навіть ворожість, з іншого - симпатію і співчуття. Експериментально доведено, що ставлення до членів маргінальних груп частіше амбівалентне, ніж просто позитивне, негативне або нейтральне.

Існують нечисленні роботи, де стверджується висновок про позитивне ставлення здорових людей до інвалідів. У статті Т. О. Добровольської та Н. Б. Шабаліної, присвяченій інтеграції інвалідів у суспільство, проведено соціологічне дослідження про те, як ставляться до інтеграції інвалідів здорові люди в Росії. У статті зазначається позитивне ставлення до ситуацій, що не вимагають постійного спілкування («інвалід - сусід по будинку»), або, в, яких йде спілкування на рівних («інвалід - колега»). Ситуації, які передбачають більш близькі контакти, викликають негативне ставлення, так само як і ситуації, в яких інвалід перебуває в ієрархічній структурі вище, ніж респондент.

Вважається, що важливим компонентом інтеграції інвалідів у суспільство є їх спільне навчання та робота зі здоровими людьми. Дані соціологічних досліджень говорять про те, що в ситуаціях, які не потребують тісної взаємодії школярів з учнями, що мають фізичний чи розумовий дефект, більшість школярів, налаштовані доброзичливо. Однак, при постійному спілкуванні і більш тісному контакті їх установки помітно змінюються. Коли здорові учні стоять перед однозначним вибором: взаємодіяти з інвалідом або зі здоровим, вони вважають своїм обов'язком спілкування з інвалідом, але якщо надається можливість уникнути подібного контакту з «поважних» причин, вони охоче цей шанс використають. Даючи характеристики своїм однокашникам з фізичними дефектами, здорові називають їх замкнутими, безпорадними і залежними. У цілому інваліди оцінюються однолітками нижче, ніж здорові [56].

Не менші труднощі виявляють дослідники і при інтеграції інвалідів на звичайних підприємствах. Різні держави часто застосовують систему квот у працевлаштуванні - робочих місць спеціально відведених для інвалідів. Однак система часто виявляється неефективною: підприємці віддають перевагу виплачувати штрафи, але не надають місця інвалідам. Це викликано наявністю стереотипів стосовно людей з фізичними дефектами. Встановлено, що роботодавці пропонують їм менш кваліфіковану роботу, ніж здоровим. Результати опитування підприємців вказують на те, що соціальним навичкам вони надають основне значення, якщо не вирішальне.

Соціально-психологічні дослідження показують, що, хоча становлення міжособистісних стосунків між сліпими і зрячими людьми підкоряється загальним закономірностям, на цей процес впливають і перераховані вище специфічні фактори. У результаті характерною особливістю системи міжособистісних взаємин у змішаних колективах є широке поширення індиферентного ставлення сліпих один до одного і до зрячих. У силу цього в статусній структурі колективу найбільш поширені категорії осіб, що знаходяться в нейтральному або ізольованому положенні виявляються інваліди [15].

Слід зазначити, що у людей з хорошим зором досить часто формуються суб'єктивні і неадекватні установки щодо сліпих. Це може бути або негативна установка на уникнення, або псевдопозитивна установка, що проявляється в жалості до сліпого, чи у прагненні взяти його під опіку. Легкоуразливі, ті, що важко переживають свій дефект, тонко відчувають ставлення партнера по спілкуванню інваліди по зору, не залишаються байдужими до подібних ситуацій, утруднюючи подальші контакти, закріплюючи установку на уникнення людей з хорошим зором. Все це веде до прагнення спілкуватися переважно з товаришами по нещастю, до створення мікрогруп, що складаються з інвалідів по зору, і в результаті до аутизму, тобто відхіду в свій внутрішній світ, випадання з життя суспільства [14].

Одним із важливих показников становища інвалідів в суспільстві є сім'я. Т. О. Добровольська у своїй статті наводить дані, за якими часто в сім'ях з інвалідом до 60 років гостро стає проблема взаємин у сім'ї. Проблеми взаємин у сім'ї, де інвалідом став дорослий, пов'язані, перш за все, із зміною соціальних ролей та обов'язків членів сім'ї. Так, наприклад, чоловік з годувальника перетворюється на часткового утриманця, а, отже, не відповідає прийнятому в суспільстві стереотипу активного, ініціативного чоловіка, який матеріально забезпечує родину. Різка зміна соціальної ролі призводить до хворобливих наслідків, заважає реалізувати психологічні та соціальні потреби членів сім'ї, погіршує соціально-психологічний клімат. Більшість сімей, що мають інваліда висловлюють потребу в матеріальній підтримці, медичній допомозі і допомозі у вирішенні проблем побуту.

Істотний соціально-демографічний показник - освіта. Дані соцопитування свідчать про те, що серед інвалідів більше людей з неповною середньою освітою, і менше - із середньою загальною і вищою. Ця різниця пояснюється тим, що рівень освіти і рівень інвалідності мають обернено пропорційну залежність. Крім того, інвалідність знижує можливість отримання освіти.

О. І. Власова та Ю. В. Никоненко вказують на значущі складові структури потенціалів соціальних здібностей студентів з функціональними обмеженнями. У цих осіб найбільш порушеними виявились: здатність до прогнозу соціальної ситуації в динаміці; можливості власної усвідомленої відповідальності за особисті переживання відносно того, чи буде вона людиною здоровою, щасливою та благополучною; спроможності розумити наміри, почуття й емоційні стани за вербальною експресією інших людей; здатність до розв'язання проблем з урахуванням позиції усіх сторін проблемної ситуації; спроможність правильно оцінювати стани, почуття, наміри людей за їхними невербальними проявами; здатність до емоційного самоусвідомлення; до комбінування різних не схожих ідей; до управління власними емоціями; чутливого ставлення до зміни характеру взаємостосунків між людьми; до виришення соціальних проблем; до емоційного комфорту; до соціальної адаптації; до усвідомленного відчуття емоційного стану іншої людини; здатність приймати інших; до інтернальної поведінки; до передбачення наслідків поведінки [32].

Таким чином, особливості протікання психічних процесів у людей зі слабким зором призводять до формування особливостей їхнього характеру: звуження кола інтересів; бідності емоційного фону; егоїзму; відсутності почуття обов'язку, товариства; упертості; сугестивності; нерішучості; байдужості до оточуючих, зовнішнього світу. У формуванні основних властивостей особистості на перший план виходять соціальні фактори, дія яких не залежна від патології зору. Патологія зору вносить суттєві зміни в життя людини, ускладнює його взаємодію з навколишнім світом, знижує його активність. По ряду важливих показників становище людей зі слабким зором гірше, ніж інших членів суспільства. Для них характерні - велика пасивність, ізольованість.

**Висновки до розділу**

Проведений аналіз наукових літературних джерел з означеної проблеми показав, що дослідження носять фрагментарний характер і виконані в рамках робіт медичного та соціального профілю. Успішність адаптації дорослих з патологією зору залежить від ступеня компенсації дефекту; від типу особистості, який сформувався в процесі соціалізації; від вибору соціальної позиції по відношенню до суспільства; від ступеня розвитку суспільства. З’ясовано, що компенсаторне пристосування в осіб зі слабким зором здійснюється на основі синтезу біологічних і соціальних чинників при провідній ролі останніх. Виявлено, що на процес реабілітації людини зі слабким зором впливають особливості психічного розвитку, компенсаторні механізми, особистісні характеристики, вік, мотивація, соціальний статус на момент отримання захворювання, вибір соціальної позиції, здатність до встановлення соціальних контактів.

Встановлено, що структура особистості за наявності дефекту може розвиватися в різних напрямках: надкомпенсація; тенденція до досягнення нормального соціального статусу; акцентуації, що можуть призводити до асоціальності; стійкі неврози, пов’язані з декомпенсацією. При цьому й суспільство й людина з патологією зору можуть займати у відношенні один до одного як активну, так і пасивну позицію. Саме від цього може залежати як ефективність, так і неефективність моделей їх взаємодії.

Проведений теоретичний аналіз показав, що слабозорі мають певні труднощі в процесі соціальній адаптації. Так, вони не відчувають достатньої підтримки суспільства, адже їх сприймають як «рівних» і запитують з них як з «рівних» за ступенем працездатності, відповідальності, адаптованості, принаймні поки не призначена група інвалідності. Проте даний контингент має обмеження за медичними показниками у виборі освіти та професії, проб­леми в соціальному забезпеченні, що призводять до формування комплексу неповноцінності, залежності від оточуючих, емоційного дискомфорту.

Серед проблем соціальної адаптації дорослих з патологією зору можна виділити як психофізіологічні та індивідуально-типологічні (труднощі зі сприйняттям і орієнтацією в просторі; відхилення характеру, пов’язані з комплексом неповноцінності; емоційні порушення; розвиток патопсихологічних синдромів; індиферентне ставлення до себе й до оточуючих, що призво­дить до відсутності мотивації на процес реабілітації); так і соціально-психоло­гічні (порушення звичного життєвого стереотипу; зміна соціальних ролей, пов’язаних із захворюванням; індиферентне або зневажливе ставлення оточуючих; зниження якості життя; труднощі працевлаштування; соціальна пасивність, яка може призводити до ізоляції від суспільства).

Констатовано, що наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості можуть бути соціальна неуспішність, девіантні форми поведінки, психологічний стрес, що призводить до нервово-психічних захворювань, які можуть носити стійкий і тривалий характер.

З’ясовано, що до індивідуально-психологічних якостей, які пов’язані зі стресостійкими чинниками належать поведінкова регуляція й нервово-психічна стійкість, комунікативний потенціал, самоприйняття, інтернальність, тип темпераменту та особливості характеру, вольові якості, стратегії адаптації.

Визначено, що здатність до формування продуктивних систем взаємодії в процесі соціальної адаптації дорослих з вадами зору може відображатися в стратегіях поведінки, які використовуються ними.

**РОЗДІЛ 2**

**ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ**

**2.1. Вивчення особливостей соціальної адаптації осіб з порушеннями зору**

Для проведення констатувального дослідження був підібраний набір методик, адекватний меті роботи - дослідженню впливу особистісного потенціалу дорослих людей зі слабким зором на процес соціальної адаптації і виявлення оптимальних адаптивних стратегій поведінки у дорослих з патологією зору.

У контексті досліджуваного нами питання, про вплив особистісного потенціалу людей зі слабким зором на процес соціальної адаптації до навколишнього світу, методика діагностики адаптованості К. Роджерса і Р. Даймонда становить інтерес не тільки в плані виявлення ступеня адаптованості досліджуваних, але і дозволяє досліджувати особистісні фактори, що впливають на процес соціальної адаптації, виявити найбільш значущі з них. Методика дозволяє діагностувати соціально-психологічне самопочуття людини, від якого залежить рівень адаптації. Якщо людина соціально і психологічно активна, впевнена у завтрашньому дні, відчуває стан щастя, це свідчить про високий рівень адаптації. Знижений рівень життєвої активності, байдужість, невпевненість у власних силах свідчать про низький рівень адаптації. При обробці і інтерпретації результатів підрахунок здійснюється простим підсумовуванням тих балів, які досліджуваний зазначав у бланку для відповідей, у відповідності з ключами.

Найбільше число обстежених дорослих з патологією зору мають низькі (207 осіб 66%, Р≤ 0,01) та середні показники (162 особи 51%, Р≤ 0,01) соціально-психологічної адаптивності. Високій рівень адаптації демонструють 132 обстежених (42%). Ці результати підтверджує шкала дезадаптивності, в якій переважають середні показники (189 осіб 60%, Р≤ 0,01), із зміщенням у бік високої дезадаптованності (75 осіб 24%). Справа в тому, що межі цієї адаптованості є досить розмитими і за тестовими показниками багато хто з випробуваних потрапляє в суміжні групи. Але низько адаптованих виявилось найбільше. Для дорослих з патологією зору характерний низький рівень прийняття себе (198 осіб - 63%, Р≤ 0,01), а також низький рівень прийняття інших (127 осіб – 41%, Р≤ 0,01). У співвідношенні «емоційний комфорт - дискомфорт» переважають середні показники відповідно 222 особи - 71% до 162 особи - 51% (Р≤ 0,01), що вказує на досить високий відсоток дорослих з патологією зору, які зазнають емоційний дискомфорт. Разом с тим, для дорослих з патологією зору характерний високий рівень внутрішнього контролю (231 особа - 73%). У співвідношенні форм прояву «домінування - відомість» переважають середні значення, із зміщенням у бік «відомості» (225 осіб - 71%, Р≤ 0,01), позицію «домінування» займають 153 особи (48%). Це говорить про те, що більшість дорослих з патологією зору воліють бути відомими, хоча майже половина з них проявляють тенденцію домінування, правда, проявляється вона статистично недостовірно. За шкалою «ескапізм» (відхід від проблем) також переважають середні показники (219 осіб - 69%, Р≤ 0,01), що вказує на статистично значну схильність дорослих з патологією зору часто уникати вирішення проблем, тобто «йти за течією» [206, с.240].

