

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра психологии

СЕРДЮКОВА МАРИНА АЛЕКСАНДРОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**СВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ОТНОШЕНИЯ
К ОБУЧЕНИЮ ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ
ЛЕЧЕНИИ (НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ)**

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы
Практическая психология в образовании

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой
канд. психол. наук, доцент Дубовик Е.Ю.

28.05.2022 

Научный руководитель
канд. психол. наук, доцент Дьячук А.А.

28.05.2022 

Обучающийся
Сердюкова М.А.

28.05.2022 

Дата защиты

29.06.2022

Оценка

Красноярск 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ, КАК ФАКТОР ОТНОШЕНИЯ К ОБУЧЕНИЮ	7
1.1. Общая характеристика эмоционально-волевой сферы подростков в психолого-педагогических исследованиях	7
1.2. Влияние эмоционально-волевой сферы подростков на обучение	14
1.3. Психолого-педагогическая характеристика подростков болеющих туберкулезом, находящихся на длительном лечении	18
1.4. Отношение к обучению подростков, находящихся на длительном лечении.....	26
Выводы по главе 1.....	32
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ОТНОШЕНИЯ К ОБУЧЕНИЮ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ	34
2.1. Описание базы и методов исследования	34
2.2. Характеристика эмоционально-волевой сферы подростков, находящихся на длительном лечении.....	36
2.3. Отношение к обучению подростков с разными характеристиками эмоционально-волевой сферы	46
Выводы по главе 2.....	57
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	633
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	677

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, ежегодно специализированная медицинская помощь в медицинских стационарах оказывается 6 млн. детей, из них 250 тысяч находятся в медицинской организации длительно – более 21 дня [40].

Некоторые дети, в силу обстоятельств длительного лечения не могут посещать учебное заведение, хотя многие из них могут и хотят учиться. Кроме того, обучение для всех без исключения детей является источником роста психологических процессов и регулирующих их функций. Характер и направление психологического развития во многом определяются обучением как системой преднамеренных, тщательно подобранных, последовательных психологических воздействий. Но дети, даже в случае болезни дети могут развиваться личностно благодаря использованию специальных технологий и спроектированной учебной среды, что помогает им учиться, усваивать социальные нормы и адаптироваться к социальной среде. Это очень важно для восстановления психологического здоровья.

В процессе обучения главенствующим фактором становления личности подростка является эмоционально-волевая сфера, развитие которой предполагает решение ряда проблем: становление нравственных основ воли, развитие мотивации учебной деятельности, обеспечение готовности к преодолению трудностей, тренировку волевого усилия, выработку конструктивных способов поведения в сложных ситуациях.

Для нашего исследования существенную роль имеют научные работы В.К. Вилюнаса, Е.П. Ильина, В.М. Смирнова и других учёных, установивших, что эмоциональное состояние, влияющее на поведение и деятельность человека, характеризуется положительным или отрицательным знаком, интенсивностью, длительностью протекания, предметностью; А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, П.В. Симонова, выявивших взаимосвязь между потребностью, степенью её удовлетворения и эмоциональным

состоянием человека; Г.Ю. Айзенка, В.А. Ганзена, Б.И. Додонова, К.Э. Изарда, разработавших классификации эмоциональных состояний, отражающие их многообразие и способность к образованию различных сочетаний друг с другом; В.В.Бойко, определившего, что совокупность устойчивых характеристик эмоций, которыми человек чаще всего отвечает на внешние и внутренние значимые для него воздействия в соответствии со своей природой, состоянием здоровья и воспитанием, образует стереотип эмоционального поведения. Во многих исследованиях эмоции и воля рассматриваются как самостоятельные сферы личности, а их объединение объясняется необходимостью изучения проблем регуляции поведения личности в различных ситуациях. Эмоции позволяют личности отражать окружающую действительность в непосредственном переживании.

Изучением эмоциональной сферы, как мы видим, занимались многие психологи. Однако эмоциональная сфера подростков, находящихся на длительном лечении и способы ее коррекции изучены мало. В этой связи мы считаем, что необходимо заниматься поиском, отбором и разработкой психолого-коррекционных процедур, направленных на улучшение состояния эмоциональной сферы подростков, находящихся на длительном лечении.

Цель выпускной квалификационной работы является изучение связи эмоционально-волевой сферы и отношения к обучению подростков, находящихся на длительном лечении.

Объект исследования: эмоционально-волевая сфера подростков, находящихся на длительном лечении.

Предмет исследования: связь эмоционально-волевой сферы и отношения к обучению подростков, находящихся на длительном лечении.

Гипотеза исследования: существует связь эмоционально-волевой сферы и отношения к обучению у подростков, находящихся на длительном лечении подростков, а именно: психоэмоциональное состояние и эмоционально-волевая регуляция связаны эмоциональным отношением к обучению.

Для достижения поставленной цели и проверки гипотезы были поставлены следующие **задачи исследования:**

1. Провести анализ эмоционально-волевой сферы как предмета психологического исследования.

2. Рассмотреть особенности эмоционально-волевой сферы подростков, находящихся на длительном лечении.

3. Выделить отношение к обучению подростков, находящихся на длительном лечении.

4. Описать связь эмоционально-волевой сферы и отношения к обучению подростков, больных туберкулезом, находящихся на длительном лечении.

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы и методики исследования:**

– теоретический анализ научных источников, публикаций по теме исследования, обобщение теоретических положений;

– эмпирические: опросные методы («Мотивация учения и эмоционального отношения к учению» Ч.Д. Спилберга–А.Д. Андреевой, Диагностика волевых особенностей личности М.В.Чумакова; «Самочувствие–Активность–Настроение»).

– методы обработки результатов: процентный анализ, сравнительный анализ с помощью критерия Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена.

База и выборка исследования: исследование проводилось на базе краевого государственного казенного учреждения здравоохранения «Детский противотуберкулезный санаторий "Пионерская Речка"» и на базе муниципального автономного общеобразовательного учреждения г. Красноярск.

В исследовании приняло участие 15 подростков, находящихся на длительном лечении и 15 соматически здоровых подростков (возраст 12–14 лет).

Практическая значимость: заключается в том, что результаты исследования могут быть использованы в работе психологами и педагогами, работающим в системе межведомственного взаимодействия при оказании психолого-педагогического сопровождения детей, находящихся на длительном лечении, учете особенностей психоэмоционального состояния детей при организации обучения детей в условиях медицинских учреждений, подготовке специалистов госпитальной педагогики.

Структура выпускной квалификационной работы: введение, две главы, выводы по каждой главе, заключение, список использованных источников, в котором представлено 43 источника, приложения.

ГЛАВА 1. ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ, КАК ФАКТОР ОТНОШЕНИЯ К ОБУЧЕНИЮ

1.1. Общая характеристика эмоционально-волевой сферы подростков в психолого-педагогических исследованиях

Ученые пытаются понять природу эмоций уже очень давно. В XVIII и XIX веках не было единой точки зрения на этот вопрос. Эволюция эмоций показана, а источник их физиологических проявлений подтвержден, в книге Ч. Дарвина «Выражение эмоций у человека и животных». В основе его исследования лежит идея о том, что «эмоции либо полезны, либо представляют собой лишь остатки различных целесообразных реакций, которые были выработаны в процессе эволюции в борьбе за осуществление» [19, с. 58]. Идеи, высказанные Ч. Дарвином, послужили толчком для создания других теорий эмоций.

В целом, теории или концепции, касающиеся природы эмоций, развивались с конца девятнадцатого века и могут быть разделены на группы в зависимости от того, пытаются ли они объяснить происхождение эмоций или нет.

Одним из первых, кто обсуждал значение эмоций в поведении человека, был Р.В. Липер, известный специалист по теории личности, а также О. Маурер, известный специалист по психологии обучения. О. Маурер утверждал, что «эмоции являются одним из ключевых, фактически незаменимых факторов в тех изменениях поведения и его результатов, которые мы называем "научением"» [16, с. 45]. О. Маурер, полагал, что «эмоции чрезвычайно важны для самого существования живого организма» [16, с. 51], и считал несправедливым их принижением перед интеллектом.

Американский психолог К. Изард является одним из ведущих зарубежных ученых в области эмоций, который старался объяснить, «каким

образом эмоции образуют существенную часть человеческого сознания, познания и действия. Он подвергал анализу важнейшие теории и эмпирические исследования, чтобы приблизиться к общему пониманию в отношении человеческих эмоций» [16, с. 81]. К. Изард исследовал человеческие эмоции в непосредственной связи с познавательной способностью и деятельностью человека.

Л.А. Карапетян в своих трудах рассматривает эмоции как процессы, в которых находит отражение «оценка внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека в форме переживаний» [19, с. 23]. Эмоциональные переживания позволяют оценить воздействие разных факторов и реагировать на них.

Сходную точку зрения представляет О.С. Макарова, которая отмечает, что «эмоции – особый класс субъективных психологических состояний, отражающих в форме непосредственных переживаний, ощущений приятного и неприятного, отношение человека к миру и людям, процесс и результаты его практической деятельности» [25, с. 134].

Л.К. Сайфутдинова определяет «эмоции – это психическое отражение в пристрастном переживании жизненного смысла ситуаций и явлений, в основе этого лежит отношение их объективных свойств именно к потребностям субъекта» [32, с. 849].

