

УДК 371.132

Яхник Я.В.

Кубанский государственный университет (г. Краснодар)

**ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА
НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПОДРОСТКОВ
С ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Y. Yahnik

Kuban State University, Krasnodar

**INFLUENCE OF PSYCHOEMOTIONAL STATUS ON BEHAVIORAL
REACTIONS OF ADOLESCENTS WITH ORTHOPEDIC ABNORMALITIES**

Аннотация. Статья посвящена проблеме заболевания детского населения России болезнями опорно-двигательного аппарата и формирования сопутствующей патопсихологической ситуации. Определено, что на рост дефектов осанки у детей оказывает влияние снижение физической активности детей и увеличение статических нагрузок на растущий позвоночник. В статье рассматриваются пути решения проблемы гиподинамии, социальной дезадаптации и способы увеличения мотивационной сферы подростков. Предлагается экспериментальная авторская программа, пробное внедрение которой в воспитательную работу лечебно-оздоровительного учреждения Краснодарского края дало положительные результаты, позволив существенно улучшить психоэмоциональное состояние подростков.

Ключевые слова: подростки, нарушения опорно-двигательного аппарата, социализация, физическая активность, гиподинамия, мотивация.

Abstract. This article covers the problem of getting disorders of locomotor apparatus by Russian adolescents. It is stated that abnormalities of locomotor apparatus stimulate the development of a concomitant psycho-pathological situation. It is defined that the decrease of children's physical activity and the increase of static loads on a growing spine influence the increasing number of children's faults of posture. This article considers the ways of solving hypodynamia problems, problems of social maladjustment and methods of increasing motivational sphere of adolescents.

Key words: adolescents, abnormality of locomotor apparatus, socialization, physical activity, hypodynamia, motivation.

В настоящее время особую тревогу вызывает здоровье школьников, так как в РФ 53% детей имеют ослабленное здоровье, 2/3 детей в возрасте до 14 лет имеют хронические заболевания [5, с. 4]. Отмечается выраженный рост распространенности отклонений различных дисфункций позвоночника, в частности боковых деформаций [2, с. 5-6]. На рост дефектов осанки у детей оказывает влияние снижение физической активности детей и увеличение статических нагрузок на растущий позвоночник. На этой основе создается физиологическое состояние, которое может стать причиной дальнейшего развития патологического процесса [5, с. 6-7; 7, с. 44-49]. Вследствие неполноценности физического развития на психическое состояние детей влияет большое количество негативных факторов, вызывающих трудность в адаптации в обществе. Следует отметить взаимосвязь ухудшения физического состояния с психосоциальным здоровьем детей, так как наблюдается социальная дезадаптация, заниженная самооценка, низкая успеваемость в школе, симптомы психических расстройств. По этой причине дети с хроническими соматическими нарушениями часто страдают психогенными заболеваниями и личностной дезадаптацией и, как следствие, имеют соответствующую

щий негативный психоэмоциональный фон. Нередко эта психопатологическая ситуация сопровождается искаженным восприятием о причинах, течении и последствиях заболевания, а это может затруднять процесс выздоровления и личностной реадaptации пациента.

Среда является тем фактором, который провоцирует включение инстинктивных программ регуляции поведенческих реакций с помощью психомоторных механизмов, поэтому возможны дисфункции данных реакций для детей с ограниченными физическими возможностями и нарушениями в психоэмоциональной сфере [1, с. 66-70]. Патологическими поведенческие реакции являются в том случае, если они сопровождаются снижением адаптации. При этом необходимо учитывать низкую исходную адаптационную способность детей с ортопедическими патологиями. Психоэмоциональный портрет косвенно определяет поведенческие реакции человека. От степени влияния психоэмоционального состояния на поведенческие реакции зависит образ жизни, являющийся ведущим фактором состояния здоровья [5, с. 6-7; 8, р. 1033-1035].