Дане дослідження не вирішує всі поставлені питання по досліджуваній темі, однак намічає подальші напрямки дослідження. Інтегральні показники, дозволяють перейти від більшої кількості шкал до меншої, завдяки об'єднанню деяких шкал в глобальні (інтегральні) та уточнити отримані дані.

Аналіз інтегральних показників соціально-психологічної адаптованості дорослих з патологією зору показав, що найбільша кількість - 207 (65,7%) обстежуваних мають низькі 27±5 бала та середні 68±3 бала показники адаптації – 99 (31,4%) осіб (φ=1,64; р≤0,05). Для дорослих з патологією зору характерний низький показник самоприйняття 22±3 бала - у 234 (74,3%) осіб і досить низький показник прийняття інших 12±2 бала - у 132 (41,9%) досліджуваних (φ=2,14; р≤0,01). По вибірці переважають середні показники емоційного комфорту 17±5 бала – у 189 (60%) осіб. При цьому число досліджуваних, які зазнають емоційний дискомфорт вище, ніж у осіб, які відчувають себе емоційно комфортно (φ=2,08; р≤0,01). Для дорослих з патологією зору характерний високий рівень внутрішнього контролю 55±2 бала – у 231 (73,3%) осіб. Можна припустити, що саме високий рівень внутрішнього контролю викликає стан «затиснутості», страх перед вираженням емоцій і, як наслідок, емоційний дискомфорт. Аналіз параметру «прагнення до домінування» показав, що по вибірці переважають низькі показники 4±1 бала – у 156 (49,5%) осіб, тобто дорослі з патологією зору воліють бути відомими. Високий показник 54±2 бала інтернальності виявлено у 171 (54,3%) досліджуваного, тобто переважає відповідальність за свої вчинки, здатність прогнозувати наслідки своїх дій. Низький показник інтернальності 20±2 бала виявили 3,8% респондентів (φ=2,25; р≤0,01).

Наступним етапом дослідження було вивчення показників складових особистісного адаптивного потенціалу: нервово-психічної стійкості, комунікативних здібностей та моральної нормативності (за А. Г. Маклаковим, С. В. Чермяніним).

Методика для оцінки рівня розвитку адаптаційних здібностей особистості «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна доповнює результати попередніх вимірів. Теоретичною основою методики виступає уявлення про адаптацію як про постійний процес активного пристосування індивіда до умов фізичного та соціального середовища, що зачіпає всі рівні функціонування організму і особистості. Процес адаптації надзвичайно динамічний. Його успіх багато в чому залежить від цілого ряду об'єктивних і суб'єктивних умов, а також від функціонального стану, соціального досвіду, життєвої установки та ін. Особистісні характеристики відрізняються відносною стабільністю, і саме тому визначають успіх процесу адаптації в самих різних умовах діяльності. Діагностика адаптивності досліджуваного проводиться за наступними показниками: адаптивні здібності, нервово-психічна стійкість, комунікативні особливості, моральна нормативність. Крім цього, методика дозволяє визначити «особистісний адаптивний потенціал» (ОАП), який можна отримати шляхом простого підсумовування сирих балів з трьох шкалах: ОАП = «Нервово-психічна стійкість» + «Комунікативні здібності» + «Моральна нормативність».

Розподіл досліджуваних за рівнем розвитку адаптивних здібностей, проведений за методикою «Адаптивність», наведений в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Розподіл досліджуваних за рівнем розвитку адаптивних здібностей**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметри | Низькі показники  (1-3 стена) | | Середні показники (норма)  (4-6 стенів) | | Високі показники  (7-10 стенів) | |
| N=315 | % | N=315 | % | N=315 | % |
| ОАП | 189 | 60,0 | 93 | 29,5 | 33 | 10,5 |
| НПС | 180 | 57,1 | 123 | 39,1 | 12 | 3,8 |
| КЗ | 69 | 21,9 | 231 | 73,3 | 15 | 4,8 |
| МН | 63 | 20,0 | 237 | 75,2 | 15 | 4,8 |

Примітка: \* рівень достовірності r = 0,20, при p ≤ 0,01 ОАП ‑ особистісний адаптивний потенціал; НПС ‑ нервово-психічна стійкість; КЗ ‑ комунікативні здібності; МН ‑ моральна нормативність.

Як слідує з табл. 2.1, що по вибірці переважає зниження нервово-психічної стійкості (2±1 стенів) – у 180 (57,1 %) осіб, тобто даний контингент має низький рівень поведінкової регуляції, певну схильність до нервово-психічних зривів. При цьому високий рівень нервово-психічної стійкості й поведінкової регуляції (в межах 7-10 стенів) притаманний лише 12 (3,8 %) досліджуваних (φ=2,25; р≤0,01). Показники комунікативних здібностей у переважної більшості – 231 (73,3 %) досліджуваних знаходилися на рівні середніх значень 5±1 стена і відповідали нормативним показникам. Проте 69 (21,9 %) досліджуваних виявили низький рівень розвитку комунікативних здібностей, що вказує на труднощі в побудові контактів з оточуючими, прояв агресивності, підвищену конфліктність. Решта респондентів – 15 (4,8 %) осіб – з високим рівнем розвитку комунікативних здібностей (у межах 7-9 стенів). Вони легко встановлюють необхідні контакти з оточуючими, колегами, не конфліктні (φ=2,08; р≤0,01). Стосовно параметру моральної нормативності, то низькі показники 1-3 стена виявили 63 (20 %) досліджуваних, що може свідчити про низький рівень їх соціалізації, неможливість адекватно оцінити своє місце й роль в колективі, несхильність дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки. Протилежні якості за параметром моральної нормативності виявлено в 15 (4,8 %) досліджуваних (φ=2,14; р≤0,01). Показники 237 (75,2 %) респондентів за цим параметром знаходилися в межах норми. Аналіз особистісного адаптивного потенціалу досліджуваних, проведений за підсумком показників його складових, надав можливість визначити рівень розвитку адаптивних здібностей респондентів.

Проведене дослідження показало, що «особистісний адаптивний потенціал» (ОАП) у більшої кількості обстежуваних (189 особ - 60%, при Р≤ 0,01) нижче норми. Ці дані підтверджує також методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда (207 осіб - 66%, при Р≤ 0,01мають низькі показники адаптивності). У результаті дослідження отримано низькі показники «адаптивних здібностей» (АЗ) (172 особи - 54%, при Р≤ 0,01). Очевидно, що причиною зниження особистісного адаптивного потенціалу у дорослих з патологією зору є знижений рівень нервово-психічної стійкості (НПС), який в нашому дослідженні виявлено у 180 осіб - 57%.

Низький рівень нервово-психічної стійкості вказує на те, що дана група досліджуваних (180 осіб - 57%, при Р≤ 0,01) має низький рівень поведінкової регуляції, певну схильність до нервово-психічних зривів, характеризується відсутністю адекватності самооцінки і реального сприйняття дійсності. Основними елементами поведінкової регуляції є: самооцінка, рівень нервово-психічної стійкості, а також наявність соціальної підтримки з боку оточуючих. Вони відображають співвідношення між потребами, мотивами, емоційним фоном, «Я-концепцією» та ін. За даними А.Г. Литвака дефекти зору в залежності від часу їх появи і глибини можуть в тій чи іншій мірі провокувати виникнення умов, що перешкоджають формуванню чи прояві активної життєвої позиції, встановленню дружніх і ділових стосунків з оточуючими або порушувати їх. Неможливість або обмеженість візуального сприйняття і орієнтація на голос, особливості мови, відчутні сприйняття часто не дають сліпій людині достатнього уявлення про партнера по спілкуванню. Для порівняння наводимо дані, отримані за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, де параметр «прагнення до домінування» показав, що по вибірці переважають низькі показники 4±1 бала – у 156 (49,5%) осіб, тобто дорослі з патологією зору воліють бути відомими. Ці дані змушують задуматися про справжні чинникі низького рівня нервово-психічної стійкості у даного контингенту осіб. На нашу думку, такими чинниками є: невідповідність між «бажаним і дійсним», нерозуміння своїх проблем, відхід від вирішення проблем, і як наслідок, - знижена мотивація до діяльності, а також знижений емоційний фон.

Це припущення підтверджують подальші дослідження, дані яких будуть узгоджені нижче. Так на невідповідність між «бажаним і дійсним» вказують дані отримані в анкеті. В найближчий рік доросли з патологією зорув східних регіонах України планують: оздоровитися – 61 особа (19%), відпочити – 43 особи (14%), збільшити доходи – 34 особи (11%), зробити ремонт житла – 37 осіб (12%), отримати або підвищити рівень освіти – 25 осіб (8%). Але, мають мінімальни доходи – 75 осіб (24%), не вистачає грошей на все у 123 осіб (39%), на лікування у 51 особи (16%), на житло – 33 особи (10%), на відпочинок у 18 осіб (6%). Заважають отримувати задоволення від життя дорослим з патологією зору, тобто стають проблемами: слабке здоров'я – 74 особи (23%), невпевненість у собі – 54 особи (17%), невміння распоряджатися часом – 36 осіб (11%). На питання «що ви можете зробити для себе?» 84 особи (27%) відповили, що треба працювати більше та краще, а 45 осіб (15%) відповидають, що треба «дбати про здоров'я». При цьому тільки 48 осіб (15%) підтримують своє здоров'я регулярно. Інші дорослі з патологією зору не підтримують – 33 особи (11%), іноді – 96 осіб (30%), хотіли би більше приділяти цьому уваги, але не роблять нічого – 138 осіб (44%). На відхід від вирішення проблем вказують також дані, отримані за шкалою «ескапізм» (за методикою К. Роджерса і Р. Даймонда), де переважають середні показники (219 осіб - 69%, Р≤ 0,01). На зниження мотивації до діяльності вказують данні отриманні за методикою О. М. Родіної – 63 особи (20%) (см. нижче). За методикою «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна 69 осіб (22%) мають низький рівень комунікативних здібностей, що вказує на слабку здатність встановлювати контакти з іншими людьми, а значить і підтримку з боку оточуючих.

Низькі показники ОАП, вказують на те, що більша частина дорослих з патологією зору у нашому дослідженні (189 особи - 60%, Р≤ 0,01) потрапляє в групу з низькою адаптацією. Особи цієї групи мають ознаки явних акцентуацій характеру і деякі ознаки психопатій, а психічний стан у них можна охарактеризувати, як прикордонний. Можливі нервово-психічні зриви. Особи цієї групи мають низьку нервово-психічну стійкість, конфліктні, можуть допускати асоціальні вчинки. Потребують спостереження психолога і лікаря (невропатолога, психіатра).

Значно краще адаптовані досліджувані, які потрапили в групу з задовільною адаптацією (93 особи – 29,5%, Р≤ 0,01). Більшість осіб цієї групи мають ознаки різних акцентуацій, які у звичних умовах частково компенсовані і можуть виявлятися при зміні діяльності. Тому, успіх адаптації залежить від зовнішніх умов середовища. Ці особи, як правило, володіють невисокою емоційною стійкістю. Можливі асоціальні зриви, прояв агресії і конфліктності. Особи цієї групи зацікавлені в індивідуальному підході, постійному спостереженні, корекційних заходах.

Особи з високою та нормальною адаптацією в нашому дослідженні складають - 33 (10,5%, Р≤ 0,01). Такі люди легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко входять у новий колектив, досить легко і адекватно орієнтуються в ситуації, швидко виробляють стратегію своєї поведінки. Як правило, вони не конфліктні, володіють високою емоційною стійкіст.

Як показав попередній аналіз, процес соціальної адаптації дорослих з патологією зору тісно взаємопов’язаний з особливостями їх професійної адаптації. Серед основних аспектів професійної адаптації (психофізіологічного, а саме адаптації індивіда до фізичних умов професійного середовища та власне професійного, тобто адаптації суб’єкта діяльності до професійних завдань, виконуваних операцій, професійної інформації) вельми значущим є соціально-психологічний, а саме особливості адаптації особистості до соціальних компонентів професійного середовища.

В якості критеріїв соціально-психологічної професійної адаптації розглядалися відношення до виробничого підприємства, організації в цілому, відношення до малої групи, відношення до керівника, задоволеність відношеннями із співробітниками. Загальними показниками адаптованості слугували задоволеність змістом і умовами праці. Аналіз рівня професійної дезадаптації досліджуваних був проведений з урахуванням цих критеріїв та власне соматичних і психоемоційних причин професійної дезадаптації у відповідності з методикою «Оцінка професійної дезадаптації» О. М. Родіної (в адаптації М. О. Дмитрієвої). Опитувальник діагностики психофізіологічної та профессійної дезадаптації О. М. Родіної (в адаптації М. О. Дмитрієвої) вказує на її багатоплановість і неоднозначність.