И.А. Васильев, В.Л. Поплужный, О.К. Тихомиров рассматривают эмоции как «особый класс субъективных психологических состояний, связанных с инстинктами, потребностями и мотивами, отражающих в форме непосредственного переживания, отражающих в форме непосредственных переживаний, значимость действующих на индивида явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности, ощущений приятного и неприятного, отношение человека к миру и людям, процесс и результаты его практической деятельности. К классу эмоций относят настроения, чувства, аффекты, страсти, стресс» [7, с. 69].

В современной зарубежной психологии понятие воли используется в контексте проблемы психической регуляции сложных форм целенаправленного поведения человека. В общем, «воля понимается как результат взаимодействия различных психофизиологических процессов и систем, интегральным субъектом которых выступает личность» [15, с. 71].

В отечественной психологии, напротив, «в рамках культурно-исторического и деятельностно-смыслового подходов в психологии сложилось представление о воле как о высшей психической функции, имеющей социальную природу и определяющейся, в первую очередь, характером социальных отношений связывающих человека как личность с окружающим его миром» [8, с. 49].

«Источником развития волевой регуляции как высшей психической функции служит культура, в том числе национальная, как определенный общественно-исторический образ жизни, предлагающий человеку набор традиционных видов деятельности, ценностей, средств и способов для их реализации, которые субъект присваивает и преобразует в процессе своего жизненного пути в соответствии со своим уникальным смысловым опытом» [1, с. 15]. В традиционной психологии воля либо рассматривалась как самодовлеющий источник человеческой активности, обуславливающий независимость поведения от объективных причин, либо отрицалась вовсе путем сведения ее к другим психическим процессам.

Особо следует отметить А.В. Запорожца, отмечающий, что «воля с самого начала изучения рассматривалась как самостоятельный психический процесс, как сложное многокомпонентное образование» [14, с. 62].

Стремление человека к достижению целей зависит от ряда отдельных личностных факторов, составляющих силу воли. Использование усилий, суждений и реализации является одной из основных характеристик волевого акта. Воля включает в себя борьбу мотивов. Волевою деятельностью всегда можно отличить от остальных по этой фундаментальной характеристике.

Поэтому уникальные личностные характеристики, влияющие на мотивацию человека к достижению целей, включаются в волевые черты. Прикладывание усилий, принятие решений и их последующая реализация всегда тесно связаны с волевым актом. Воля – это конфликт интересов.

Сегодня для нормальной жизнедеятельности и развития в социуме большое значение имеет эмоционально-волевая сфера личности. Соединение регулятивной и аффективной сферы произошло для выявления роли их в организации поведения, регуляции состояний, что и привело к рассмотрению в структуре психики эмоционально-волевой сферы.

Эмоционально-волевая сфера личности включает в себя два взаимосвязанных понятия, одним являются человеческие эмоции и чувства, а другим – воля. Выражается во внутренних переживаниях, и в виде телесных проявлений (мимики лица, жестов, позы, нарушения частоты дыхания и сердцебиения).

Под эмоционально-волевой сферой С.Т. Джанерьян понимает «свойства человека, которые характеризуют динамику, качество и содержание его чувств и эмоций» [11,с. 22]. По нашему мнению, данное определение недостаточно полно определяет понятие эмоционально-волевой сферы.

Взаимодействие волевых и эмоциональных процессов отмечали психологи О.В. Дашкевич, В.К. Калинин, Л.С. Рубинштейн, В.И. Селиванов, А.И. Щербаков. Отечественная психология имеет давнюю историю объединения эмоций и воли в единую эмоционально-волевою сферу. Ее основой является тесная взаимосвязь этих двух сторон регуляции и несколько условный характер их разделения.

В результате под эмоционально-волевой сферой понимаются характеристики человека, описывающие вид, интенсивность и динамику его эмоций и воли, а также механизмы управления ими.

«Подростковый возраст – особенный, единственный, неповторимый и очень непростой этап человеческой жизни, в который происходит

физическое, личностное, нравственное и социальное формирование. Период характеризуется интенсивным физическим, физиологическим развитием, половым созреванием» [22, с. 146].

Преобладание эмоциональной сферы у подростков над волей, которое может проявляться, например, в эмоциональной неустойчивости, нетерпеливости, а иногда и враждебности, часто отмечается психологами, изучающими психологию подросткового возраста.

Подростки могут лучше понимать друг друга, оценивать эмоциональное состояние друг друга без слов, настраиваться на групповую деятельность и социальное взаимодействие благодаря эмоциям.

Развитие системы личных ценностей человека в подростковом возрасте определяет характер его деятельности, круг его общения, то, как он оценивает других, и то, как он относится к себе. Подростки могут проявлять следующие эмоционально-волевые черты:

Дисциплинированность – это сознательное поддержание порядка, дисциплинированность в соблюдении норм и правил общества, добровольное следование установленным правилам, избегание проступков и соответствующее поведение в новых обстоятельствах.

Независимость – это способность выполнять действия без помощи или контроля, самостоятельно планировать действия, высказывать свое мнение и придерживаться установленных моделей независимого поведения в новых обстоятельствах.

Настойчивость – это способность выполнять дела до их завершения и достигать целей. Это также относится к способности упорно выполнять задания, даже когда не хочется их делать.

Выдержка – способность действовать терпеливо, сохранять самообладание в стрессовых условиях, регулировать свои эмоции в разных обстоятельствах.

Организованность – поддержание дисциплины в работе; организация своей деятельности.

Решительность – способность принимать хорошо обдуманное решение, уверенно их выполнять и решительно действовать в любой ситуации.

Творчество, активное участие в работе команды и проявление инициативы в новой ситуации – все это примеры инициативы.

В исследованиях А.Н. Леонтьева, Л.И. Божович, показано, что в «основе неуспеваемости, плохого поведения, проблем во взаимоотношении со сверстниками и старшими, лежит недостаточный уровень в развитии эмоционально-волевой сферы детей» [5, с. 26].

Для эмоциональной сферы подростков характерны свойства, представленные на рисунке 1.



Рисунок 1. Свойства эмоциональной сферы подростков по [16]

Подростки часто хотят самоутвердиться и продемонстрировать некоторую независимость, но у них мало жизненного опыта. При общении со сверстниками они часто пытаются взять на себя инициативу и утвердить свой

авторитет как у взрослых. Такое самоутверждение часто связано с имитацией асоциального поведения, включая неприятие учебных занятий. Одной из самых важных черт характера для подростка является сила воли. Он воспринимает волевых людей как идеал, к которому он хотел бы стремиться. Но, как уже было установлено, над волей берут верх эмоции. У подростков очень сильное стремление подбирать оправдания для более эмоционально привлекательного поведения, чем для поведения необходимого.

В исследованиях М.С. Левиной, были выделенные определенные тенденции, которые рассматриваются ею как общую логику развития волевых качеств: «от умения управлять собой, концентрировать усилия, выдерживать большие нагрузки до способности управлять деятельностью, добиваться высоких результатов. В 10–11 лет подросток просто восхищается волевыми качествами других; по-хорошему завидует тем, кто обладает ими; в 11–12 – заявляет о желании иметь такие качества у себя и наконец, в 12–13 – приступает к их самовоспитанию. Наиболее активным периодом волевого самовоспитания у подростков считается возраст от 13 до 14 лет» [23, с. 332]. Приходящийся на этот период процесс полового созревания существенно изменяет волевою сферу, причем, не всегда в лучшую сторону. Возрастает смелость, которая в этот период вообще достигает наибольшего проявления. Однако наблюдается установка на отказ от усилия, поэтому упорство проявляется только к интересной работе. Снижается дисциплинированность, усиливаются проявления упрямства, отчасти в связи с тем, что советы взрослых воспринимаются критически.

В возрасте от 12 до 14 лет исполнительная связь либо полностью отсутствует, либо очень слабо представлена в их волевом поведении. Очень важно дать детям инструменты, необходимые для достижения целей и управления своим поведением. К ним относятся способность продумывать последствия своих и чужих ошибочных действий, а также способность передавать эти последствия как логически, так и эмоционально (например,

представлять свой собственный опыт в качестве ответа на невыученный урок).

Основной аспект подросткового возраста, влияющий на развитие и поведение подростка – «сила потребностей, мотивов, интенсивность и острота эмоциональных реакций. У подростков возникает повышенная потребность в эмоциональном насыщении, «жажда ощущений», причем новых и сильных. Они бурно и непосредственно выражают свои эмоции, часто не могут сдерживать радость, гнев, замешательство, у них легко возникают переживания, эмоциональная напряженность» [29, с. 245].

Таким образом, эмоционально-волевая сфера – это процессы личности, которые описывают характер, динамику и содержание ее эмоций и чувств.

Эмоционально-волевая сфера является важнейшим условием обучения, поэтому значимость этого психического события в жизни подростка порождает интерес к вопросу о том, как развивается эта сфера.

1.2. Влияние эмоционально-волевой сферы подростков на обучение

В последние годы как отечественных, так и зарубежных психологов все больше интересует вопрос о взаимодействии эмоционально-волевых и мыслительных процессов. Независимо от задач, которые они решают, эмоции и волевые усилия являются частью психического процесса. Задача состоит в том, чтобы выяснить, каким именно образом эмоционально-волевая сфера вносит вклад в управление познавательной деятельностью.

Подростки учатся новому, и именно это обучение определяет, насколько интеллектуально они развиваются во время обучения в школе. Есть основания полагать, что дети становятся чувствительными к переходу на новый, более высокий уровень учебной деятельности в период полового созревания, когда им становится ясно определение учебной деятельности как деятельности по самообразованию и самосовершенствованию.