Необходимо учитывать, что болезни опорно-двигательного аппарата сопряжены с деформацией тела, что ведет к резкому ограничению двигательной активности. Степень физической активности определяет не только тенденцию оптимального физиологического созревания, но и согласование функций всех систем организма. Ограничение двигательной активности также является причиной избыточной массы тела. Важно, что при данной патологии наблюдается соответствующая картина психоэмоционального стресса, ведущего к дальнейшему ограничению физической активности.

Ввиду вышеописанных обстоятельств одним из актуальных вопросов медицины и психологии является обеспечение психологической помощи в коррекции психоэмоциональной сферы и, как следствие, поведенческих реакций у детей, страдающих болезнями опорно-двигательного аппарата [1, с. 66-70;

3, с. 4-6]. Этими факторами обусловлена актуальность исследования при проведении исследования влияния изменения психоэмоционального статуса на поведенческие реакции подростков с ортопедическими нарушениями. Исследование обуславливает возможность целенаправленного опосредованного воздействия на процесс адаптации и коррекции поведенческих реакций ребенка, имеющего заболевание опорно-двигательного аппарата.

Одним из способов разрешения данной проблемной ситуации является внедрение в воспитательную работу лечебно-оздоровительных учреждений комплексной программы, направленной на решение вышеизложенных проблем. Авторская программа включает следующие аспекты: увеличение адаптационных способностей ребенка, физической активности, повышение психоэмоционального тонуса и развитие мотивационной сферы. Предполагалось, что комплексная программа будет эффективно способствовать коррекции психоэмоциональной сферы и, следовательно, поведенческих реакций детей возрастного периода 11-13 лет с ортопедическими нарушениями.

Объект исследования – дети возрастного периода 11-15 лет из различных регионов Краснодарского края, проходившие курс санаторного лечения (28 дней) в ГБУЗ «Детский ортопедический санаторий» города Геленджика Краснодарского края по поводу сколиотической болезни (СБ) I, II, III и IV степени. Все дети получали консервативное лечение.

Для определения эффективности внедрения авторской программы в план воспитательной работы группы эксперимента была использована группа частных методик [4, с. 371-412]. При определении уровня социальной адаптации была использована экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности (Д. Рассел и М. Фергюссон). Для определения подвижности, скорости и темпа протекания функций, силы, здоровья, утомления, а также характеристик эмоционального состояния была проведена опе-

ративная оценка самочувствия, активности и настроения (САН). С целью диагностики типов отношения к болезни и других, связанных с нею личностных отношений, у больных хроническими соматическими заболеваниями, был использован личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). При проведении сравнительного анализа показателей применяли t-критерий Стьюдента для независимых выборок. При ранжировании количественных данных использовали непараметрический тест U (Манна-Уитни). Коэффициент корреляции считался статистически достоверным при достижении уровня значимости $P=0,05$ ($p<0,05$)

Важным фактором для полноценной жизнедеятельности ребенка в лечебно-оздоровительном учреждении является улучшение его адаптационных способностей. Как показывает практика, первый этап социализации подростков в воспитательном учреждении является самым трудным. При проведении исследования по разработке эффективной методики адаптации детей и улучшения психоэмоционального статуса нами был внедрен в план воспитательной работы группы эксперимента комплекс игр для улучшения адаптивных возможностей каждого ребенка во временном детском коллективе с учетом периодизации развития коллектива. Разработка данного комплекса учитывала взаимосвязь психолого-педагогических и методологических основ. В период пребывания в лечебном учреждении и нахождении в новом коллективе ребенок может попасть в такую ситуацию, когда длительное время он не в состоянии удовлетворить свои социальные потребности. Вследствие этого у него возникает реакция, сопровождаемая постоянным нарастанием неудовлетворенности, раздражения, эмоционального напряжения. Постоянное эмоциональное напряжение ведет к развитию невротических состояний и на их основе – к гипертензивным заболеваниям, что, естественно, не способствует положительному результату лечения. Длительное эмоциональное напряжение дети могут испытывать в домашних условиях. Избавление

от данного стрессового фактора также положительно (хотя бы и временно) влияет на психоэмоциональный тонус ребенка.