Критеріями психофізіологічної адаптації вважаються стан здоров'я, настрій, тривожність, ступінь стомлюваності, активність поведінки. Дезадаптація може виникнути внаслідок короткочасних і сильних впливів середовища на людину або під впливом менш інтенсивних, але тривалих факторів. М. А. Дмитрієва виділяє три основних аспекти професійної адаптації:  
  а) психофізіологічний аспект - адаптація індивіда до фізичних умов професійногосередовища;

б) власне професійний аспект - адаптація суб'єкта діяльності до професійних завдань, виконуваним операціям, професійної інформації;

в) соціально-психологічний аспект - адаптація особистості до соціальних компонентів професійного середовища.

Важливим аспектом професійної адаптації є прийняття людиною професійної ролі. При цьому ефективність професійної адаптації в значній мірі залежить від того, наскільки адекватно людина сприймає свою професійну роль, а також свої професійні зв'язки і відносини. Чим вище задоволеність досліджуваних умовами праці та своїм становищем у колективі, тим вища ефективність професійної психологічної адаптації та прояву адаптивних здібностей, і, відповідно, навпаки.

Стійкі порушення процесів адаптації виявляються клінічно вираженими психопатологічними синдромами та (або) відмовою від діяльності. Дезадаптація проявляється, також, у погіршенні самопочуття, соматовегетативних симптомах, різних порушеннях трудової діяльності та взаємодії.

Рівень трудової дезадаптації оцінюється за такими правилами:

96 і більше балів - високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання психологічних і медичних заходів;

від 65 до 95 балів - виражений рівень дезадаптації;

від 32 до 64 балів - помірний рівень дезадаптації;

до 32 балів - низький рівень.

Розподіл рівнів професійної дезадаптації за цією методикою у дорослих з патологією зору наведено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Розподіл досліджуваних за рівнем професійної дезадаптації**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівень дезадаптації | | | | | | | |
| Високий  (≤ 96 балів) | | Виражений  (65-95 балів) | | Помірний  (32-64 бала) | | Низький  (≥ 32 балів) | |
| N=315 | % | N=315 | % | N=315 | % | N=315 | % |
| 27 | 8,6 | 96 | 30,5 | 120 | 38,1 | 72 | 22,8 |

Примітка: \* рівень достовірності r = 0,20, при p ≤ 0,01

З’ясовано, що найбільша кількість дорослих з патологією зору належать до груп із статистично вираженим 75±7 бала у 96 (30,5 %) досліджуваних та з помірним 43±9 бала рівнем професійної дезадаптації – 120 (38,1 %) осіб (φ=2,15; р≤0,01). Такі слабозорі потребують допомоги фахівців з проведення їх реадаптації, а можливо й зміни професійної діяльності. На полярних полюсах, тобто з низьким 28±4 бала рівнем дезадаптації виявлено 72 (22,8 %) досліджуваних, для яких може бути рекомендована консультативна робота фахівців, та з високим 96±2 бала рівнем професійної дезадаптації – 27 (8,6 %) респондентів (φ=2,06; р≤0,01), які потребують прийняття першочергових психокорекційних та медико-соціальних заходів щодо їх адаптації.

Стосовно психофізіологічної складової професійної адаптації осіб з вадами зору, то її зниження проявляється в погіршенні самопочуття, соматовегетативних симптомах, різних порушеннях трудової діяльності та взаємодії.

Кількість балів за окремими ознаками вказує на джерела дезадаптації які наведені в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Ступінь вираженості професійної дезадаптації за окремими ознаками у дорослих з патологією зору**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | Низькі | | Середні | | Високі | |
| N=315 | % | N=315 | % | N=315 | % |
| Погіршення самопочуття: |  |  |  |  |  |  |
| - емоційні зрушення | 195 | 62 | 60 | 19 | 60 | 19 |
| - особливості психічних процесів | 228 | 72 | - | - | 87 | 28 |
| - зниження загальної активності | 219 | 70 | 45 | 14 | 51 | 16 |
| - відчуття втоми | 132 | 42 | 108 | 34\* | 75 | 24\* |
| Соматичні порушення | 99 | 31 | 138 | 44\* | 78 | 25\* |
| «Сон-неспання» | 108 | 34 | 114 | 36\* | 93 | 30\* |
| Особливості соціальної взаємодії | 204 | 65 | 93 | 30 | 15 | 5 |
| Зниження мотивації до діяльності | 252 | 80 | - | - | 63 | 20 |

Примітка: \* рівень достовірності r = 0,20, p ≤ 0,01.

За даними табл. 2.4 видно, що за окремими ознаками показники дезадаптації розподілилися наступним чином: високі показники професійної дезадаптації, обумовлені: порушеннями сну (93 особи - 30%, Р≤ 0,01), соматичними порушеннями (78 осіб - 25%, Р≤ 0,01), відчуттям втоми (75 осіб - 24%, Р≤ 0,01); середні показники трудової дезадаптації, обумовлені: соматичними порушеннями (138 осіб - 44%, Р≤ 0,01), порушеннями сну (114 осіб - 36%, Р≤ 0,01), відчуттям втоми (108 осіб - 34%, Р≤ 0,01); звертають на себе увагу також порушення, пов'язані з емоційними зрушеннями (високі і середні показники в сумі дають 120 осіб - 38%, Р≤ 0,01).

Становлять цікавість низьки рівні дезадаптації, тому, що вони виявляють певні тенденції. За даними табл. 2.4 видно, що більшість дорослих з вадами зору мають достатньо високу мотивацію до діяльності (252 особи - 80%),проявляють загальну активність (219 осіб - 70%), не залежать від особливостей психічних процесів (228 осіб -72%). Але даже серед осіб з низькими показниками трудової дезадаптації погіршення самопочуття пов'язано з ємоційними зрушеннями (195 осіб – 62%), та відчуттям втоми (132 осіб – 42%). Меншість у групі досліджуваних з низькимі рівнями дезадаптації складають люди з соматичними порушеннями (99 осіб – 31%), а також люди з порушеннями сну (108 осіб – 34%). Ці дані вказують на те, що вплив соматичних факторів на рівень професійної дезадаптації у дорослих з патологією зору дорстатьньо велик. Звертають на себе увагу показники пов'язані з особливостями соціальної взаємодії. Виявлено 204 (65%) досліджуваних, які не мають труднощей з соціальною взаємодією. Інші 108 осіб (35%) такі труднощі мають.

Як правило, патологія зору супроводжується соматичними розладами. Типовими скаргами при цьому є слабкість, підвищена стомлюваність, труднощі концентрації уваги, дратівливість, непереносимість яскравого світла, гучних звуків. Сон стає поверхневим, тривожним. Хворі насилу засинають і важко прокидаються, стають невідпочилими. Поряд з цим з'являється емоційна нестійкість, образливість, вразливість, у поєднанні з неприємними відчуттями в тілі і різного роду страхами. Для дорослих з очною патологією характерне зниження настрою з різними відтінками: тривогою, тоскливістю, апатією в поєднанні з невдоволенням, буркотливістю, прискіпливістю, примхливістю. При тривалому важкому перебігу захворювання може переважати байдужість з тенденцією до ігнорування хвороби. Значно рідше зустрічається підвищення настрою у вигляді благодушності, ейфорії. Поява ейфорії, зазвичай, супроводжується запереченням власної хвороби, що становить серйозну небезпеку для хворого через неврахування ним тяжкості свого стану і, як наслідок, неправильної поведінки.

У зв'язку з отриманними нами даними представляють інтерес дослідження якості життя хворих з первинною відкритокутовою глаукомою, які проведені російськими вченими. Так, при опитуванні було виявлено, що 28,3% досліджуваних (всього досліджуваних 310 осіб) відчувають труднощі через стан свого зору при спробі самостійно вимитися, одягнутися, 36,6% - при прибиранні квартири, 34,4% - при приготуванні обіду, сніданку або вечері. 87,8% досліджуваних відзначали труднощі при читанні книг та періодичних видань (в умовах оптимальної очкової корекції), з них 55% досліджуваних відзначали значні труднощі. В ході дослідження було встановлено, що 73,3% досліджуваних відчувають обмеження при перегляді телепередач, особливо при читанні титрів на екрані. Виконання дрібної домашньої роботи (для жінок - в'язання, вишивання, пришивання гудзиків і т.д., для чоловіків - дрібний ремонт меблів, домашньої техніки або апаратури) викликає труднощі у 87,8%, причому майже у половини досліджуваних (43,6%) - значні труднощі. При дослідженні якості життя досліджуваних поза домом (в умовах максимальної оптичної корекції) було виявлено, що більше половини досліджуваних (59,5%) відчувають труднощі при спусканні по східцях, 66,4% - при переході через дорогу. 49,6% досліджуваних відзначили наявність труднощів при прочитанні назв магазинів, 56,4% досліджуваних - при підрахунку грошей, при розпізнаванні купюр і монет, 82,4% мають труднощі при прочитанні цінників на прилавках магазинів. Самостійно поставити підпис на бланку (наприклад, при отриманні пенсії чи зарплати) важко для 53,5% досліджуваних, з них 17,6% відчувають значні труднощі. В ході опитування 68,7% досліджуваних відчувають труднощі при проїзді в метро, ​​75,6% - при користуванні наземними видами транспорту. В ході дослідження 55% опитаних відзначили, що внаслідок захворювання у них виникли труднощі при виконанні своєї роботи або іншої звичайної повсякденної діяльності, внаслідок чого: 52,7% досліджуваних довелося збільшити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи, така ж кількість досліджуваних відзначили , що вони не встигали зробити все, що хотіли.

На підставі проведених досліджень можна казати, що на рівень професійної дезадаптації у дорослих з патологією зору впливають як соматичні, так і психо-ємоційні чинники. Порушення сну на наш погляд викликані не тільки психосоматичними порушеннями, а і станом перевтоми з одного боку та різного роду страхами з іншого боку. Страхи які відчувають дорослі з патологією зору пов'язані з виконанням трудових обов'язків, орієнтацією в просторі, з працевлаштуванням, зі створенням сім'ї. Ці страхи на нашу думку викликають різного роду емоційні порушення. Висока соціальна активність дорослих з патологією зору є результатом соціальної нестабільності на Україні і невпевненості в завтрашньому дні даного контингенту людей, що також посилює у них емоційні порушення. Таким чином, соматичні порушення у дорослих з патологією зору посилюють психо-емоційну нестабільність, а порушення психо-емоційної сфери посилює наявні соматичні здвиги.

Таким чином, на рівень професійної дезадаптації у дорослих з патологією зору впливають як соматичні, так і психо-ємоційні чинники. Причинами трудової дезадаптації у дорослих з патологією зору є:

- соматичні порушення (206 осіб - 69%);

- порушеннями сну (207 осіб - 66%);

- відчуття втоми (183 особи - 58%);

- емоційними зрушення (120 осіб - 38%).

**2.2.Дослідження адаптивних стратегій поведінки у осіб з порушеннями зору**

У результаті проведеного опитування можна констатувати: основні труднощі, з якими стикаються дорослі з патологією зору пов'язані з виконанням трудових обов'язків, зі створенням сім'ї, з орієнтацією в просторі і з працевлаштуванням; заважають отримувати задоволення від життя дорослим з патологією зором, на їхню думку, слабке здоров'я, невпевненість у собі і невміння розпоряджатися своїм часом; 44% дорослих з патологією зору хотіли б більше приділяти уваги своєму здоров'ю, так як більшість з них займаються профілактикою захворювань іноді або не займаються лікуванням взагалі; захворювання очей поєднуються у досліджуваних часто з гіпертонією і з патологією шлунково-кишкового тракту; 40% дорослих з патологією зору отримують низькі доходи і 24% досліджуваних мають доходи на рівні прожиткового мінімуму, у зв'язку з цим, 39% опитаних відчувають труднощі в забезпеченні себе найнеобхіднішим (не вистачає на їжу, лікування, житло, оплату комунальних платежів); у найближчий рік дорослі з патологією зору планують оздоровитися, продовжувати роботу з метою збільшення доходів, відпочити; основні страхи у працюючих дорослих з патологією зору пов'язані з погіршенням здоров'я та матеріального становища, а також з втратою роботи; 27% дорослих з патологією зору вважають, що можуть допомогти собі, працюючи більше і краще, піклуючись при цьому про своє здоров'я; більшість опитаних вважає, що держава може надати істотну допомогу, збільшивши зарплату.

Дані анкетування доповнюють результати попередніх вимірів і дають можливість угрупувати проблеми соціальної адаптації дорослих з патологією зору на фізичні, біологічні, соціальні, конативні, психологічні (насамперед, психосенсорні, емоційно-вольові та ін.). Крім того, анкета включає низку блоків: цілепокладання; експектації; образ «Я» і самоствердження; установки; комунікативність (комунікативну, інтерактивну та перцептивну функції спілкування); соціальна перцепція (аттитюди) у конкретиці її прояву; соціальні стереотипи та шаблони, що дає можливість співставити суб’єктивне бачення досліджуваних і тих параметрів, які були визначені за допомогою психодіагностичних методик.