В это время можно наблюдать широкий спектр эмоциональных проявлений:

- от негативного опыта, самоуничижения, низкой самооценки и гнева;
- от психомоторной расторможенности до эмоциональной лабильности;
- от неуверенности до откровенного ужаса;
- от безразличия до полной печали и т.д.

Замкнутость, повышенная аффективность и незаинтересованность являются наиболее распространенными признаками внешних отклонений у подростков. Хроническое эмоциональное напряжение (стресс, невроз и т.д.) возникает, когда конфликтная ситуация не разрешается. В этот период очень важно поддержать подростка в преодолении его фобий, избегании межличностных конфликтов и эмоционального напряжения, что, как правило, приводит к нарушению развития личности.

Связь между эмоциями и познавательными функциями является одним из наиболее значимых аспектов эмоций. Все познавательные процессы могут меняться в обратном направлении, когда присутствуют эмоции. На некоторые познавательные процессы эмоции могут оказывать благоприятное воздействие, в то время как другие могут быть заторможены.

В процессе обучения эмоциональный подросток реагирует на объекты в зависимости от их значимости, и чем более значимым для него является элемент (объект, его свойство), тем лучше он его воспринимает. Одновременно чувство усиливается и закрепляется содержанием перцептивного, мнемического и познавательного материала, что в свою очередь усиливает склонность к концентрации внимания на материале, вызвавшем эмоцию. Поэтому попытки подавить сильные эмоции с помощью уговоров, оправданий и других форм рационального убеждения часто оказываются безуспешными. Поэтому подросток в большей степени, чем взрослый, подвержен влиянию эмоций.

В учебном процессе эмоциональное возбуждение повышает эффективность выполнения более простых видов деятельности и одновременно усложняет более сложные. Но в тоже время отрицательные эмоции, связанные с неудачей, обычно приводят к снижению степени выполнения деятельности, в том числе и учебной, а положительные эмоции, связанные с успехом, к повышению.

Потребность подростков в познавательном обучении приобретает особое значение как необходимое и решающее условие их будущей самостоятельности. Однако и здесь могут быть различия в целях и методах. Как реакция на неудачи в учебе или на отношения с учителем, желание учиться может сосуществовать с нейтральным или даже неблагоприятным отношением. В эмоциональном плане это проявляется в виде чувств, безразличия или незаинтересованность.

Несколько факторов играют важную роль в становлении позитивного отношения подростка к процессу обучения – это и характер изложения материала, создание неординарных ситуаций и поиск решения проблем представленных в этих ситуациях, создающих ощущение самостоятельности и настрой подростка на успех.

Исследованиям механизмов эмоционально-волевой регуляции посвящены работы О.К. Тихомирова [36]; роли и месту эмоций в структуре учебной деятельности С.Л. Рубинштейна [31], влиянию мышления на развитие эмоционально-волевой сферы А.В. Запорожца [14], проявлению эмоций в продуктивной деятельности П.М. Якобсона [43].

В последние годы как отечественные, так и зарубежные психологи все больше интересуются вопросом взаимосвязи эмоционально-волевых и мыслительных процессов. Независимо от того, какую роль они играют, эмоции и волевые усилия являются частью психического процесса. Задача состоит в том, чтобы выяснить, каким именно образом эмоционально-волевая сфера вносит свой вклад в управление когнитивной деятельностью.

А.В.Запорожец отмечал, что на эмоции рассматриваются часто как «примитивные, архаические реакции, оказывающие по преимуществу дезорганизующее влияние на высшие формы разумного поведения» [14, с. 152]. Многочисленные эмпирические исследования продемонстрировали влияние эмоционально-волевой сферы на обучение подростков. Одним из наиболее важных компонентов учебной деятельности подростка являются его эмоции и воля, что подчеркивает особую роль, которую эти элементы играют в управлении любой деятельностью. Мыслительная деятельность не является исключением. В психологической литературе выделяют три различных типа отношений между регуляторами.

1. Подчинение регуляторов друг другу. В этой ситуации, когда потребность является активатором деятельности и действует на мотивы подростка, побуждая его к деятельности на основе удовлетворения потребности, все логично и подчинено правилу. Конкретные действия уже регулируются конечной целью.

На постановку целей в этой ситуации особое влияние оказывают эмоциональные оценки. Познавательные функции могут быть усвоены более эффективно, когда человек чувствует себя хорошо. Негативные чувства влияют на мозг, который воздействует на нервную систему. Они также способствуют возникновению депрессий и стрессов.

2. Соответствующие отношения или независимость друг от друга между регуляторами. Когда цели в этой ситуации достигнуты, но могут появиться новые. Из-за относительной независимости регуляторов друг от друга часто становится возможной мыслительная деятельность. Противоречия в учебной деятельности разрешаются эмоциональными суждениями. В этой ситуации возникают познавательные цели.

3. Координационные отношения. Регулятивные процессы имеют возможность работать как достаточно независимо, так и во вспомогательной роли. Однако это справедливо только в том случае, если существует единый, скоординированный процесс регулирования. Для решения одного вопроса он

должен упорядочить усилия нескольких регулирующих органов. Отдельные координирующие уровни в этой ситуации действуют как независимо, так и совместно, включая как сознательные, так и бессознательные компоненты.

Анализ возникшего познавательного противоречия может привести к модификации актуализированного познавательного желания. Возникает обстоятельство, когда цель должна быть изменена, что вызывает необходимость создания и завершения новой деятельности для устранения смысловых противоречий. По мнению И.А. Васильева, «осмысление противоречия – это построение конкретной ситуативной цели познавательной деятельности» [7, с. 71].

Процесс мышления, направленный на его разрешение, обусловлен противоречием. Поэтому познавательная необходимость обращена к познавательному конфликту.

1.3. Психолого-педагогическая характеристика подростков болеющих туберкулезом, находящихся на длительном лечении

Формирование эмоционально-волевой сферы считается одним из самых важных условий развития личности подростков, находящихся на длительной госпитализации.

Туберкулез у подростков всегда рассматривался как самостоятельная проблема, так как гормональная перестройка, возрастные психологические проблемы, проблемы социальной адаптации в обществе оказывают влияние на выявление, диагностику заболевания и определяют особенности его течения [23, с. 4].

Основными факторами риска развития туберкулеза у детей и подростков обычно являются эпидемические, медицинские, биологические и социальные переменные. Подчеркивается значение неблагоприятных социально-бытовых условий, поскольку они затрудняют выявление заболевания на ранних стадиях и снижают эффективность лечения. Срыв

адаптационных механизмов, начинающийся с психических заболеваний и переходящий в резкое снижение физической сопротивляемости, особенно в критических возрастных группах, является еще одним важным компонентом в развитии туберкулеза. Однако изучение психологических различий у детей разного возраста, больных туберкулезом органов дыхания или входящих в группу риска по этому заболеванию, находится еще в зачаточном состоянии.

У большинства подростков, которые проводят много времени в больнице, наблюдается повышенная утомляемость. Они испытывают мгновенный приступ усталости или раздражительности, плаксивость, им трудно сосредоточиться на задании. У некоторых подростков в результате усталости возникает двигательное беспокойство, если они не выполняют задание, потому что быстро теряют интерес и отказываются завершать работу. Подросток начинает интенсивно двигаться, ерзать, жестикулировать и гримасничать. Такому ему очень трудно сосредоточиться на любой задаче [23].

Подростки, которые много времени проводят в больнице, отличаются повышенной возбудимостью, беспокойством, склонностью к раздражению и упрямством. Они склонны быстро менять свое отношение к жизни: сначала они чрезмерно веселы и шумны, затем становятся раздражительными и жалуются. При воспитании такого подростка важно использовать спокойный голос, быть добрым и терпеливым по отношению к нему.

Большинство подростков, находящихся на длительной госпитализации, характеризуются эмоциональной неустойчивостью. Они капризны, слезливы, легко раздражаются, не выносят шума и суеты, могут проявлять «вспыльчивость, срывать уроки, оскорблять учителей или выражать протест криками, плачем и разрушительными действиями. Эмоциональные расстройства в 50% случаев совмещаются с неусидчивостью, суетливостью, а порой и расторможенностью» [40, с. 26]. Для них характерна не только раздражительность, но и злоба. Легко возбудимы, склонны к агрессивным и разрушительным действиям. Они беспрестанно ссорятся со сверстниками,

дерутся с ними, наносят повреждения, грозятся расправой. В некоторых случаях объектами разрядки их эмоционального накала становятся они сами.

Наиболее сложное недоразвитие эмоций вносит вклад в эмоционально-волевую сферу. Отсутствие соответствующих эмоциональных реакций часто сопровождается неспособностью различать важные и неважные, случайные вещи.

Все дети, включая детей с различными расстройствами, в раннем возрасте должны усвоить основные социальные нормы поведения. В этом ему, несомненно, поможет сильное чувство близости, смешанное с требовательностью. Подросток также должен начать принимать себя таким, какой он есть, чтобы постепенно выработать правильный взгляд на свое состояние и собственный потенциал. Родители играют в этом решающую роль: от них, в частности, подросток узнает, как ценить и думать о себе.

Подростки, находящиеся в условиях госпитализации, подвержены состояниям подавленности и депрессии, что негативно сказывается на процессах лечения и выздоровления. Они ограничены в общении со своими сверстниками и меньше проводят времени на свежем воздухе, в особенности это относится к детям с туберкулезом, но и имеет место у детей, находящихся в стационарах другой направленности.