Психологический дискомфорт в первый период нахождения в лечебно-воспитательном учреждении обусловлен тем, что ребенок находится на незнакомой ему территории в окружении неизвестных людей. Он не чувствует себя защищенным, так как находится в новой группе, правила и нормы которой он не знает. Он сомневается, примет ли его новый коллектив. В этот критический период педагогу необходимо организовать взаимодействие между членами группы, найти нечто общее, что будет объединять всех детей. Таким объединяющим фактором является игра. При вовлечении в игру дети ставятся в одинаковые условия, им даются равные по силе задания и возможности реализации целей. По мере прохождения игры происходит развитие социальных связей ребенка, знакомство с другими участниками, отвлечение от проблем адаптационного периода. Вследствие увеличения связей между членами группы и входящим в эту группу индивидуумом происходит осознание ребенком себя частью нового коллектива, что создает ощущение защищенности, расширяет зону психологического комфорта.

На первом этапе развития коллектива нужно контролировать, чтобы каждый ребенок принимал участие в деятельности группы, так как ребенок может принципиально отказываться от причастности к коллективу. В некоторых случаях дети сознательно не идут на контакт с членами группы, демонстрируя свою обособленность. Это может негативно сказаться как на отношении коллектива, так и на ребенке, что может привести к полной изоляции его от общества, поэтому игры для первого этапа развития коллектива являются в равной степени простыми, но и обязательными. Процесс развития коллектива с появлением ребенка, входящего в группу, постоянно направляется и планируется и, в случае необходимости, корректируется педагогами, что позволяет избегать таких негативных ситуаций, как появление отри-

цательного лидера, выявление детей-изгоев. Эффективная работа педагога-профессионала с коллективом на всех этапах социализации ребенка в группе обеспечивает его личностное развитие и психологический комфорт. На последних стадиях развития коллектива ребята осознают себя частью целого, воспринимая друг друга как союзников для преодоления поставленных педагогом задач. На этом этапе преобладают игры для развития творческой индивидуальности ребенка и игры для самовоспитания. Стабильно развивающийся дружный коллектив позволит обеспечить выполнение дисциплинарных норм поведения и оптимизировать совокупность лечебно-воспитательного процессов учреждения, при этом определяется и решается положительным образом группа задач: ускорение адаптации ребенка, оптимизация самоуправления, обеспечение эффективного лечебно-воспитательного воздействия.

При использовании комплекса ортопедических игр «Игры для профилактики нарушений и укрепления опорно-двигательного аппарата» необходимо выделить два основных аспекта. Во-первых, игры способствуют улучшению состояния опорно-двигательного аппарата вследствие увеличения двигательной активности, так как происходит увеличение мышечной силы, выносливости, улучшение гибкости, укрепление костной ткани, улучшение подвижности суставов, происходит снижение избыточной массы тела (профилактика ожирения). Психологический эффект проявляется в выработке эндорфинов, то есть создаётся хорошее самочувствие и настроение, повышается устойчивость к стрессу, депрессии, нормализуется сон. Во-вторых, игры способствуют разрушению негативных двигательных стереотипов, развивается привыкание к постоянной физической активности, формируется стереотип правильной осанки. При разработке ортопедического игрового комплекса были учтены психолого-педагогические и клинические факторы состояния здоровья детей.