**Висновки до розділу**

Процес соціально-психологічної адаптації дорослих з патологією зору не може бути розглянуто як взаємодія рівноправних сторін, так як наявність дефекту ставить людей з очною патологією в нерівноправну позицію по відношенню до суспільства. Тому, ми розглядаємо процес соціально-психологічної адаптації дорослих з патологією зору як пристосування особистості до соціальних умов. Погляд на процес адаптації як взаємодію сторін, що має свої особливості, дозволяє встановити ракурс, найбільш адекватний предмету дослідження.

При підборі методик дослідження, перш за все, керувалися концептуальною обумовленістю методу, а також, критеріями високої валідності та надійності, яка забезпечувалася підбором методик, спрямованих на отримання якісних і кількісних характеристик соціально-психологічної адаптації.

Виявлено найбільш поширені види соціально-психологічної дезадаптації дорослих з патологією зору: порушення поведінки, погіршення самопочуття, соматовегетативні симптоми, різні порушення професійної діяльності та взаємодії. Наслідком соціально-психологічної дезадаптації можуть бути: соціальна неуспішність, дезадаптивні форми поведінки (адективна, девіантна), психологічний стрес, що призводить до нервово-психічної захворюваності, яка може носити стійкий і тривалий характер.

Теоретичні положення вивчення адаптації та розроблена на їх основі модель дослідження дозволила відокремити адаптаційні та дезадаптаційні особливості особистості: адаптаційні особливості особистості: високий рівень прийняття себе та інших, нервово-психічної стійкості, моральної нормативності, високий комунікативний потенціал, емоційний комфорт, підвищена мотивація до діяльності; дезадаптаційні особливості особистості: нервово-психічна нестійкість, як наслідок емоційної неврівноваженості, неприйняття себе, неадекватна самооцінка; виражені соматовегетативні порушення; знижена соціально-психологічна активність, нерозуміння своїх проблем і невміння їх вирішувати.

Встановлено, що на процес соціальної та психофізіологічної адаптації людей зі слабким зором впливає особистісний потенціал досліджуваних, а саме: низькі показники «адаптивних здібностей», знижений рівень нервово-психічної стійкості. Це означає, що даний контингент людей має низький рівень поведінкової регуляції, певну схильність до нервово-психічних зривів, воліє бути веденим, і має схильність до відходу від проблем.

Процес соціальної адаптації у дорослих з патологією зору тісно взаємопов'язаний з особливостями професійної адаптації. Найбільше число дорослих з патологією зору належать до груп з вираженим (96 осіб - 30%) і помірним рівнем (120 осіб - 38%) професійної дезадаптації. Стійкі порушення процесів адаптації виявляються в клінічно виражених психопатологічних синдромах, однак, відчуваючи страхи, пов'язані з погіршенням здоров'я та матеріального становища, даний контингент посилює власний стан прагненням працювати «більше і краще».

За стереотипними уявленнями дорослих з патологією зору у процесі адаптації до навколишнього світу проявляє пасивне підпорядкування умов оточення, пасивне очікування зовнішніх змін, а також активний вплив на зовнішнє середовище або партнера, з метою змінити їх. Виявлено найбільш часто вживані стратегії адаптаційної поведінки дорослими з патологією зору в процесі соціальної адаптації до навколишнього світу. Більшість дорослих з патологією зору схильні до пасивних стратегій поведінки: пасивне підпорядкування умов оточення, пасивне очікування зовнішніх змін, але проявляє бажання активної зміни зовнішнього середовища або партнера.

Характерним є те, що на рівні особистості відносний адаптивний потенціал різних стратегій емпірично відображається у проявах адаптованості по зовнішньому та внутрішньому критерію: вираженості в поведінці найбільш продуктивних стратегій забезпечує почуття внутрішнього задоволення взаємодією і сприяє зовнішній успішності особистості. Такими стратегіями для дорослих з патологією зору є: стратегії активної зміни себе і пасивної репрезентації себе.

З'ясовано зовнішні та внутрішні чинники соціальної дезадаптації дорослих з патологією зору. Зовнішні - специфіка ставлення здорової частини суспільства до людей з дефектами, сімейний фактор, соціально-економічний фактор. Внутрішні - соматичний фактор, особистісні якості, використання дезадаптивних поведінкових стратегій.

Емпірично встановлено, що особистісні характеристики дорослих з патологією зору істотно впливають на процес соціальної взаємодії, набуття та засвоєння адаптаційних умінь і навичок, визначають усвідомлений вибір найбільш ефективних адаптаційних стратегій поведінки. Загальний адаптивний потенціал особистості визначається, з одного боку, можливістю використовувати найбільш продуктивні стратегії поведінки, а з іншого, - невумінням усвідомлено і вільно використовувати кожну з них у відповідній ситуації.

**РОЗДІЛ 3**

**ФІЗИЧНА ТА СОЦІАЛЬНА рЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ**

**3.1. Зміст програми фізичної та соціальної реабілітації осіб з порушеннями зору**

Аналізуючи специфічні особливості, сенсорну організацію, соматичний стан, а також особливості навчання, професійного становлення та екзистенційного самовизначення дорослих з патологією зору, ми прийшли до висновку, що профілактика і подолання дезадаптації у представників цієї категорії базується, в першу чергу, на засадах соціальної психології, а також на педагогічних, дидактичних і організаційних методах.

На основі теоретичного аналізу літератури та емперічного констатувального дослідження з проблем адаптації можна сформулювати основні положення, які можуть бути покладені в основу реабілітації дорослих з патологією зору:

- теоретична модель оптимальної адаптації передбачає активну розбудову двох систем (особистості та середовища) з метою побудови нової, більш складної і продуктивної системи їх взаємодії;

- підвищення адаптивності пов'язано з розширенням потенціалу особистості, з її збагаченням. Це положення випливає з позицій більшості дослідників про те, що для успішно адаптованих респондентів характерним є гармонійний і повний розвиток різних сторін особистості [6; 24; 80 та ін.];

- розвиток адаптованості пов'язаний зі збагаченням, розширенням особистісного потенціалу, що супроводжується компенсацією акцентуйованих особистісних характеристик. При цьому компенсація здійснюється шляхом появи нових особистісних утворень;

- існують особливості особистості, найбільш значущі в процесі адаптації і, практично, нейтральні для нього. Наявність або відсутність конкретних якостей в окремій людині визначає складності індивідуальної адаптації та особливості розвитку адаптованості протягом життя;

- існують окремі особливості особистості, які мають найбільш важливе значення для організації адаптивної поведінки, і ці характеристики належать до класу соціально опосередкованих. Базові, темпераментні риси та соціально-обумовлені якості особистості відрізняються за мірою стабільності: одні виявляються більш стійкими, ніж інші. Особистісні якості, які належать до соціально-психологічного блоку, легше піддаються корекції і усвідомлено можуть змінюватися протягом життя. Саме тому, що адаптивна поведінка залежить від них, ми маємо широкі можливості для підвищення адаптивного потенціалу особистості шляхом формування та корекції соціально-опосередкованих характеристик особистості;

- загальний адаптивний потенціал особистості визначається, з одного боку, можливістю використання найбільш продуктивної стратегії поведінки, а з іншого боку - умінням усвідомлено і вільно використовувати кожну стратегію у відповідній ситуації;

- розвиток адаптованості пов'язаний з актуалізацією і освоєнням рівноцінного використання двох стратегій: активної зміни середовища та активної зміни себе. Поєднання цих двох стратегій дає максимальний ефект для адаптації;

- стратегії активної зміни середовища та активної зміни себе можуть поєднуватися, однак таке поєднання не є закономірністю. Для того, щоб оволодіти двома позначеними стратегіями, необхідно володіти особистісними можливостями, характерними для кожної з них.

У нашому дисертаційному дослідженні представлена ​​програма, що сполучає в собі різні форми навчання: тренінг особистісного зростання, спрямований на формування особистісного адаптаційного потенціалу; соціально-психологічний тренінг формування ефективних стратегій адаптивної поведінки; елементи психогімнастики, візуалізації, тілесноорієнтованої терапії.

З метою реабілітації дорослих з патологією зору нами була розроблена програма, спрямована на корекцію особистісного потенціалу досліджуваних, а саме: підвищення показників «адаптивних здібностей» (АЗ), а також рівня нервово-психічної стійкості (НПС) у людей, що мають зоровий дефект, розвитку в них здатності до формування адекватної самооцінки, реального сприйняття дійсності, емоційного комфорту, впевненості в собі. Програма спрямований на розвиток розуміння власної системи цінностей і суб'єктивних смислів у представників цієї категорії людей, на розкриття прихованих ресурсів, вирішення внутрішніх протиріч. Він дає можливість побачити, засвоїти і перетворити отриманий досвід у власні ресурси, відчути відповідальність за власні життєві вибори.

Серед дорослих з патологією зору, що взяли участь у нашому дослідженні, виявлено 68% учасників з вираженим і помірним рівнем трудової дезадаптації. Трудова дезадаптація серед даного контингенту осіб пов'язана, на нашу думку, з наявністю зорового дефекту. Зоровий дефект є стресовим чинником тривалої дії, що викликає непереносимість зовнішніх подразників (яскравого світла, гучних звуків). З ним можуть бути пов'язані зорові ілюзії, вісцеральні галюцинації, локалізовані в області очей, а також неприємні відчуття в тілі. Все це призводить до труднощів, пов'язаних з концентрацією уваги, так необхідної в процесі праці. Необхідність у постійній концентрації уваги викликає підвищену стомлюваність, порушення сну, емоційну нестійкість. Крім того, всі перераховані вище фактори призводять до зниження активності мозкової діяльності, а саме пригнічують альфа-ритм. У зв'язку з цим, виникає необхідність використання у тренінговій програмі таких форм корекції як психогімнастика, візуалізація, тілесноорієнтована терапія, аутотренінг.

Зацикленість на своєму фізичному стані у дорослих з патологією зору викликає у них підвищену помисливість, уразливість, що призводить до рольових обмежень, пов'язаних з трудовим процесом. Тому, нами передбачено використання в корекційній програмі рольових ігор, що відображають реально існуючі трудові ситуації, з метою навчання різним способам рольової поведінки.

Стереотипними уявленнями дорослих з патологією зору про прийоми та способи ефективної адаптації до навколишнього світу є пасивне підпорядкування умов оточення, пасивне очікування зовнішніх змін, а також активний вплив на зовнішнє середовище або партнера, з метою змінити їх. Корекційна програма передбачає формування ефективних стратегій адаптаційної поведінки. Такими стратегіями для дорослих з патологією зору є: стратегії активної зміни себе, стратегія активної зміни середовища й пасивної репрезентації себе. У корекційної програмі акцент робиться на навчання усвідомленого вибору і застосування тієї стратегії поведінки, яка буде найбільш ефективною чи єдино можливою в даній конкретній ситуації.

Виходячи з вищесказаного, можна окреслити цілі програми реабілітації:

1. Провести реабілітацію нервово-психічної стійкості та поведінкової саморегуляції у відповідності до психічної норми, як фактору, що забезпечує ефективність соціальної адаптації.

2. Знизити рівень професійної дезадаптації.

3. Навчити учасників тренінгу ефективним стратегіям адаптаційної поведінки.

Основними завданнями цієї програми є: подолання неадекватних установок щодо власного Я і особистих можливостей; зняття хворобливої фіксації на власному психофізичному стані; зміна табу щодо своїх тілесних, ментальних та емоційних проявів; усвідомлене прийняття особистих можливостей, спроможностей і бажань; розвиток рефлексивних здібностей; становлення адекватної самооцінки; формування особистісної незалежності; навчання адекватної реакції на стресові стани; зняття страхів; підвищення впевненості в собі; усвідомлення власних життєвих цілей; розвиток здатності до самостійного прийняття рішень та створення перспектив майбутнього; досягнення професійної задоволеності; усвідомлення і навчання ефективним стратегіям поведінки.

У відповідності з поставленими завданнями при формуванні програми реабілітації нами були реалізовані два напрямки роботи:

1. Тематичний, метою якого було обговорення з учасниками значущих понять, які проясняють проблему успішності соціальної адаптації, показують роль ефективних стратегій поведінки в процесі соціальної адаптації, пояснюють необхідність усвідомленої поведінки в стресових ситуаціях.

2. Практичний.

При розробці програми реабілітації нами враховувалися специфічні психологічні та особистісні особливості, сенсорна організація, соматичний стан, а також особливості навчання контингенту учасників тренінгу: більшість осіб цієї групи мають ознаки різних акцентуацій, невисоку емоційну стійкість, можуть проявляти агресію і конфліктність. Усе це викликало необхідність використання додаткових методів і прийомів, спрямованих на оптимізацію ситуації і досягнення максимального ефекту.