У подростков, находящихся в условиях госпитализации, чаще наблюдаются депрессивные симптомы, которые могут препятствовать процессам выздоровления и реабилитации. В частности, у детей с туберкулезом, хотя это случается и с детьми в больницах другой направленности, они меньше общаются со сверстниками и меньше времени проводят на улице [11, с. 119].

Учитывая, что в условиях воздействия психической травмы у подростков продолжают развиваться важнейшие регуляторные системы (нервная, эндокринная, иммунная) и висцеральная система организма, крайне важно поддерживать реабилитацию детей, получающих длительную терапию в связи с болезнью. Считается, что подросток может восстановиться после

такого стресса либо благодаря стрессоустойчивости, либо под влиянием методов психологической защиты.

И.И. Купцов утверждает, что «усугубляет положение тот факт, что больной в течение длительного пребывания на лечении, теряет контакт со своими близкими и родными: от дефицита общения со знакомыми лицами у человека возникает сильное чувство собственной изолированности и мнимой ненужности окружающему миру, что в свою очередь способствует формированию устойчивого депрессивного состояния, которое может привести к самым неприятным последствиям» [22, с. 147].

Тяжесть и длительность течения заболевания связаны с психологическим статусом подростков, имеющих заболевания, требующие длительного ухода. Согласно научным данным, от тяжести и длительности течения заболевания зависит физическое функционирование, психическая деятельность пациента, включая психический тонус, эмоциональное состояние, мотивация, работоспособность, продуктивность и целеустремленность.

Основными факторами, «первичными нарушениями», которые должны учитываться при решении вопроса о форме и условиях получения образования в образовательной организации, в которую обратились родители (законные представители) ребенка и заключили договор, являются этиология, характер течения заболевания, физическое состояние, ограничения жизнедеятельности.

По психологическому состоянию дети, находящиеся на длительном лечении, представляют собой три группы (рисунок 2) [7, с. 100]:

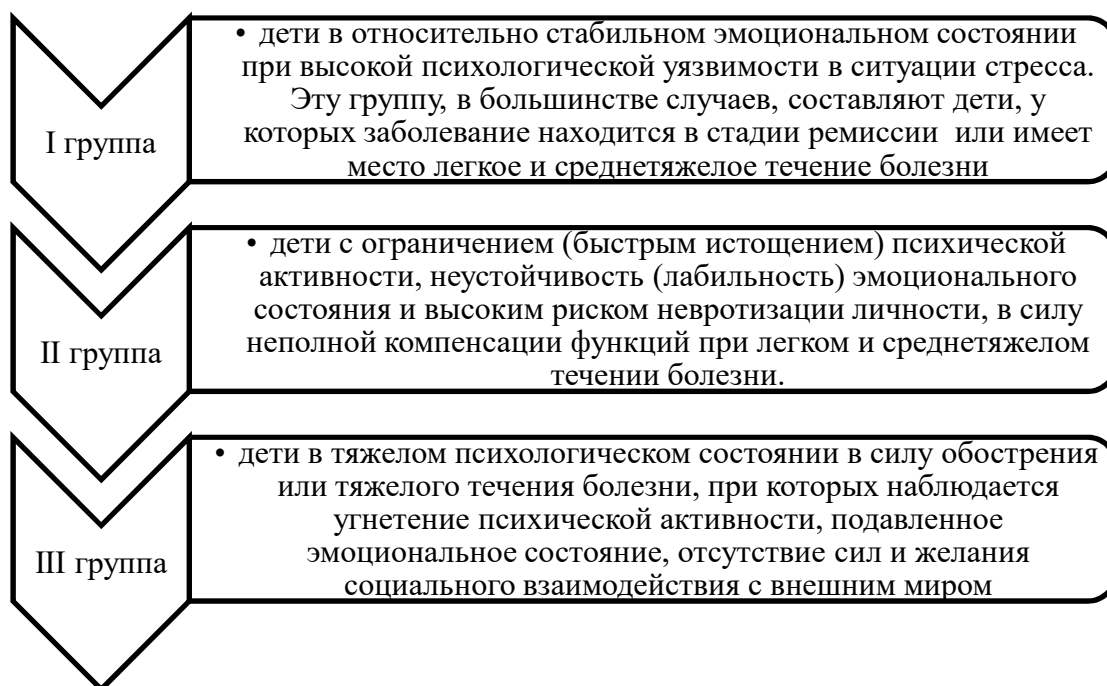


Рисунок 2. Группы детей, находящиеся на длительном лечении, по психологическому состоянию

Когда заболевание имеет легкое или умеренное течение, психологическое состояние детей I и II группы позволяет организовать обучение для группы малышей. У детей III группы, имеющих значительные психологические нарушения, обучение должно планироваться отдельно. Во время междисциплинарного консилиума лечащий врач и вы должны совместно решить вопрос о необходимости обучения детей во время длительного курса лечения. Дети, находящиеся в состоянии неполного выздоровления, имеют неустойчивое и изменчивое психофизическое состояние [9, с. 69].

У подростков, получающих длительное лечение, наблюдаются эмоциональные проблемы. Хотя существует множество различных типов эмоциональных заболеваний, можно выделить пять основных аномальных эмоциональных реакций (рисунок 3) [12, с. 72]:

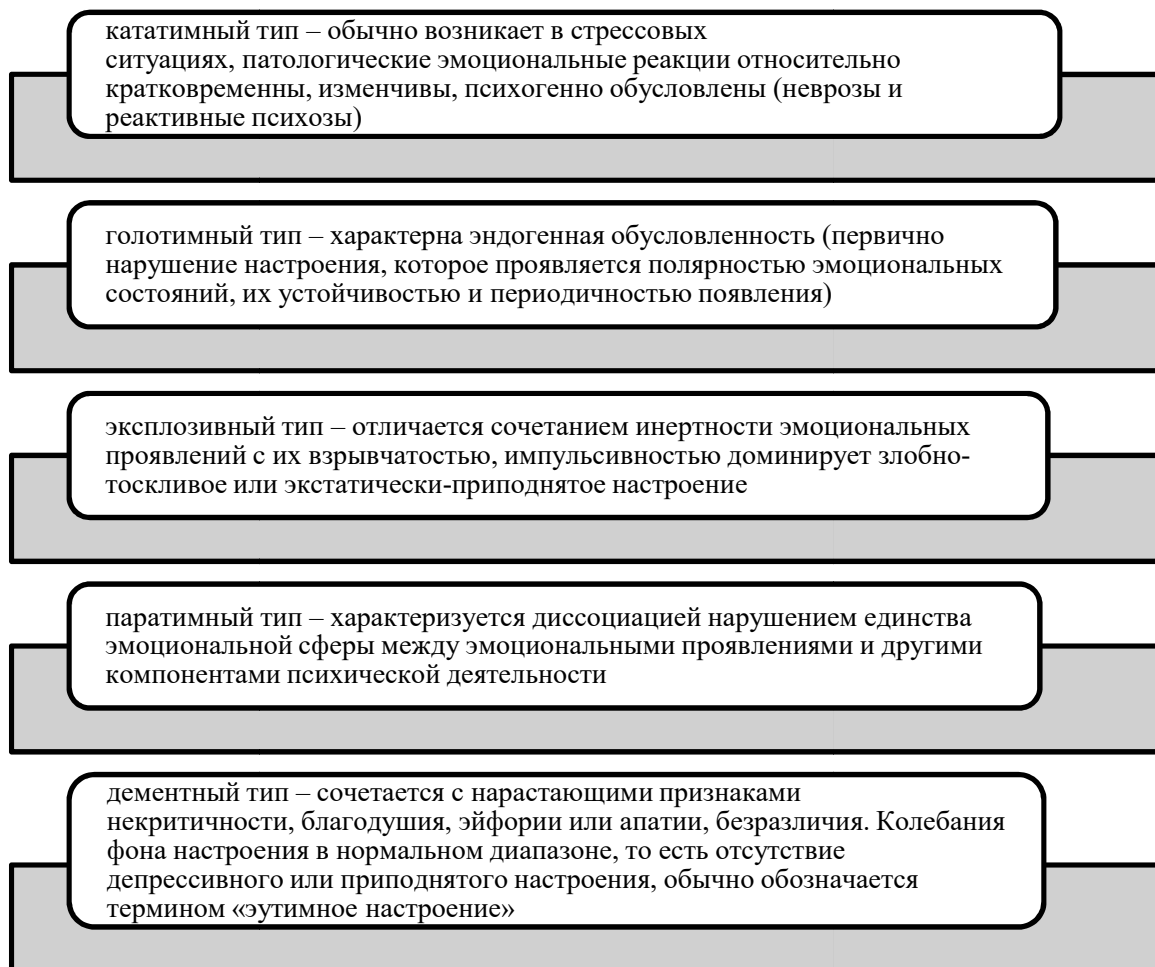


Рисунок 3. Основные типы патологического эмоционального реагирования

При рассмотрении нарушений эмоционально-волевой сферы у подростков, находящихся на длительном лечении, наблюдаются:

– гипотимия – характеризуется сниженным настроением, подавленностью, тоской безысходности, внимание фиксируется только на отрицательных событиях настоящего, вспоминаемого прошлого и представляемого будущего;

– гипертимия – повышенное веселое, радостное настроение с приливом бодрости, энергичности и переоценкой собственных возможностей [20, с. 144].