В настоящее время остро возникает проблема гипокинезии, которую можно охарак-

теризовать как малую подвижность и недостаточную двигательную активность. Слабая двигательная активность пагубно сказывается на состоянии здоровья детей. Ее можно наблюдать не только у детей старшего возраста, но все чаще и у маленьких детей, дошкольников и младших школьников. Особенно страдают больные дети и дети с длительными соматическими заболеваниями. Часто они чрезмерно опекаются родителями, их освобождают от уроков физической культуры. По этой причине этого у детей уменьшается естественная потребность в движении, снижается двигательная активность, возникают расстройства центральной нервной системы и внутренних органов. У ослабленных болезнями детей малоподвижный образ жизни усугубляет уже имеющиеся у них функциональные изменения организма. Этим объясняется необходимость привлечения детей к активным играм.

Важнейшим результатом игры является эмоциональный подъем ребенка. Благодаря этому свойству именно игровая деятельность ребенка благоприятствует всестороннему гармоническому развитию, воспитанию морально-волевых качеств, развитию чувства коллективизма, дисциплинированности и других важных качеств. Игра, в отличие от строго регламентированных движений лечебной физической культуры, связана с инициативой ребенка в принятии различных двигательных задач. Еще одной особенностью игры является проявление положительных эмоций, что очень важно, если ребенок болен или ослаблен после перенесенного заболевания. В результате игровой деятельности поднимается эмоциональный тонус, способствующий благоприятному течению болезни. В отличие от лечебной физкультуры, коррекционные игры выполняются ребенком непринужденно и легко, поскольку игра сама по себе увлекательна для каждого ребенка.

Выработка правильной красивой осанки – длительный и сложный процесс, в течение которого ребенку необходимо достаточно большое количество времени, так

как в сознании ребенка должен сформироваться стереотип правильной осанки. Данный процесс требует достаточно высокого уровня самоконтроля и заинтересованности ребенка. Осанка формируется с самого раннего детства и зависит от гармоничной работы мышц, состояния костной системы, связочно-суставного и нервно-мышечного аппарата, равномерности их развития, физиологических изгибов позвоночника. В процессе проведения подвижных игр нужно добиваться того, чтобы дети держали голову и туловище в правильном положении. Также следует обратить внимание на ходьбу. В правильном варианте грудь при ходьбе немного подается вперед, лопатки слегка сведены, а подбородок приподнят. Все эти аспекты в достаточной степени можно учесть в интересной подвижной игре. Также важно создать видимость уменьшения внешнего контроля над детьми, так как это создает возможность повышения самоконтроля и внимательности при наблюдении за осанкой других детей. В формировании правильной осанки играет большую роль развитое тонкое восприятие ощущений положения тела и отдельных его частей. При проведении игр должны быть учтены особенности организма ребенка, его пониженные функциональные возможности, а также то, что в группе могут быть дети с различной степенью нарушения осанки. Поэтому индивидуальный подход должен быть одним из основных принципов организации игр.

Исследование мотивационной сферы и связанного с ней ряда вопросов в последние годы приобретают все большую значимость, так как это направление стало одним из центральных в психологических исследованиях личности [3, с. 4-6; 6, с. 234-236]. Высокую мотивацию можно определить как организованное сочетание психологических условий, предполагающих такую деятельность человека, которая приводит к чувству удовлетворения своими достижениями, к развитию чувства самоуважения. Особенно важно учитывать этот показатель в работе с детьми, имеющими патологии развития, так как адек-

ватно сформированное отношение ребенка к своей болезни, желание быть здоровым и ответственное отношение к своему организму являются важными факторами, повышающими эффективность лечения и улучшающими социальную адаптацию ребенка.

Развитие мотивации достижения успеха при заболеваниях болезнями опорно-двигательного аппарата имеет свои особенности. Сложность ортопедического лечения заключается в том, что оно включает личную заинтересованность больного, независимо от его возраста. Для подросткового возраста является характерным несоответствие цели возможностям ребенка, что выявляет высокий уровень притязаний, и, как следствие, является причиной частых неудач в достижении поставленной цели. Однако следует отметить, что, по закону Йеркса-Додсона, наилучшие результаты зависят от средней интенсивности мотивации. Учитывая данные факторы, можно сказать, что развитие мотивационной сферы позволит улучшить эффективность лечения и приобрести качественно новые свойства личности, позволяющие адаптироваться подростку в человеческом обществе.