Реабілітація дорослих з патологією зору повинна бути спрямована на:

1*.* Корекцію особистісних характеристик досліджуванихшляхом подолання недоліків, які сформувалися в процесі життя раніше. Це - слабке розуміння своїх проблем, які досліджувані зводять в основному, до нестачі матеріальних засобів; знижена соціально-психічна активність; невпевненість у власних силах; знижене почуття власної гідності; знижений емоційний фон.

Нервово-психічна стійкість визначається такими складовими як: «Я-концепція», емоційний фон, усвідомлення своїх внутрішніх потреб і мотивів. Процес подолання негативних установок щодо власних можливостей, розкриття прихованих ресурсів (фізичних і особистісних), усвідомлення внутрішніх протиріч, а також своїх потреб і мотивів створює умови для усвідомлення власного життя в цілому, і, як наслідок, підвищує соціальну адаптованість, а значить, робить людину щасливою. Уміння створювати для себе сприятливий емоційний фон дозволяє людині перебувати у високому ресурсному стані. Така людина перебуває в гарному настрої, упевнена у собі, відкрита у стосунках, менш конфліктна, енергійна і працездатна, і, як наслідок, - здорова. Набуваючи навички підвищеного емоційного фону, доросла людина з патологією зору позитивно впливає на своє здоров'я, а значить, підвищує психофізіологічну адаптацію в процесі праці, що робить її більш адаптованою у соціумі.

**3.2. Аналіз результатів впровадження реабілітаційної програми**

Перевірка висунутої гіпотези будується на основі отриманих даних у ході попереднього та підсумкового тестування. При цьому валідність експерименту встановлюється на підставі достовірної зміни статистичних показників. Для цієї мети в розрахунках використовується t-критерій Стьюдента, який призначений для оцінки статистичної значущості різниці вибіркових середніх арифметичних двох роздільних первинних величин, а також оцінюются два абсолютно неперервних розподіли за допомогою коэфіцієнта Фішера.

Експеримент складається з наступних блоків:

- Основна експериментальна група формуючого експерименту склала в сукупності 120 випробовуваних (10 підгруп чисельністю не більше 12 осіб; групи були закритими, усі досліджувані – чоловіки віком від 31 до 52 років). У цих підгрупах проведена програма психокорекційних процедур, спрямована на посилення особистісного адаптивного потенціалу досліджуваних, а саме: підвищення рівня «адаптивних здібностей» (АЗ), оптимізацію нервово-психічної стійкості (НПС), розвиток у людей, що мають зоровий дефект, здатності до формування адекватної самооцінки, реального сприйняття дійсності, емоційного комфорту, впевненості в собі; навчання протистресовим заходам, а також, ефективним стратегіям адаптаційної поведінки. Програма включає в себе три тижневих психокорекційних циклів. Спочатку психокорекційної програми проводилося ознайомлювальне заняття, в кінці - заключне, на якому підводилися підсумки досягнень кожного учасника психокорекційної програми.

- Контрольна група формуючого експерименту склала 120 чоловік, які не увійшли в експериментальну групу. У контрольній групі процедура психокорекції відбувалася без урахування ступеня соціальної адаптації досліджуваних. Пропонувалися традиційні вправи на зняття емоційної напруги, підвищення стресостійкості, аутотренінг. Заняття не містили спеціальних вправ, спрямованих на підвищення особистісного адаптивного потенціалу досліджуваних та вироблення адаптивних стратегій поведінки.

У результаті проведених реабілітаційних процедур були отримані наступні результати:

За методикою діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда динаміка змін показників соціально-психологічної адаптації в експериментальній групі представлена в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

**Динаміка соціально-психологічної адаптації в експериментальній групі**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | низькі | | | | середні | | | | Високі | | | |
| початкові | | наступні | | Початкові | | наступні | | початкові | | Наступні | |
| N=  120 | % | N=  120 | % | N=  120 | % | N=  120 | % | N=  120 | % | N=  120 | % |
| Адаптивність | 21 | 18 | - | - | 99 | 82 | 35 | 29 | - | - | 85 | 71 |
| Самосприйняття | 30 | 25 | - | - | 87 | 73 | 30 | 25 | 3\* | 2\* | 90\* | 75\* |
| Прийняття інших | 36 | 30 | - | - | 63 | 53 | 49 | 41 | 21\* | 17\* | 71\* | 59\* |
| Емоційний комфорт | 36 | 30 | - | - | 84 | 70 | 21 | 18 | - | - | 99 | 82 |
| Інтернальність | - | - | - | - | 84 | 70 | 40 | 33 | 36 | 30 | 80 | 67 |
| Прагнення до домінування | 87 | 73 | 27 | 22 | 33 | 27 | 61 | 51 | - | - | 32 | 27 |
| Ескапізм | 20 | 18 | 31 | 26 | 96 | 80 | 89 | 74 | 4 | 2 | - | - |

Примітка: \* рівень достовірності p ≤ 0,01.

З табл. 3.1 видно, що група досліджуваних з середніми показниками адаптивності після проведення реабілітаційних заходів зменшилася з 99 осіб (82%) до 35 осіб (29%), однак, з'явилася група, що складається з 85 осіб (71%) з високими показниками адаптивності, що була відсутня до експерименту. Зникла група з низькими показниками адаптивності. Це пов'язано з тим, що покращилися показники прийняття себе, які виросли з 3 осіб (2%) до 90 осіб (75%) за високими показниками; прийняття інших - також виросли з 21 особи (17%) до 71 особи (59%), емоційного комфорту - склала 99 осіб (82%), підвищилася інтернальність - 80 осіб (67%), за показниками ескапізму група із середніми показниками зменшилася з 96 осіб (80%) до 89 осіб (74%), з низькими показниками збільшилася з 20 осіб (18%) до 31 особи (26%). Отримана динаміка є позитивним результатом.

Крім цього, нас цікавила зміна рівня адаптованості та її параметрів у результаті застосування нами психокорекційної програми. Результати порівняння наведені у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

**Середньогрупові значення за методикою адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда в експериментальній групі**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | До корекції | | Після корекції | | tст = 2,14  Р<=0,05 |
| Шкала | Норми | mean | St.dev | mean | St.dev |
| А-адаптація | 50-70,5 | 45 | 5,97 | 69 | 17,25 | 2,91\*\* |
| S-самоприйняття | 60-75,5 | 73 | 12,60 | 78 | 13,17 | 3,93\*\* |
| L-прийняття інших | 56,5-70 | 65 | 10,47 | 69 | 10,65 | 3,49\*\* |
| E-емоц.комфортність | 52-70,5 | 49 | 11,61 | 76 | 10,26 | 4,91\*\* |
| I-інтернальність | 55,5-65,5 | 76 | 9,01 | 79 | 9,08 | 2,15 |
| D-домінування | 45,5-60,5 | 44 | 16,23 | 56 | 13,73 | 2,26 |
| Esk-ескапізм | 10-20 | 25 | 3,42 | 14 | 2,96 | 2,63\*\* |

T – критерій – статистично значуща різниця вибіркових середніх – показники при p = 0,05 - \*; p = 0,01 - \*\*; p = 0,001 - \*\*\*. n = 298.

За результатами, наведеними у табл. 3.2 можна зробити висновок, що зміни адаптованості в експериментальній групі були наслідком проведеної реабілітаційної роботи, бо ми зафіксували статистично значущу різницю показників до корекції та після корекції. На це вказує значуща зміна показників А-адаптації с 45 (нижче норми) до 69 (верхньої границі норми). Покращилися середньогрупові значення таких показников, як емоційний комфорт, самоприйняття, прийняття інших, єскапізм. В експериментальній групі в результаті формувального впливу зафіксовано статистично значущі відмінності (φ\*= 2,28; Р<=0,01) рівня адаптаційного потенціалу результатів до та після корекції. Як видно із табл.3.2 відзначається позитивні зміни за параметрами емоційна комфортність (tст = 4,91; Р<=0,05), самосприйняття (tст =3,93; Р<=0,05), прийняття інших (tст =3,49; Р<=0,05), ескапізм (tст =3,49; Р<=0,05).

Ефективність програми реабілітації особистісних характеристик у дорослих з патологією зору з метою поліпшення соціальної адаптації можна простежити шляхом порівняння показників соціально-психологічної адаптації в експериментальній і контрольній групах.

Таблиця 3.3

**Показники адаптації в експериментальній і контрольній групах**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Інтегральні показники | Низькі | | | | Середні | | | | Високі | | | |
| Експер. | | Контр. | | Експер. | | Контр. | | Експер. | | Контр. | |
| N=  120 | % | N=  120 | % | N=  120 | % | N=  120 | % | N=  120 | % | N=  120 | % |
| Адаптація | - | - | 79 | 66 | 35 | 29 | 37 | 31 | 85 | 71 | 4 | 3 |
| Самосприйняття | - | - | 4 | 3 | 30 | 25 | 28 | 23 | 90 | 75 | 88 | 74 |
| Прийняття інших | - | - | 13 | 11 | 49 | 41 | 36 | 47 | 71 | 59 | 62 | 42 |
| Емоційний комфорт | - | - | 26 | 22 | 21 | 18 | 72 | 60 | 99\* | 82\* | 22 | 18 |
| Інтернальність | - | - | 5 | 4 | 40 | 33 | 50 | 42 | 80\* | 67\* | 74 | 54 |
| Прагнення до домінування | 27 | 22 | 42 | 35 | 61 | 51 | 49 | 41 | 32 | 27 | 29 | 24 |
| Ескапізм | 31\* | 26 | 28 | 23 | 89\* | 74 | 82 | 69 | 4 | 2 | 10 | 8 |

З табл. 3.3 видно, що після проведення реабілітаційних заходів високі показники адаптації в експериментальній групі значно переважають у порівнянні з показниками в контрольній групі (експериментальна група - 85 осіб (71%), контрольна група - 4 особи (3%)). Значно зросли показники емоційного комфорту (експериментальна група - 99 осіб (82%), контрольна група - 22 особи (18%)) і інтернальності (експериментальна група - 80 осіб (67%), контрольна група - 74 особи (54 %)). Підвищилися показники самосприйняття, прийняття інших, прагнення до домінування в експериментальній групі, порівняно з контрольною. У графі ескапізм (відхід від проблем) збільшилася група з низькими та середніми показниками, що, на нашу думку, є хорошим результатом.

За методикою для оцінки рівня розвитку адаптаційних здібностей особистості «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна динаміка змін адаптивності в експериментальній групі представлена в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

**Динаміка змін адаптивності в експериментальній групі**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | низькі | | | | середні | | | | Високі | | | |
| початкові | | наступні | | початкові | | наступні | | початкові | | Наступні | |
| N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % |
| ОАП | 100 | 83 | 7\* | 6\* | 20 | 17 | 69\* | 58\* | - | - | 44\* | 36\* |
| НПС | 95 | 79 | 11 | 9 | 25 | 21 | 82\* | 68\* | 5 | 4 | 27\* | 23\* |
| КЗ | 31 | 26 | - | - | 89 | 74 | 56 | 47 | - | - | 64\* | 53\* |
| МН | 27 | 23 | 15 | 13 | 93 | 77 | 91 | 76 | - | - | 14 | 11 |
| АЗ | 110 | 92 | 8 | 7 | 10 | 8 | 90 | 75 | - | - | 22\* | 18\* |

Примітка: \* рівень достовірності p ≤ 0,01.

Покращились показники адаптивності. Зменшилася група з низькими значеннями ОАП - 7 осіб (6%). Виросла група із середніми показниками ОАП - 69 осіб (58%), з'явилася група з високими показниками ОАП - 44 особи (36%). Це сталося, в результаті поліпшення показників нервово-психічної стійкості НПС - середні показники 82 особи (68%), високі - 27 осіб (23%); комунікативного потенціалу КП - 64 особи (53%); адаптаційних здібностей - середні 90 осіб (75%), високі 22 особи (18%). Показники моральної нормативності також покращилися: з'явилися високі значення 14 осіб (11%), у зв'язку з цим зменшилася група із середніми показниками з 93 осіб (77%) до 90 осіб (75%).

Зміну середньогрупових значень за методикою для оцінки рівня розвитку адаптаційних здібностей особистості «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна у результаті застосування нами реабілітаційної програми можна прослежити в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

**Середньогрупові значення за методикою оцінки рівня розвитку адаптаційних здібностей особистості «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна в експериментальній групі**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкала | Норми  в стенах | До | | Після | | tст = 2,14  Р<=0,05 |
| mean | St.dev | mean | St.dev |
| ОАП | 4-6 | 2 | 11,8 | 5 | 13,0 | 3,41\*\* |
| НПС | 4-6 | 3 | 10,7 | 5 | 9,02 | 4,23\*\* |
| КЗ | 4-6 | 5 | 3,37 | 6 | 3,16 | 3,73\*\* |
| МН | 4-6 | 5 | 3,36 | 6 | 2,55 | 2,08 |
| АЗ | 4-6 | 2 | 11,5 | 5 | 10,7 | 2,84 |

T – критерій – Статистично значуща різниця вибіркових середніх – показники при p = 0,05 - \*; p = 0,01 - \*\*; p = 0,001 - \*\*\*. n = 298.