Нарушения эмоционально-волевой сферы у подростков, находящихся на длительном лечении, характеризуются «отсутствием или недостаточностью эмоциональных реакций на окружающее, преобладают

вялость, сонливость, отсутствует или снижен интерес к окружающим, отсутствуют сострадание, сочувствие, чувство привязанности, слабо выражены эмоции и интересы» [30, с. 62].

Симптомами нарушения эмоциональной сферы являются раздражительность, повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, неусидчивость, отсутствие опосредованной мотивации. В отличие от обычных подростков, у данной группы подростков происходит нарушение формирования социальных чувств, эмоционально-волевой сферы.

Для эмоционально-волевой сферы подростков, находящихся на длительном лечении, характерны малая дифференцированность, бедность переживаний. Как отмечают М.Е. Пермякова и Б.И. Шостак, их «чувства однообразны, неустойчивы, ограничиваются двумя крайними состояниями (удовольствие или неудовольствие), возникают только при непосредственном воздействии того или иного раздражителя» [30, с. 42], то есть их переживания примитивны, и еще нет дифференцированных тонких оттенков переживаний.

Особенностью эмоционально-волевой сферы подростков, находящихся на длительном лечении, является недоразвитие более сложных и дифференцированных эмоций, наблюдается неадекватность эмоциональных реакций, с трудом формируются понятия добра и зла, чувства долга, способность к самоконтролю и прогнозированию последствий своих поступков. Вместе с тем может отмечаться живость эмоций – приветливость, доверчивость, оживленность, могут проявлять несамостоятельность в деятельности.

Развитие эмоционально-волевой сферы подростков, находящихся на длительном лечении, в значительной мере определяется правильной организацией и наличием специального психологического воздействия. «Благоприятные условия способствуют сглаживанию импульсивных проявлений гнева, обиды, радости, выработыванию правильного бытового поведения, закреплению необходимых для жизни навыков и привычек, а

также позволяют им сделать первые шаги в направлении контроля за своими эмоциональными проявлениями» [36, с. 142].

У них наблюдается ряд проблем в развитии эмоционально-волевой сферы: акцентуация характера, повышенная агрессивность. На современном этапе существует острая практическая необходимость найти причины, по которым подростки, находящиеся на длительном лечении, испытывают эмоциональный дискомфорт и обосновать специфику формирования их эмоциональной сферы.

При выборе формата и содержания обучения необходимо учитывать характер течения заболевания, физическое и психологическое состояние ребенка, ограничения и возможности жизнедеятельности. Такая необходимость возникает довольно часто, поскольку не все дети могут продолжать осваивать предметы основной общеобразовательной программы, по которой они обучались до возникновения или обострения заболевания, ухудшения состояния здоровья и необходимости длительного лечения.

Таким образом, эмоционально-волевая сфера подростков, нарушается по мере нахождения подростка на лечении, а также на нее влияют тяжесть заболевания. Как правило, такие подростки подвержены депрессии и подавленности, стрессу, эмоции и воля находятся на низком уровне.

Подростки, больные туберкулезом, в целом более конформны и инфантильны, чем их соматически здоровые одноклассники, что объясняется более низким уровнем развития головного мозга, недостатком знаний и неэффективностью их усвоения.

Для подростков с туберкулезом взаимоотношения со сверстниками менее значимы, чем для соматически здоровых в сфере межличностного взаимодействия. По сравнению с подростками, больными туберкулезом, соматически здоровые дети чаще берут на себя роль лидера, доминируют, демонстрируют конфликтное и агрессивное поведение.

Подростки, находящиеся на длительном лечении, в недостаточной степени осознают необходимость обучения. Обучение длительно болеющих

детей имеет свою специфику. Тем не менее, каждый ребенок, который учится в больнице, должен чувствовать, что болезнь – временная трудность и принимать обучение в больнице, как обычный образовательный процесс.

Таким образом, в эмоционально-волевой сфере подростков с заболеванием туберкулез, находящихся на длительном лечении, самые сложные эмоции развиты слабо. Неадекватные эмоциональные реакции часто сопровождаются неспособностью отличить важное от неважного. Интерес и мотивация к познавательной деятельности отсутствуют или очень слабы.

Болезнь, требующая госпитализации, особенно на длительный срок, нарушает гармоничное функционирование общества и вызывает на поверхность психологические и социальные проблемы в жизни подростка, который жил и развивался в полную силу в условиях своей семьи и учебных заведений. Врачи и медперсонал из-за собственной загруженности в процессе терапии не могут оказать полноценную помощь в этих обстоятельствах.

1.4. Отношение к обучению подростков, находящихся на длительном лечении

Обучение – это основной путь получения образования, процесс овладения знаниями, умениями и навыками под руководством педагогов, мастеров, наставников и т.д. В ходе обучения усваивается социальный опыт, формируется эмоционально-ценностное отношение к действительности, развитие индивидуальных способностей каждого человека.

От отношения детей к обучению в значительной степени зависит интерес к школе и школьному обучению. Отношение детей к обучению зависит как от возраста, так и от положительного или отрицательного опыта, связанного с получением знаний. При наличии позитивного настроения присутствует желание идти учиться. Говоря о желании учиться, следует помнить, что образование – это сложный, многомерный процесс. В психологии различают социальные мотивы, которые связаны с

разнообразными отношениями ученика с другими людьми, и познавательные мотивы, которые связаны с содержанием учебной деятельности и процессом ее выполнения. Желание ребенка узнать новую информацию или методы ее получения – это познавательные мотивы в самом широком смысле.

Социальные мотивы – это стремление внести свой вклад в развитие общества или выбрать определенное положение в нем. К учебе подростков побуждает широкий спектр разнообразных факторов, каждый из которых связан с конкретными установками школьников на обучение. Существуют различные формы отношения к учебе, включая негативное, нейтральное, аморфное, недифференцированное, когнитивное, инициативное и сознательное отношение (личностное, ответственное, эффективное).

Для отрицательного отношения обучающихся к учебе характерны следующие черты: бедность и узость мотивов; познавательные мотивы исчерпываются заинтересованностью в результате; отсутствие способности вырабатывать цели, преодолевать трудности, искать альтернативные варианты действий.

Определим показатели и факторы, способствующие формированию позитивного взгляда на обучение:

- использование методов, стимулирующих любопытство к знаниям как мотивации познавательной деятельности;
- использование методов активизации индивидуальной деятельности;
- создание в классе ситуаций, требующих больших знаний, чем те, которые уже есть у обучающихся в багаже;
- самостоятельное чтение обучающимися научной, методической и художественной литературы с последующим анализом в классе.
- привитие навыков самообразования.

Дополнительными факторами, влияющими на формирование хорошего отношения к учебе, являются общение с ведущими специалистами города и региона, участие в соревнованиях и конкурсах, задавание сложных вопросов на занятиях и проведение симуляций.

Кроме того, следует подчеркнуть, что учебная деятельность подростка способствует формированию мотивов. Учебные материалы оказывают влияние на интерес учащихся к предмету.

Проблемное обучение, которое должно присутствовать на протяжении всего курса обучения, так как без проблем невозможно освоить ни один вид деятельности, является одним из средств, способствующих формированию положительного отношения к обучению. Наличие интереса – это первый этап согласно теории П.Я. Гальперина, которая описывает основные этапы процесса усвоения знаний. Основная обязанность учителя на этом этапе – дать ученику мотивацию, необходимую для того, чтобы он принял построенный вид деятельности и включенные в него знания. Специально для этого здесь представлены проблемы, решение которых связано с созданной деятельностью.

Пребывание в медицинском учреждении – нестандартное событие в жизни ребенка. Нарушается привычный ритм и стиль жизни, меняется окружение, условия обучения. Всё это сопровождается каждодневными медицинскими процедурами, зачастую не всегда приятными. Поэтому главным является создание комфортных условий для обучения, приближенных к обычной школьной обстановке, создание внутреннего комфорта для учеников в условиях медицинского учреждения, отвлечения их от болезни, формирование у учащихся интереса к учебе, поддержание позитивного жизненного тонуса [40, с. 22].

Попадая в лечебно-оздоровительное учреждение, дети открывают для себя новую среду обитания, новую социальную и домашнюю обстановку со своим психологическим микроклиматом. В связи с этим возникает серьезная проблема: как способствовать росту и, главное, развитию духовного потенциала, трудоспособности и творческих способностей детей в условиях стационара с интенсивной терапией. Домашняя обстановка и моральный климат лечебного учреждения, моральное, физическое и психическое здоровье подростков, индивидуальные различия, их склонности и желание

учиться – все эти факторы влияют на обучение и воспитание больных подростков в больницах.

Ключевыми элементами для реализации индивидуального подхода к обучению и воспитанию подростков, находящихся на длительном лечении, а также их эффективности являются:

- создание культуры доброты и взаимного уважения;
- тщательное изучение уникальных особенностей каждого подростка и поддержание позитивного взгляда на жизнь;
- разработка системы реалистичных образовательных задач, познавательных заданий и поддержки для каждого подростка.

Основными психолого-педагогическими условиями успешного обучения и воспитания подростков, находящихся на длительном лечении, выступают:

- глубокое знание личности подростка, учет индивидуальных особенностей и здоровья обучаемого;
- установление тесного контакта, доверительных отношений между педагогом и учеником, определение правильного тона в общении с ним;
- выявление мотивации обучения и способностей каждого ребенка, учет уровня обученности и воспитанности.