В результате исследования установлено, что использование экспериментальной комплексной программы «Влияние изменения психоэмоционального статуса на поведенческие реакции подростков с ортопедическими нарушениями» привело к стабильной коррекции психоэмоционального статуса и физической активности подростков. Доказана эффективность научно обоснованных и реализованных в экспериментальной работе организационно-педагогических методов по улучшению адаптационных способностей и социализации подростков, так как показатели социальной изоляции значительно уменьшились во всех возрастных группах, а средняя степень социальной изоляции в группе эксперимента равна 15,9 балла, что свидетельствует о высокой приспособляемости к социуму каждого члена детской группы. Уровень социальной изоляции в группе эксперимента в сравнении с группой контроля

уменьшился на 28,1%, что свидетельствует о благоприятном воздействии применяемой методики на социальную адаптацию детей.

Определено, что в ходе эксперимента значительно увеличился показатель самочувствия детей – на 0,82 балла. Также значительно по сравнению с группой контроля увеличился показатель настроения. Разница значений – 0,8 балла. Показатель активности увеличился на 0,44 балла, что также свидетельствует о положительной тенденции данной категории.

В результате проведенного исследования установлено, что экспериментальная программа способствовала правильному восприятию болезни и лечения у детей с нарушениями осанки. Определено, что количество детей с гармоничным типом отношения к болезни увеличилось в 6 раз (600%), что выявляет высокую положительную тенденцию улучшения состояния психоэмоционального фона подростков. Число детей с эйфорическим типом отношения к болезни уменьшилось на 58,5%, а число детей, имеющих апатический и сенситивный типы личности, по данным эксперимента, уменьшилось на 50%. Уменьшение числа детей с другими типами отношения к болезни в группе эксперимента по сравнению с группой контроля составило от 11,3% до 33,3%. По результатам эксперимента можно увидеть негативную тенденцию увеличения числа детей с неврастеническим типом отношения к болезни на 10,6% и с эргопатическим типом – на 32%.

Таким образом, экспериментальная авторская программа, используемая в условиях детского ортопедического санатория, по улучшению адаптационных способностей

и социализации подростков, развитию мотивационной сферы, включающей высокий уровень физической активности, формирование здорового образа жизни и правильное восприятие болезни и лечения, позволяет существенно улучшить психоэмоциональное состояние подростков, осуществить действенную профилактику и коррекцию негативных поведенческих реакций детей с ортопедической патологией, что также положительно сказывается на процессе общего оздоровления организма.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Акатов Л.И. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. – М., 2002. – 368 с.
2. Волков А.М. Медико-психологическая характеристика нарушений осанки у детей и подростков: дис. ...канд. мед. наук. – М., 2008. – 110 с.
3. Дуда И.В. Формирование ценностных ориентаций больных сколиозом школьников в учебно-воспитательном процессе школы-интерната: дис. ...канд. пед. наук. – Красноярск, 2007. – 244 с.
4. Забродин Ю.М. Психодиагностика. – М., 2010. – 448 с.
5. Саввина Н.В. Механизм реализации сохранения и укрепления здоровья детей школьного возраста: дис. ...докт. мед. наук. – М., 2006. – 391 с.
6. Симонов П.В. Мотивированный мозг: Высшая нервная деятельность и естественнонаучные основы общей психологии. – М., 1987. – 272 с.
7. Шклярченко А.П. Физиологическое обоснование использования средств физической культуры при сколиотической болезни у детей и подростков: дис. ...докт. биол. наук. – Краснодар, 2006. – 298 с.
8. Stephens M. Another call to action American Family Physician Children // Physical activity, and public health. – 2002. – March 15. – P. 1033-1035.