Із табл. 3.5 видно, що підвищились середньогрупові значення ОАП (особистісного адаптивного потенціалу) до нормального рівня. Значуща зміна показника ОАП обумовлена зміною деякіх особистісних характеристик. НПС (нервово-психічна стійкість) була нижче норми (3 стена), а після псіхокорекційної роботи підвищилась до норми (5 стенов). КЗ (комунікативні особливості) також підвищились с 5 до 6 стенов. АЗ (адаптивні здібності) змінились с 2 до 5 стенов.

Вплив розробленої системи реабілітаційних заходів сприяв підвищенню особистісного адаптивного потенціалу досліджуваних експериментальної групи (φ\*= 1,75; Р<=0,05). Підвищились показники нервово-психічної стійкості (tст = 4,23; Р<=0,05), комунікативних здібностій (tст = 3,73; Р<=0,05), а також адаптивні здібності (tст = 2,84; Р<=0,05).

Показники адаптивності в експериментальній і контрольній групах представлені в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

**Показники адаптивності в експериментальній і контрольній групах за методикою оцінки рівня розвитку адаптаційних здібностей особистості «Адаптивність» А. Г. Маклакова і С. В. Чермяніна**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | Низькі | | | | Середні | | | | Високі | | | |
| Експер. | | Контр. | | Експер. | | Контр. | | Експер. | | Контр. | |
| N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % |
| ОАП | 7 | 6 | 96 | 80 | 69 | 58 | 24 | 20 | 44\* | 36\* | - | - |
| НПС | 11 | 9 | 68 | 57 | 82 | 68 | 47 | 39 | 27\* | 23\* | 5 | 4 |
| КЗ | - | - | 26 | 22 | 56 | 47 | 88 | 73 | 64\* | 53\* | 6 | 5 |
| МН | 15 | 13 | 24 | 20 | 91 | 76 | 90 | 75 | 14 | 11 | 6 | 5 |
| АЗ | 8 | 7 | 72 | 60 | 90 | 75 | 36 | 30 | 22 | 18 | 12 | 10 |

Примітка: \* рівень достовірності p ≤ 0,01.

З табл. 3.6 видно, що простежується позитивна динаміка, практично, за всіма показниками адаптивності. В експериментальній групі після проведення психокорекційної програми з'явилися особи з високими показниками ОАП - 44 особи (36%), які відсутні у контрольній групі. Значно збільшилися комунікативні здібності (КЗ) - 64 особи (53%), порівняно з контрольною групою - 6 осіб (5%). Збільшилася кількість осіб з високими показники НПС в експериментальній групі - 27 осіб (23%) у порівнянні з контрольною групою - 5 осіб (4%). Покращились, також, показники моральної нормативності (МН) і адаптивних здібностей (АЗ).

Вплив розробленої програми сприяв підвищенню показників нервово-психічної стійкості (φ=2,04; p≤0,01), комунікативних здібностей (φ=2,06; p≤0,05), а також моральної нормативності (φ=1,61; p≤0,05). Результати наведені на гістограмі середньогрупових значень за показниками рівня розвитку адаптивних здібностей досліджуваних ЕГ та КГ до та після формувального впливу, підтверджують ефективність психокорекційної програми. Показники ОАП, НПС, КЗ в єкспериментальной групі значно вишчі, ніж в контрольній. В контрольній групі позитивної динаміки щодо особистісного адаптивного потенціалу не спостерігається (ОАП - 4). Показники адаптивних здібностей і нервово-психічної стійкості (НПС - 6; АЗ - 4), комунікативні здібності (КЗ - 6) та моральна нормативність (МН - 6) залишилися майже без змін (φ\*= 1,56; Р<=0,05).

3. За опитувальником «Оцінка професійної дезадаптації» О. М. Родіної (в адаптації М. О. Дмитрієвої) динаміка змін рівня професійної дезадаптації в експериментальній групі представлена в табл. 3.7.

Таблиця 3.7

**Динаміка змін рівня професійної дезадаптації в експериментальній групі за опитувальником діагностики професійної дезадаптації**

**О. М. Родіної (в адаптації М. О. Дмитрієвої)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівень дезадаптації | Кількість виявлених осіб | | | |
| Початкові | | Наступні | |
| N=120 | % | N=120 | % |
| Високий рівень | 27 | 24 | 15 | 12 |
| Виражений рівень | 63 | 53 | 33 | 27 |
| Помірний рівень | 16 | 12 | 52 | 44 |
| Низький рівень | 14 | 11 | 20 | 17 |

Примітка: \* рівень достовірності p ≤ 0,01

У результаті проведеної реабілітаційної роботи отримано позитивні зрушення рівня професійної дезадаптації. З таблиці видно, що з'явилася досить велика група з помірним - 52 осіб (44%) і низьким - 20 осіб (17%) рівнем дезадаптації. Зменшилася група з вираженим рівнем дезадаптації з 63 осіб (53%) до 33 осіб (27%) та група з високім рівнем дезадаптації з 27 осіб (24%) до 15 осіб (12%). Група з низьким рівнем професійної адаптації поповнилася досліджуваними з інших трьох груп у яких в процесі проведення психокорекційної програми знизилися показники.

Зміну рівня середньогрупових значень показників професійної дезадаптації у результаті застосування програми в експериментальній групі можна прослежити в табл. 3.8.

Таблиця 3.8

**Зміна рівня середньогрупових значень показників професійної дезадаптації за опитувальником діагностики професійної дезадаптації О. М. Родіної (в адаптації М. О. Дмитрієвої) в експериментальній групі після психокорекційної роботи**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівень дезадаптації | Норми | До | | Після | | tст = 2,14  Р<=0,05 |
| mean | St.dev | mean | St.dev |
| Високий рівень | 96 та більше | 102 | 4,29 | 96 | 10,17 | 3,01\*\* |
| Виражений рівень | 65-95 | 81 | 8,17 | 65 | 10,5 | 5,8\*\* |
| Помірний рівень | 32-64 | 49 | 10,09 | 39 | 9,04 | 4,03\*\* |
| Низький рівень | до 32 | 22 | 6,26 | 19 | 5,40 | 2,36 |

T – критерій – Статистично значуща різниця вибіркових середніх – показники при p = 0,05 - \*; p = 0,01 - \*\*; p = 0,001 - \*\*\*. n = 298.

За результатами, наведеними у табл. 3.8 можна зробити висновки, що в результаті застосування психокорекційної програми середньогрупові значення групи з високім рівнем професійної дезадаптації знизились с 102 (високій рівень) до 96 (tст = 3,01). Покращились також показники на всіх рівнях професійної дезадаптації. В групі з вираженим рівнем професійної дезадаптації середньогрупові значення знизились с 81 до 65 (tст = 5,8), в групі з помірним рівнем – с 49 до 39 (tст = 4,03), в групі з низьким рівнем – с 22 до 19 (tст =2, 36).

Після проведення експерименту зменшилася кількість дезадаптованих осіб на всіх рівнях професійної дезадаптації: з високим рівнем - 15 осіб (12%); з вираженим рівнем - 33 особи (27%); з помірним рівнем професійної дезадаптації - 52 особи (44%); з низьким рівнем - 20 осіб (17%). За отриманими результатами спостерігається значна, статистично зафіксована, відмінність средньогрупових значень показників професійної дезадаптації між респондентами експериментальної і контрольної груп. В експериментальній групі покращились показники на всіх рівнях професійної дезадаптації. В контрольній групи такої динамики не спостерігається.

Зміну рівня середньогрупових значень показників професійної дезадаптації у результаті застосування програми в експериментальній і контрольній групах можна прослежити в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

**Зміна рівня середньогрупових значень показників професійної дезадаптації за опитувальником діагностики професійної дезадаптації О. М. Родіної (в адаптації М. О. Дмитрієвої) в експериментальній і контрольній групах**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Експериментальна група | | Контрольна група | | tст = 2,14  Р<=0,05 |
| Рівень дезадаптації | Норми | mean | St.dev | mean | St.dev |
| Високий рівень | 96 та більше | 96 | 4,35 | 102 | 9,17 | 3,12\*\* |
| Виражений рівень | 65-95 | 65 | 7,92 | 84 | 10,2 | 5,61\*\* |
| Помірний рівень | 32-64 | 39 | 10,11 | 50 | 9,25 | 4,01\*\* |
| Низький рівень | до 32 | 19 | 6,35 | 26 | 5,48 | 2,27 |

T – критерій – Статистично значуща різниця вибіркових середніх – показники при p = 0,05 - \*; p = 0,01 - \*\*; p = 0,001 - \*\*\*. n = 298.

За отриманими результатами спостерігається значна, статистично зафіксована, відмінність средньогрупових значень показників професійної дезадаптації між респондентами експериментальної і контрольної груп. В контрольній групі покращились показники на всіх рівнях професійної дезадаптації. В контрольній групи такої динамики не спостерігається.

Динаміка змін рівня професійної дезадаптації в експериментальній групі, пов'язана зі змінами за окремими ознаками. За показником «емоційних зрушень» значно збільшилося число осіб з низькими значеннями - 90 осіб (75%), за рахунок цього зменшилася група осіб із середніми показниками - з 60 осіб (50%) до 30 осіб (25%), особи з високими показниками відсутні. Зменшилася в експериментальній групі кількість осіб з високими значеннями за показником «відчуття втоми» з 75 осіб (63%) до 9 осіб (8%), з'явилася досить велика група осіб з низькими значеннями «відчуття втоми» - 65 осіб (54%), яка була відсутня до експерименту. Покращилися показники «сон-неспання»: низькі - 55 осіб (46%), високі - значно знизилися з 66 осіб (55%) до 12 осіб (10%). Є позитивні зрушення в показнику «соматичні порушення» - зменшилася група з високими показниками з 78 осіб (65%) до 28 осіб (23%), а група з середніми - збільшилася з 42 осіб (35%) до 47 осіб (39%), з'явилися особи з низькими значеннями «соматичних порушень» - 45 осіб (38%). За рахунок цього, збільшилася мотивація до діяльності - кількість осіб з низькими показниками зросла з 57 осіб (47%) до 102 осіб (85%), невелика група осіб із середніми показниками - 18 осіб (15%) і зовсім відсутні особи з високими значеннями «зниження мотивації» після проведення експерименту.

Зміну середньогрупових значень показників професійної дезадаптації та її параметрів у результаті застосування програми можна прослежити в табл. 3.10. За результатами, наведеними у табл. 3.10, можна зробити уявлення про те, що середньогрупові значення рівня професійної дезадаптації знизилися з 62 (виражений рівень) до 32 (помірний рівень) (φ\*= 2,39; Р<=0,05). Тому сприяли позитивні зміни в таких ознаках як емоційні зрушення (tст = 5,79; Р<=0,05) та соматичні порушення (tст = 2,94; Р<=0,05), зменшилося відчуття втоми (tст = 2,15; Р<=0,05), прийшов у норму сон (tст = 3,35; Р<=0,05). Покращилась мотивація до діяльності (tст = 3,14; Р<=0,05). Отримана динаміка є позитивним результатом.

Таблиця 3.10

**Середньогрупові значення змін рівня професійної дезадаптації за окремими ознаками в експериментальній групі за опитувальником діагностики професійної дезадаптації О. М. Родіної**

**(в адаптації М. О. Дмитрієвої)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | До | | Після корекції | | tст = 2,14  Р<=0,05 |
| Шкала | Норми | mean | St.dev | mean | St.dev |
| Рівень дезадаптації | 0-32 | 62\* | 21,91 | 32 | 21,04 | 4,09\*\* |
| Емоційні зрушення | 8 | 9\* | 2,03 | 7 | 1,39 | 5,79\*\* |
| Особливості психологічних процесів | 4 | 3 | 1,3 | 3 | 1,02 | 2,5 |
| Зниження загальної активності | 5 | 4 | 1,24 | 4 | 0,99 | 2,84 |
| Відчуття втоми | 6 | 9\* | 2,08 | 5 | 1,34 | 2,15 |
| Соматичні порушення | 20 | 28\* | 4,85 | 20 | 4,33 | 2,94\*\* |
| «Сон- неспання» | 8 | 12\* | 2,19 | 7 | 1,78 | 3,35\*\* |
| Особливості соціальної взаємодії | 9 | 6 | 1,99 | 6 | 1,74 | 2,84 |
| Зниження мотивації до діяльності | 4 | 4 | 1,06 | 3 | 0,78 | 3,14 |

T – критерій – Статистично значуща різниця вибіркових середніх – показники при p = 0,05 - \*; p = 0,01 - \*\*; p = 0,001 - \*\*\*. n = 298.