Отношение подростков к обучению, находящихся на длительном лечении, дифференцировано и зависит от их интереса, уровня интеллекта, развития кругозора, личностного развития, объема и прочности знаний.

Подростки, находящиеся на длительном лечении в больнице, претерпевают значительные изменения. Прежде всего, они уже не так хорошо усваивают информацию, как в период обучения в общеобразовательной школе.

По данным Т.Г. Иванова, подростки, находящиеся на длительном лечении, значительно отличаются по широкому спектру факторов, в том числе:

1) по их отношению к учебе, которое варьирует от ответственного до незаинтересованного и безразличного;

2) по общему росту – от отличного до очень плохого зрительного и речевого развития;

3) по широте и глубине знаний (по крайней мере, в рамках учебной программы);

4) по технике обучения – от способности работать автономно, приобретать знания до их полного отсутствия и запоминания содержания слово в слово

5) по способности преодолевать трудности в обучении – от настойчивости до зависимости в виде упорного списывания;

6) по диапазону и глубине познавательных интересов [38, с. 79].

Хотя нарушения обучаемости могут варьироваться по степени тяжести, они могут иметь необратимые последствия для подростка, включая его неспособность свободно усваивать новый материал, особенно по мере его усложнения и развития уникальной схемы умственной деятельности.

По мере развития средств познания другого человека возникает особое отношение к учителям, вырабатываются новые стандарты для оценки поведения и личности взрослого. Качество преподавания – это один набор критериев, а характеристики взаимодействия учителя с подростками – другой.

Подростки, находящиеся на длительном лечении, ценят информированных, справедливых, добрых и тактичных учителей. Они также ценят учителей, которые могут объяснить содержание в увлекательной и понятной форме. Наконец, они ценят учителей, которые подбирают такой темп работы в классе, чтобы она была максимально эффективной для всех участников. Им очень нравится эрудиция преподавателя, свободное владение предметом, они хотят внести больше знаний в учебную программу, ценят преподавателей, которые не тратят время на занятиях впустую, и не любят тех, кто негативно относится к самостоятельным суждениям обучающихся.

Для подростков, находящихся на длительном лечении, обучение является основным занятием, поэтому можно отметить также, что некоторые дети меняют свое отношение к обучению, становятся более лояльными к учебе, проявляют интерес и начинают лучше учиться и осваивать программы, другие же наоборот, теряют интерес к учебе совсем, считая, что раз я на лечении, то надо лечиться, а не учиться.

С подросткового возраста для удовлетворения интеллектуальных запросов каждого человека за пределами учебной программы, вводится компонент самостоятельной интеллектуальной деятельности. Для некоторых подростков, получающих обширную терапию, приобретение знаний становится как субъективно необходимым и крайне важным для настоящего, так и для подготовки к будущему.

По мнению С.В. Шарикова, «именно у подростков, находящихся на длительном лечении, появляются новые мотивы обучения, связанные с формированием жизненной перспективы и профессиональных намерений, идеалов и самосознания. Обучение для многих приобретает личностный смысл и превращается в самообразование» [40, с. 28].

Таким образом, длительная болезнь, госпитализация, социальная изоляция, стресс, ощущение неопределенности и непредсказуемости развития ситуации, прерывание учебного процесса в школе, потеря ребенком уверенности в своем будущем, а в целом – изменение качества жизни детей, подростков и их семей определяют риск возникновения нарушений развития. Одним из факторов, способствующих возникновению существенного межличностного сценария, отклоняющегося от социальной нормы или от созданной в культурно-исторической среде системы отношений между ребенком и обществом, по мнению экспертов здравоохранения, является длительная тяжелая болезнь ребенка.

Выводы по главе 1

Эмоционально-волевая сфера личности включает в себя два взаимосвязанных феномена (одним являются человеческие эмоции и чувства, а другим – воля), которое находит выражение во внутренних переживаниях. Динамика, природа и характер чувств и эмоций человека являются характеристиками эмоционально-волевой сферы. В настоящее время эмоционально-волевая сфера рассматривается в психологической науке как наиболее значимый компонент поведения человека, реализующий отношение к внешним явлениям и обеспечивающий соответствующее социальное взаимодействие.

Так, анализируя подходы к разработке проблем, связанных с эмоциями и волей, можно прийти к выводу, что они взаимодействуют и, в большей или меньшей степени, дополняют друг друга. Потребности регулируются эмоциями, но для этого также необходимо сознание. Эмоциональная регуляция переходит в волевую, когда действие переходит с импульсивного уровня на личностный. Поступок развивается из действия. Для личности характерна сложная иерархическая структура эмоций, которая управляется многомерным волевым контролем. Обе эти системы сливаются воедино, образуя единую эмоционально-волевую сферу.

В психическом развитии детей эмоционально-волевая сфера имеет особое значение. По мнению многих специалистов, проблема особенностей эмоционально-волевой сферы у подростков, находящихся на длительном лечении, является актуальной и особенно острой, так как любой дефект сопровождается изменениями эмоционального состояния подростков.

Длительное лечение подростков негативно сказывается не только на развитии эмоционально-волевой сферы подростков, но и на общем формировании личности, которое может оказывать влияние и на отношение подростков к обучению. У подростков, находящихся на длительном лечении, начинается разрушение социально полезных связей, ухудшение

коммуникативных навыков, а также изменение ценностных ориентаций. Они постоянно общаются с одними и теми же людьми, но при этом получают мало сенсорных сигналов и совершают мало перцептивных, языковых и межличностных действий. Отношения в этот момент начинают проявлять признаки эмоционального напряжения, плохого восприятия, сниженной терпимости к окружению, разногласиям и т.д. Преобладают эмоционально-личностные расстройства, страхи тактильного и визуального контакта, общение поверхностное из-за недоразвития высших эмоций, чуждо чувство сострадания, жалости, стыда, вины. У подростков также могут наблюдаться расторможенность, агрессия, асоциальное поведение.

Отношение подростков к обучению, находящихся на длительном лечении, дифференцировано и зависит от их интереса, уровня интеллекта, развития кругозора, личностного развития, объёма и прочности знаний. Подростки, попав в больницу на длительное лечение, сильно меняются. В первую очередь отмечается уменьшение поглощенности учением, которое было свойственно им, при обучении в общеобразовательной организации.

Таким образом, проведенный анализ психолого-педагогической литературы позволил определить базовые понятия эмоционально-волевой сферы подростков находящихся на длительном лечении, рассмотреть работы, связанные с отношениями к обучению. Выделенные положения будут нами использованы в эмпирическом исследовании связи эмоционально-волевой сферы и отношения к обучению.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ОТНОШЕНИЯ К ОБУЧЕНИЮ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

2.1. Описание базы и методов исследования

Эмпирическое исследование было организовано и проведено с участием 15 подростков, находящихся на длительной госпитализации, в возрасте 12–14 лет (в дальнейшем – группа Б). Данные подростки болеют туберкулезом и находятся в больнице в стационаре. Время пребывания в стационаре составляет от 2 месяцев до 1 года.

Выборку сравнения составили 15 соматически здоровых подростков в возрасте 12–14 лет, обучающихся в общеобразовательной школе (далее – группа З).

Для изучения эмоционально-волевой сферы и отношения к обучению подростков были подобраны методики, по которым была проведена диагностика.

1. Тест «САН». Это бланковая методика, разработанная в Первом Московском медицинском институте им. И.М. Сеченова, предназначена для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения.

Данная методика предназначена для выявления эмоционального состояния плохого и хорошего настроения на основе самооценки психических состояний.

На основе обобщения оценок определяется общий показатель, который показывает уровень самочувствия, активности и настроения.

2. Для изучения волевых свойств подростков была использована Методика диагностики волевых особенностей личности М.В. Чумакова. Опросник позволяет изучить оценку степени развития эмоционально-волевой регуляции, которые становясь устойчивыми образованиями выступают как волевые качества. Методика позволяет выделить 9 волевых качеств:

ответственный, инициативный, решительный, самостоятельный, выдержанный, настойчивый, энергичный, внимательный, целеустремленный. Интерпретация проводится путем анализа девяти шкал, которые в совокупности дают целостную картину развития волевой регуляции поведения.

Итоговый высокий балл по опроснику получают ответственные, обязательные, инициативные, деятельные, уверенные, решительные, настойчивые, энергичные, хорошо контролирующие свои эмоции, независимые, самостоятельные, целеустремленные, собранные испытуемые.

Низкий балл по опроснику характерен для склонных к колебаниям, неуверенных, безынициативных, несамостоятельных респондентов. Они могут пренебречь своими обязанностями в ситуациях, когда внешний контроль за их действиями ослаблен. Как правило, они проявляют низкую активность, энергичность, могут быть проблемы с произвольной концентрацией внимания. Жизненные цели недостаточно осознаны.

3. Для изучения мотивации учения и эмоционального отношения к учению, применялась методика Ч.Д. Спилберга–А.Д. Андреевой.

Данная методика диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению основана на опроснике Ч.Д. Спилберга, направленном на изучение уровней познавательной активности, мотивации достижения, тревожности и гнева как актуальных состояний и как свойств личности. Модификация опросника относительно особенностей обучения в России осуществлена А.Д. Андреевой.