Показники професійної дезадаптації за окремими ознаками в експериментальній та контрольній групах представлені в табл. 3.11.

З табл. 3.11 видно, що за показником «емоційні зрушення» особи з низькими значеннями в експериментальній групі переважають - 90 осіб (75%) у порівнянні з контрольною групою - 74 особи (62%); із середніми значеннями також переважають в експериментальній групі - 30 осіб (25%), у контрольній групі - 23 особи (19%), особи з високими значеннями за даним показником в експериментальній групі відсутні. Отримано позитивний результат за показником «сон-неспання». Кількість осіб з високими значеннями за даним показником значно нижча в експериментальній групі - 12 осіб (10%), порівняно з контрольною - 36 осіб (30%), а з низькими і високими значеннями вища, ніж у контрольній групі.

Таблиця 3.11

**Показники професійної дезадаптації за окремими ознаками в експериментальній і контрольній групах**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | Низькі | | | | середні | | | | високі | | | |
| Експер. | | Контр. | | Експер. | | Контр. | | Експер. | | Контр. | |
| N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % | N=120 | % |
| Емоційні зрушення | 90\* | 75 | 74 | 62 | 30\* | 25 | 23 | 19 | - | - | 23 | 19 |
| Особливості психологічних процесів | 89 | 74 | 86 | 72 | 17 | 14 | - | - | 14 | 12 | 34 | 28 |
| Зниження загальної активності | 103 | 86 | 84 | 70 | 12 | 10 | 17 | 14 | 5 | 4 | 19 | 16 |
| Відчуття втоми | 65 | 54 | 50 | 42 | 46 | 38 | 41 | 34 | 9 | 8 | 29 | 24 |
| Соматичні порушення | 45 | 38 | 37 | 31 | 47 | 39 | 53 | 44 | 28 | 23 | 30 | 25 |
| «Сон- неспання» | 55 | 46 | 41 | 34 | 53 | 44 | 43 | 36 | 12\* | 10 | 36 | 30 |
| Особливості соціальної взаємодії | 90 | 75 | 78 | 65 | 30 | 25 | 36 | 30 | - | - | 6 | 5 |
| Зниження мотивації до діяльності | 102\* | 85 | 96 | 80 | 18\* | 15 | - | - | - | - | 24 | 20 |

Примітка: \* рівень достовірності p ≤ 0,01.

Позитивні результати застосування реабілітаційної програми простежуються, також, за даними, приведеними на рис. 3.5. Порівняння показників досліджуваних єкспериментальної та контрольної груп засвідчило існування статистично достовірних відмінностей в обох групах (φ\*= 2,06; Р<=0,05). В єкспериментальной групі виявлено підвищення емоційного фону (tст = 5,49; Р<=0,05), загальної активності (tст = 2,84; Р<=0,05), покращення показника «сон-неспання» (tст = 3,12; Р<=0,05), та як наслідок знизилось відчуття втоми (tст = 2,15; Р<=0,05), і підвищилась мотивація до діяльності (tст = 3,11; Р<=0,05). Середньогрупові значення рівня професійної дезадаптації в експериментальній групі стали значно нижчими (32), ніж у контрольній групі (58) (tст = 4,05; Р<=0,05).

Окремо треба визначити, що у 59 % респондентів спостерігається сполучення двох високо адаптивних стратегій (2 і 6; 6 і 2; 2 і 5; 6 і 5). У 34% респондентів спостерігається сполучення трьох високо адаптивних стратегій (2-5-6). І тільки 3% респондентів після корекційної роботи продовжують обирати стратегії №1, №7.

Спираючись на теоретичні положення, можна констатувати, що серед 30,8% респондентів з низьким ступенем соціальної адаптації сформовано оптимальний тип поєднання адаптивних стратегій поведінки (φ=1,71; p≤0,05), а серед 45,4% частково адаптованих досліджуваних – високе адаптивне сполучення поведінкових стратегій або реалізується одна з високоадаптивних стратегій (φ=2,17; p≤ 0,01).

Отже, отримані результати показали, що запропонована нами психокорекційна програма соціальної адаптації дорослих з патологією зору до навколишнього світу, спрямованая на корекцію особистісного потенціалу досліджуваних, а саме: підвищення показників «адаптивних здібностей» (АЗ), рівня нервово-психічної стійкості (НПС), розвитку здатності до формування адекватної самооцінки, реального сприйняття дійсності, емоційного комфорту, впевненості в собі, а також усвідомлення і навчання ефективним стратегіям поведінки людей, що мають зоровий дефект сприяє формуванню покращеної моделі адаптаційної поведінки людей, зі слабким зором. Отримані результати показали ефективність застосованих методів формувального впливу щодо підвищення особистісного адаптивного потенціалу дорослих з патологією зору, професійної адаптації та вибору стратегій адаптивної поведінки, що сприяло підвищенню ступеня їх соціальної адаптації в цілому.

Спостереження за дорослими з патологією зору (учасниками експерименту) підтвердило тенденцію до їх успішності в соціальній адаптації в результаті проведеної реабілітаційної роботи.

**Висновки до розділу**

Результатом реабілітаційного етапу дослідження стали нові уявлення про характер адаптаційного процесу дорослих з патологією зору в умовах взаємодії з навколишнім світом. Були позначені зовнішні і внутрішні детермінуючі чинники процесу адаптації дорослих з патологією зору.

Основою для інтенсифікації процесу взаємодії є комплекс особистісних здібностей: здатність людини аналізувати ситуації міжособистісної взаємодії, виявляючи причини та їх наслідки, реакції партнера по взаємодії; здатність самостійно отримувати досвід, необхідний для успішної взаємодії та діяльності; здатність ставити завдання зміни власної поведінки у спілкуванні і поведінці, вирішувати їх, використовуючи отриманий досвід; прагнення і здатність до адекватної самооцінки.

Одним із шляхів реабілітаційної роботи може бути супровід пацієнтів, який полягає у своєчасному виявленні методами діагностики проявів дезадаптованості і корекції особистісних особливостей, які впливають на процес адаптації.

Аналіз результатів реабілітаційної роботи, проведеної за створеною комплексною програмою, дозволяє стверджувати, що дана програма сприяє усвідомленню дорослими з патологією зору характерних поведінкових стереотипів своєї життєдіяльності, дозволяє набувати знання про способи їх зміни, формувати внутрішню готовність до практичного експериментування щодо змін індивідуальних схем поведінки і поведінкових стратегій адаптації; дозволяє випробувати нові поведінкові моделі в груповій ігрової діяльності, сприяє розвитку самосвідомості.

Особливостями реабілітаційної програмиє: поєднання в собі різних форм навчання (особистісного зростання, спрямованого на формування особистісного адаптаційного потенціалу; формування ефективних стратегій адаптаційної поведінки; комунікативного тренінгу), використання методів навчання, необхідних саме для даного контингенту осіб (методи релаксації, методи тілесноорієнтованої терапії, дихальні вправи, вправи для очей), проведення тренінгів в сінтон-режимі.

Комплексна реабілітаційна програма підвищення адаптованості дорослих з патологією зору ефективно підвищує рівень адаптованості. В експериментальній групі в результаті формувального впливу зафіксовано статистично значущі відмінності (φ\*= 2,28; Р<=0,01) рівня адаптаційного потенціалу результатів до та після корекції, відзначаються позитивні зміни за параметрами емоційна комфортність (tст = 4,91; Р<=0,05), самосприйняття (tст =3,93; Р<=0,05), прийняття інших (tст = 3,49; Р<=0,05), ескапізм (tст =3,49; Р<=0,05). Вплив розробленої системи реабілітаційних заходів сприяв підвищенню особистісного адаптивного потенціалу досліджуваних експериментальної групи (φ= 1,75; Р<=0,05). Підвищились показники нервово-психічної стійкості (tст = 4,23; Р<=0,05), комунікативних здібностій (tст = 3,73; Р<=0,05), а також адаптивні здібності (tст = 2,84; Р<=0,05). Покращились показники на всіх рівнях професійної дезадаптації. В групі з високим рівнем професійної дезадаптації середньогрупові значення знизилися з 102 до 96 (tст = 3,01; Р<=0,05), в групі з вираженим рівнем професійної дезадаптації - с 81 до 65 (tст = 5,8; Р<=0,05), в групі з помірним рівнем – с 49 до 39 (tст = 4,03; Р<=0,05), в групі з низьким рівнем – с 22 до 19 (tст =2, 36; Р<=0,05). В єкспериментальній групі виявлено підвищення емоційного фону (tст = 5,49; Р<=0,05), загальної активності (tст = 2,84; Р<=0,05), покращення показника «сон-неспання» (tст = 3,12; Р<=0,05), та як наслідок знизилось відчуття втоми (tст = 2,15; Р<=0,05), і підвищилась мотивація до діяльності (tст = 3,11; Р<=0,05). Після проведення психокорекційної роботи структура бажаних стратегій поведінки у респондентів експериментальної групи змінилася у бік найбільш ефективних стратегій поведінки №2, №6 та №5. У результаті проведення реабілітаційної роботи відбувається зсув вибору у бік переважного використання меншої кількості стратегій: якщо на початку дослідження в групі респонденти використовували сім типів адаптивної поведінки, то після реабілітаційної роботи найбільша кількість обраних стратегій – три.

**ВИСНОВКИ**

1. Дослідження фізичної та соціальної адаптації осіб з порушеннями зору носять фрагментарний характер і здебільшого виконані в межах робіт медичного та соціального профілю. Основна робота в цьому напрямку полягає в розробці методів медико-соціальної допомоги (переважно інвалідам по зору), спрямованих на максимальну компенсацію дефекту, формування активної життєвої позиції. Утім, процес соціальної та психофізіологічної адаптації працездатних осіб з вадами зору не може бути успішним без урахування особливостей функціонування складових їх адаптивного потенціалу, рівня розвитку адаптивних здібностей, оцінки ступеня професійної дезадаптації, вибору стратегій адаптивної поведінки.

2. Критерії зниження особистісного адаптивного потенціалу осіб з порушеннями зору включають такі показники складових: низький рівень поведінкової регуляції, схильність до нервово-психічних зривів, відсутність адекватності самооцінки, низький рівень комунікативних здібностей, труднощі у встановленні міжособистісних контактів, прояви агресивності, підвищення конфліктності, неможливість адекватної оцінки свого місця й ролі в колективі, зниження моральної нормативності. Серед критеріїв зниження адаптованості осіб з порушеннями зору переважають незбалансованість локусу контролю, неприйняття себе та інших, наявність захисних бар’єрів в усвідомленні свого актуального досвіду, негнучкість психічних процесів. Показники цих критеріїв дозволили виокремити ступінь соціальної адаптації осіб з порушеннями зору: соціально адаптованих, з частковою соціальною адаптацією, з низьким ступенем соціальної адаптації.

3. Процес фізичної та соціальної адаптації осіб з порушеннями зору тісно взаємопов’язаний з особливостями їх професійної адаптації. Вивчення показників професійної адаптації слабозорих, спрямоване на з’ясування особливостей їх адаптації до соціальних компонентів соціального середовища, показало, що критеріями її зниження є негативне відношення до виробничого підприємства, організації (великої групи), до керівництва, незадоволеність стосунками із співробітниками, а також змістом і умовами праці. Стосовно психофізіологічної складової професійної адаптації осіб з вадами зору, то її зниження проявляється в погіршенні самопочуття, соматовегетативних симптомах, різних порушеннях трудової діяльності та взаємодії.

4. Ефективність розробленої програми фізичної та соціальної адаптації осіб з порушеннями зору констатована зміною таких параметрів як адаптованість, стиль адаптивної поведінки, професійна адаптація. Після реабілітаційного впливу відбулося вірогідне підвищення показників нервово-психічної стійкості, комунікативних здібностей та моральної нормативності, а також рівня адаптивних здібностей до показників задовільної та нормальної адаптації. Виявлено переважно помірний та низький рівень професійної дезадаптації, оптимізувалась кількість обраних стратегій адаптивної поведінки. Програма сприяла підвищенню ступеня соціальної адаптації осіб з порушеннями зору, орієнтації на саморозвиток, самовдосконалення, застосуванню адаптивних стратегій поведінки.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

* + - 1. Аврамова Е. М. Адаптация и перемена статуса / Е. М. Аврамова, Е. А. Александрова // Социалогические исследования. – М. : Наука, 1998. – 152 с.

1. Айтервуд М. М. Полноценная жизнь инвалида / М. М. Айтервуд. – М. : Наука, 1991. – 267 с.
2. Александровский Ю. А. Состояния дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М. : Прогрес, 1996. – 342 с.
3. Алексеев В. Н. Исследование качества жизни больных с первичной открытоугольной глаукомой / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная – СПб. : Гос. мед. академия им. И.И. Мечникова, 2006. – С. 17.
4. Армитэдж Т. Р. О воспитании слепых и их занятиях / Т. Р. Армитэдж. – СПб. : Наука, 1989. – С. 69.
5. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 193 с.
6. Бодров В. А. Когнитивные процессы и психологический стресс / В. А. Бодров // Психологический журнал. – 1994. – № 6. – С. 36 – 48.
7. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М. : Наука, 1988. – 402 с.
8. Бронников В. А. Опыт комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями в условиях специализированного центра / В. А. Бронников // 1-й Российский конгресс «Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации» : Сб. научных трудов. – М. : 30 октября – 31 октября 2003 г. – С. 28 – 34.
9. Буева Л. П. Личность и ее социальная деятельность / Л. П. Буева // Очерки методологии познания социальных явлений. – М. : Мысль, 1970. – С. 160 – 214.
10. Буткина Г. А. Некоторые вопросы затруднения социально-психологической адаптации взрослых слепых / Г. А. Буткина // Дефектология. – 1977. – № 6. – С. 145 – 256.
11. Вавилов С. И. Глаз и Солнце / С. И. Вавилов. – М. : Наука, 1981. – 892 с.
12. Василюк Ф. Е. Психология переживания : Анализ преодоления критических ситуацій / Ф. Е. Василюк. – М. : Наука, 1984. – С.16 – 77.
13. Виллей П. Педагогика слепых / П. Вилей / Под. ред. Гандера. – М. : Учпедгиз, 1936. – С. 70 – 71.
14. Волков Г. Д. Адаптация и её уровни / Г. Д. Волков, Н. Б. Оконская. – М. : Наука, 1996. – 175 с.
15. Волкова Л. С. Выявление и коррекция нарушений устной речи у слепых и слабовидящих детей / Л. С. Волкова. – Л. : Наука, 1982. – 186 с.
16. Вопросы обучения и воспитания слепых и слабовидящих / Сб. науч. трудов // Под ред. А. Г. Литвака. – Л. : Наука 1981. – 122 с.
17. Вулдридж Д. Механизмы мозга / Д. Вулдридж. – М. : Мир, 1974. – 278 с.
18. Вульф Л. Что надо инвалиду? Социальная защита / Л. Вульф. – М. : Наука, 1998. – № 6. – С. 25 – 40.
19. Галкин Н. Н. Социальная реабилитация детей-инвалидов средствами изобразительного искусства / Н. Н. Галкин. – Краснодар : Пламя, 2004. – 145 с.
20. Глезер В. Д. Зрение и мышление / В. Д. Глезер. – Л. : Наука, 1985. – 367 с.
21. Грегори Р. Разумный глаз / Р.Грегори. – М.: Мир, 1972. – 794 с.
22. Григорьева Л. П. Психофизиологические исследования зрительных функций нормальновидящих и слабовидящих школьников / Л. П. Григорьева. – М. : Педагогика, 1983. – 56 с.
23. Гудонис В. Теоретические предпосылки интеграции лиц с нарушенным зрением / В. Гудонис // Дефектология. – 1996. – № 2 – С. 7.
24. Дементьева Н. Ф. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей / Н. Ф. Дементьева, Э. В. Устинова. – М. : Институт социальной работы. 1995. – С. 9 – 13.
25. Демидов В. Е. Как мы видим то, что видим / В. Е. Демидов. – М. : Знание, 1987. – 238 с.
26. Диагностика, развитие и коррекция сенсорной сферы лиц с нарушениями зрения / Под ред. Е. М. Папина // Материалы междун. научно-пед. конф. тифлопедагогов и незрячих учителей, посвященной 200-летию РГПУ им. А. И. Герцена, 28–30 октября 1996 г. – М. : Логос, 1997. – 115 с.
27. Добровольская Т. А. Инвалид и общество : социально-психологическая интеграция / Т. А. Добровольская, Н. Б. Шабалина // Социологические исследования. – 1991. – № 5. – С. 14 – 23.
28. Дубченко О. Н. Социальная идентификация и адаптация личности / О. Н. Дубченко, А. В. Мытиль // Социс. – 1995. – № 12.
29. Ермаков В. П. Основы тифлопедагогики : Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М. : Владос, 2000. – 240 с.
30. Завацька Н. Є. Теоретичне обгрунтування оптимальної моделі соціально-психологічної адаптації / Н. Є. Завацька // Збірних наукових праць Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля. – Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2006. – С. 60 – 62.
31. Завацька Н. Є. Я–концепція як складова адаптаційного потенціалу особистості зрілого віку / Н. Є. Завацька // Теоретичні і прикладні проблеми психології. – 2008. – № 1. – С. 68 – 75.
32. Завацька Н. Є. Адаптивна функція самосвідомості особистості в процесі освоєння нової соціальної ролі / Н. Є. Завацька // Наукові записки Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. акад. С. Д. Максименка. – К. : Міленіум, 2007. – Вип. 34. – С. 139 – 148.
33. Завацька Н. Є. Аналіз підходів до проблеми соціально-психологічної дезадаптації особистості / Н. Є. Завацька // Теоретичні і прикладні проблеми психол. : Зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля. – Луганськ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2004. – № 1 (6). – С. 84 – 88.
34. Завьялова Е. К. Психологические механизмы социальной адаптации человека / Е. К. Завьялова // Вестник Балтийской педагогической академии. – 2001. – № 40. – С. 26 – 29.
35. Закс Л. Статистическое оценивание / Л. Закс. – М. : Наука, 1976. –312 с.
36. Земцова М. И. Пути компенсации слепоты / М. И. Земцова. – М. : Просвещение, 1956. – Гл. I – III. – С. 139 – 156.
37. Зотов А. И. Дефект зрения и психическое развитие личности / А. И. Зотов // Психологические особенности слепых и слабовидящих школьников. – Л. : Изд-во ЛГПИ им. А. И. Герцена, 1981. – С. 3–18.
38. Зотов А. И. Очерк по теории зрительных ощущений / А. И. Зотов. – Л. : ЛГПИ им. А. И. Герцена, 1971. – Гл. 1 – 3. – 164 с.
39. Зрительное опознание и его нейрофизиологические механизмы / Под. ред. В. Д. Глезера – Л. : Наука, 1975. – 437 с.
40. Иваницкий А. М. Информационные процессы мозга и психическая деятельность / А. М. Иваницкий. – М. : Наука, 1984. – 458 с.
41. Инвалиды : язык и этикет. – М. : РООИ «Перспектива», 2000. – 159 с.
42. Ионин Л. Г. Социология культуры: путь в новое тысячелетие / Л. Г. Ионин. –М. : Наука, 1990. – Кн. 1. – С. 139 – 198.
43. Калайков И. Д. Цивилизация и адаптация / И. Д. Калайков. – М. : Прогресс, 1984. – 240 с.
44. Карасева Л. А. Реабилитационные технологии в системе трудовой и социальной адаптации инвалидов / Л. А. Карасева // 1-й Российский конгресс «Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации» : Сб. научных трудов. – М. : Наука, 30 октября - 31 октября 2003 г. – 21 с.
45. Кириллова О. А. Психические расстройства и качество жизни больных первичной открытоугольной глаукомой / О. А. Кириллова, М. В. Коркина, М. С. Артемьева. – М. : Изд-во ВОС, 2006. – С. 16.
46. Князев М. С. Опыт работы незрячих работников интеллектуального труда / М. С. Князев. – М. : Изд-во ВОС, 1983. – С. 35.
47. Коваленко Б. И. Возвращение ослепших к трудовой жизни / Б. И. Коваленко. – М. : Учпедгиз, 1946. – 191 с.
48. Кондратов А. М. Восстановление трудоспособности слепых : Учебно-методическое пособие / А. М. Кондратов. – М. : Изд-во ВОС, 1976. – 143 с.
49. Констаньявес Н. Всемирная организация здравоохранения и международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья / Н. Констаньявес, О. П. Щепин, В. К. Овчаров, Е. П. Какорина, Ф. А. Юнусов // 1-й Российский конгресс «Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации» : Сб. научных трудов. – М. : Наука 30 октября - 31 октября 2003 г. – 21 с.
50. Коркина М. В.Психические нарушения при хронических соматических заболеваниях с учетом использования новых методов лечения / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. Л. Карнозов. – М. : Изд-во ВОС, 1967 – С. 15.
51. Кудрявцев В. Н. Социальные деформации: причины, механизмы, пути преодоления / В. Н. Кудрявцев. – М. : Наука 1992. – 203 с.
52. Кузнецов П. С. Адаптация как функция развития личности / П. С. Кузнецов. – Саратов : Профи 1991. – С. 78 – 83.
53. Куницына В. Н. Межличностное общение / В. Н. Куницына, Н. В. Казарина, В. М. Погольша. – СПб. : Питер, 2001. – 367 с.
54. Либман Е. С. Подходы к оценке качества жизни офтальмологических больных / Е. С. Либман, М. Р. Гальперин, Е. Е. Гришина, Н. Ю. Сенкевич // Клин. офтальмология. – М. : Наука, 2002. – Т. 3, № 3. – С. 119 – 121.
55. Липкова О. И. К проблеме компенсации слепоты / О. И. Липкова // Материалы научных конференций РГГУ. – М. : Изд-во ВОС, 1983. – С. 25.
56. Литвак А. Г. Эмоциональные состояния ослепших. Диагностика, развитие и коррекция сенсорной сферы лиц с нарушениями зрения / А. Г. Литвак. // Материалы Междун. научно-пед. конф. тифлопедагогов и незрячих учителей, посвященной 200-летию РГПУ им. А. И. Герцена // Ред. Е.М. Папина. – М. : Логос, 1997. – С. 87 – 89.
57. Маллаев Д. М. Игры для слепых и слабовидящих / Д. М. Маллаев. – М.: Наука, 1992. – 286 с.
58. Матвеев В. Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха / В. Ф. Матвеев. – М. : Медицина, 1987. – С. 5 – 32.
59. Матвеев Ю. И. Социальная ориентация личности / Ю. И. Матвеев. – Ростов-на-Дону : Дон, – 1990. – 210 с.
60. Медведев В. И. О проблеме адаптации / В. И. Медведев // Компоненты адаптационного процесса. – Л. : Наука, 1984. – 112 с.
61. Мельникова Н. Н. Стратегии поведения в процессе социально-психологической адаптации : Дис. канд. психол. наук 19.00.05 / Н. Н. Мельников. – СПб., 1999. – 194 c.
62. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – СПб. : Питер, 1995. – С. 200 – 230.
63. Наторп П. Социальный идеализм / П. Наторп. – М. : Наука, 2004. – С. 98 – 149.
64. Никитин Е. П. Феномен человеческого самоутверждения / Е. П. Никитин, Н. Е. Харламенкова. – СПб. : Алетейя, 2000. – 276 с.
65. Ольшанский Д. В. Адаптация социальная / Д. В. Ольшанский // Философский энциклопедический словарь / Ред. кол. : С. С. Аверинцев и др. – М. : Наука, 1989. – 439 с.
66. Особенности учебной и трудовой деятельности при глубоких нарушениях зрения / Под ред. А. Г. Литвака. – Л. : Изд-во ЛГПИ им. А. И. Герцена, 1983. – 112 с.
67. Парсонс Т. О структуре социального действия / Т. Парсонс – М. : Академический Проект, 2000. – 880 с.
68. Первушина В. Ю. Комплексное восстановительное лечение больных с диабетической нейропатией / В. Ю. Первушина, Ю. О. Новиков // 1-й Российский конгресс «Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации» : Сб. научных трудов. – М. : Наука, 30 октября - 31 октября 2003 г. – С. 34 – 45.
69. Петров Ю. И. Организация и методика обучения слепых ориентировке в пространстве / Ю. И. Петров. – М. : Наука, 1988. – 183 с.
70. Ромм М. В. Адаптация личности в социуме / М. В. Ромм. –Новосибирск : Наука, 2002. – 312 с.
71. Рот Г. Реальность и действительность / Г. Рот // Дискурс радикального конструктивизма. – Мюнхен : Phren, 2000. – С. 289 – 312.
72. Рыскин А. А. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. Руководство для социальных работников / А. А. Рыскин, Э. И. Танюхина. – М. : Логос, 1996. – 164 с.
73. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М. : Наука, 1982. – С. 52 – 83.
74. Силкин Л. Н. Психологическая диагностика личности и психотерапия инвалидов по зрению / Л. Н. Силкин. – М. : Из-во ВОС, 1984. – 198 с.
75. Хаялетдинов А. Н. Пути решения проблем социокультурной реабилитации инвалидов по зрению в КСРК ВОС / А. Н. Хаялетдинов // 1-й Российский конгресс «Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации» : Сб. научных трудов. – М. : Наука, 30 октября - 31 октября 2003 г. – С. 23 – 27.
76. Холостова Е. И. Социальная реабилитация / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева // Уч. пособие. – М. : Дашков и Ко, 2001. – 379 с.