Методика включает 40 вопросов, содержит 4 шкалы – познавательная активность, мотивация достижения, тревожность, гнев. Результаты методики рассматриваются по 5 уровням: каждый уровень определяет продуктивную мотивацию, по отношению к обучению, а также познавательную мотивацию, которая определяет познавательную активность подростков, а также их снижение или отсутствие.

Для выявления особенностей эмоциональных состояний и волевых свойств у подростков, находящихся на длительном лечении, был проведен сравнительный анализ, с помощью критерия Манна-Уитни. Для изучения связи отношения к обучению и эмоциональных состояний и волевых качеств был применен корреляционный анализ Спирмена.

2.2. Характеристика эмоционально-волевой сферы подростков, находящихся на длительном лечении

С целью выявления эмоционально-волевой сферы подростков, находящихся на лечении в туберкулезном отделении, и здоровых подростков была проведена диагностика по трем методикам.

Рассмотрим полученные результаты по методике САН. Обобщенные по уровням результаты представлены на рисунке 4.

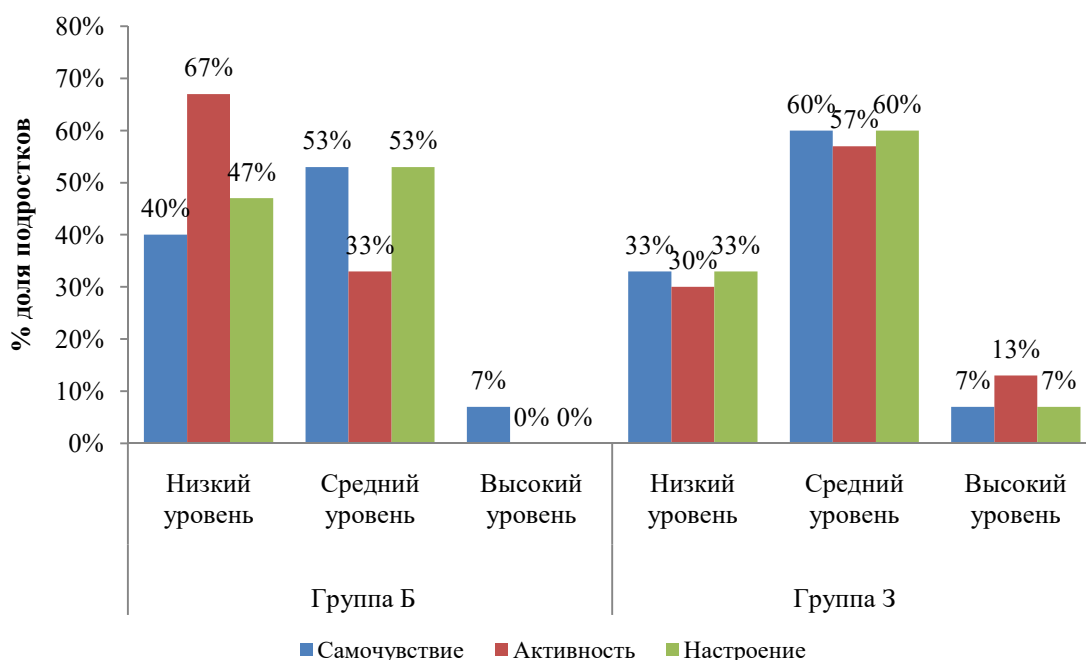


Рисунок 4. Представленность эмоционального состояния для двух групп подростков

Как видно из рисунка 4, в группе подростков, находящихся на длительном лечении, только у 7% (1 человек) выявлен высокий уровень

самочувствия: он хорошо себя чувствует, несмотря на свои переживания о болезни, у него высокий уровень работоспособности. Почти у половины (53%) самочувствие представлено на среднем уровне, что говорит о частичном нарушении психологического комфорта, его изменчивости от определенных ситуаций; данные подростки чувствуют дискомфорт от того, что находятся на лечении.

Низкий уровень самочувствия представлен у 6 подростков (40%), что показывает отрицательную психоэмоциональную реакцию и психологический дискомфорт от того, что находятся на длительном лечении в стационаре.

Высокий уровень активности не наблюдается ни у кого из группы, возможно, это связано с тем, что в лечебных заведениях, это не приветствуется, к тому же существует ограниченность пространства: подростки, в основном, находятся в палате или на лечении, или учебе. У трети (33%) подростков активность на среднем уровне, что характеризует их инертность, пассивность, малую активность, подвижность. У 10 подростков (67%) низкие показатели активности: они неактивны, безынициативны, малоподвижны.

В группе Б хорошее настроение не выявлено ни у одного подростка. Немногим более половины (53%) характеризуются изменчивым настроением. Они чаще пребывают в хорошем настроении, нежели в плохом. У 7 подростков (47%) оценили свое настроение как плохое. Эти подростки находятся в плохом настроении: они не радуются жизни, у них подавленное состояние, они печальны, тревожны и подвержены страху, испытывают скуку. Следовательно, у подростков, находящихся на длительном лечении, наблюдается снижение эмоциональной сферы.

Рассмотрим результаты эмоциональных состояний соматически здоровых подростков по методике САН. 7% (1 человек) характеризуются высоким уровнем самочувствия. Подросток чувствует себя сильным, его работоспособность на высоком уровне, он полон сил, расслабленный. У 9

подростков (60%) средний уровень по этой шкале: психоэмоциональное состояние нарушено частично, что может быть связано с обучением в школе, отношениями с родителями и сверстниками. Они активны, мало двигаются, в меру веселы, увлечены только тем, что им интересно. У 5 подростков (33%) низкий уровень самочувствия: им свойственна низкая работоспособность, вялость, затруднения в выполнении заданий, что может быть связано с личными переживаниями, испытывают волнения по каждому поводу, например, что не справятся с домашним заданием.

По шкале активность у 2 подростков (14%) наблюдается высокий уровень: иногда пассивны, малоподвижны, медлительны, бездеятельны, все это они переживают эмоционально. У 9 подростков (57%) представлен средний уровень активности, что характеризуется как инертность, пассивность, равнодушие, безучастность, малоподвижность. 4 подростка (33%) имеют низкие показатели активности: им свойственна стремление хотят отдохнуть, малая активность, безынициативность, медлительность.

Один подросток (7%) характеризуется высоким уровнем по шкале «настроение», что может говорить о хорошем самочувствии, бодрости, выносливости, отсутствием переживаний за собственные неудачи. 9 подростков (60%) показали средние показатели настроения: чаще пребывают в хорошем настроении, нежели в плохом. У 5 подростков (33%) определен низкий уровень настроения, эти подростки находятся в плохом настроении, тревожны и подвержены страху, мало радуются жизни, постоянно подавленное состояние, они печальны, скучают.

Эмоциональное состояние подростков находящихся на длительном лечении, отличается от соматически здоровых детей: у них проявляются нарушения эмоциональной сферы различного характера. Подростки недовольны своим реальным положением, так как на данный момент они считают себя слабыми, у них наблюдались пассивность, сниженная работоспособность, медлительность, равнодушие ко всему, что их окружает; отмечена унылость и печаль, рассеяны и невнимательны.

Для проверки достоверности различий в уровне выраженности самочувствия, активности и настроения по тесту САН, мы использовали U-критерий Манна-Уитни (Приложение Д). Оценка различий выявила по шкале «самочувствие» оказались незначимыми, то есть по самочувствию подростков, находящихся на длительном лечении, не отличается от самочувствия соматически здоровых детей. Различия по шкале «активность» оказались значимыми ($U_3=64$, $p \leq 0,05$). Активность подростков, находящихся на длительном лечении, ниже, чем активность соматически здоровых подростков. Сравнение результатов по шкале «настроение» показало отсутствие различий, что говорит о схожести настроения в двух группах.

Таким образом, можно сказать, что подростки, находящиеся на длительном лечении менее активны, чем соматически здоровые дети, по шкалам самочувствие и настроение значимых отличий нет.

Рассмотрим волевые качества по методике М.В. Чумакова. На рисунке 5 представлен интегративный показатель по методике, отражающий уровень волевых качеств подростка.

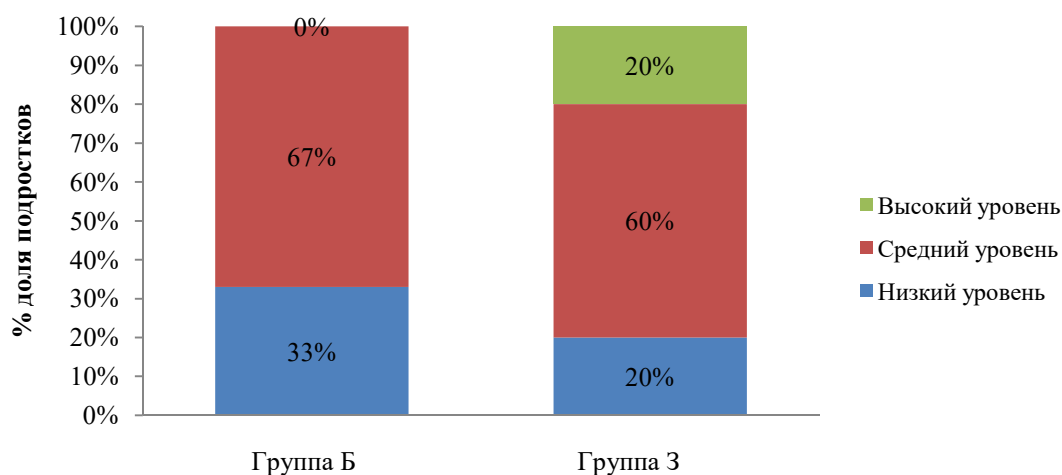


Рисунок 5. Распределение уровней интегративного показателя волевых качеств в двух группах подростков по методике М.В. Чумакова

Как видно из рисунка 5, у подростков, находящихся на длительном лечении, наблюдается средний уровень волевых качеств (67%) и низкий уровень (33%). Высокий уровень не имеет ни один подросток. У соматически

здоровых подростков более половины (60%) характеризуются высоким уровнем волевых качеств, средний уровень выявлен у 3-х подростков (20%), низкий уровень также у 3-х подростков (20%). Данное распределение интегративного показателя говорит о тенденции к большей выраженности волевых качеств у соматически здоровых подростков.

Рассмотрим отдельно результаты по 9 волевым качествам (рисунок 6) для определения вклада отдельных качеств в общий показатель.

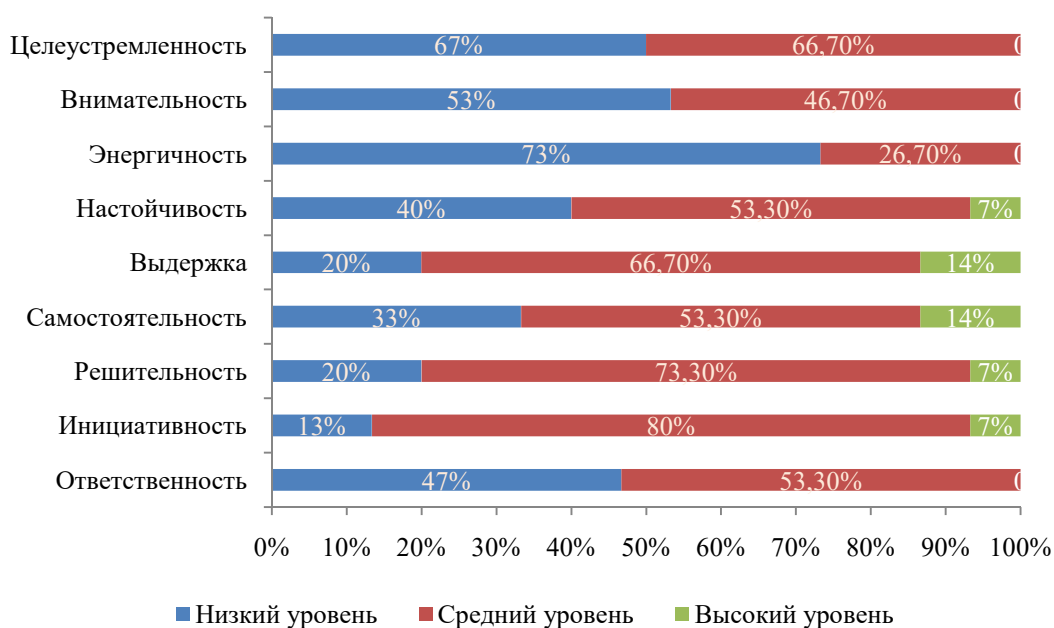


Рисунок 6. Распределение уровней волевых качеств по методике М.В. Чумакова в группе подростков, находящихся на длительном лечении

По шкале «Ответственность» средний уровень представлен у 8 подростков (53%). Данные подростки характеризуются как необязательные, недисциплинированные, не всегда выполняют свои обязанности, иногда у них появляется тревожность. 7 подростков показали (47%) низкий уровень, что характеризует их как безответственных, ненадежных, ветреных, безалаберных.

По шкале «Инициативность» высокий уровень представлен лишь у 1 подростка (7%), что характеризует его как ведущего, делового, сильного, инициативного, деятельного, влиятельного, дальновидного. 12 подростков (80%) по данной шкале отнесены к среднему уровню: они пассивные,

безынициативные, бездеятельные, не перегружают себя чрезмерными обязательствами, проще смотрят на жизнь и могут обладать более низкой тревожностью. Низкий уровень у 2 подростков (13%), что характеризует их как пассивных, ленивых, не стремящихся изменить к лучшему ситуацию, ориентированных на сохранение, стабильность.

По шкале «Решительность» большая часть (73%) подростков, находящихся на длительном лечении, характеризуется средним уровнем, что говорит об их нерешительности, колебаниях в принятии решений, неуверенности, сомнениях. 20% имеют низкий уровень решительности – склонны к сомнениям, решение принимают после длительных колебаний, не обладают достаточной устойчивостью. Лишь 7% можно отнести к решительным, быстро принимающим решение, что может быть связано и с импульсивностью.

По шкале «Самостоятельность» большая часть подростков группы Б имеют средний уровень – 53%, они характеризуются как зависимые, несамостоятельные, управляемые, повинующиеся. 33% подростков можно отнести к внушаемым, зависимым от мнения других, не самостоятельным. У 13% подростков выявлен высокий уровень: они могут самостоятельно принимать решения, противостоять мнению группы, не нуждаются в постоянной психологической поддержке.

По шкале «Выдержка» основную долю подростков составляют дети среднего уровня – 67%, они невыдержаны, неуправляемы. 20% подростков находящихся на длительном лечении склонны к проявлению негативных эмоций, у них отсутствует самообладание, испытывают трудности в учебе, неинтересную работу не любят выполнять. Только 13% контролируют свои эмоции, могут справиться с монотонной работой, легко управляют своим негативным состоянием.

По шкале «Настойчивость» у 53% определен средний уровень, они ненастойчивы, нестойки, слабы. 40% подростков слабохарактерны, впадают в депрессию от своих неудач, легко отступают от намеченного, лишь только

на их пути появиться преграда. Подростки с высоким уровнем – 7%, стойко переносят неудачи, легко относятся к неприятностям, способны достигать поставленных целей, имеют твердый характер.

По шкале «Энергичность» 73% подростков имеют низкий уровень: они быстро устают, пессимистичны, имеют невысокую активность. Остальные 27% имеют средний уровень, обладают склонностью к депрессии и низкой работоспособностью, пессимистичностью.

По шкале «Внимательность» у 47% подростков выявлен средний уровень, они не собраны, не хотят учиться. 53% подростков характеризуется низким уровнем: они легко отвлекаются, им трудно концентрировать внимания и сосредотачиваться, на каком-то определенном виде деятельности.

По шкале «Целеустремленность» 33% подростков показали средний уровень, они не осознают цели жизни и не стремятся планировать ее, испытывают трудности в достижении цели. 67% подростков сложно сформулировать цели или достичь поставленных, не всегда понимают, чего хотят.

Рассмотрим распределение волевых качеств по уровням в группе соматически здоровых подростков (рисунок7).

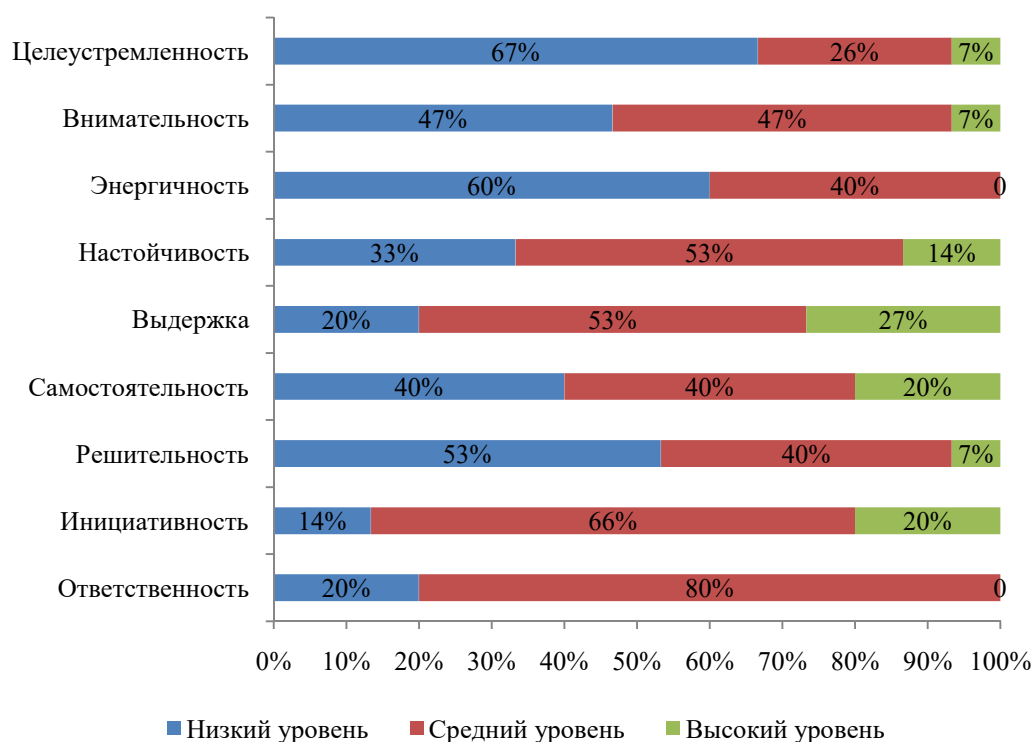


Рисунок 7. Распределение уровней волевых качеств по методике М.В. Чумакова в группе соматически здоровых подростков

В группе соматически здоровых подростков по шкалам «Решительность» – 53%, «Энергичность» – 60%, «Целеустремленность» – 67% преобладает низкий уровень.

Средний уровень преобладает по шкалам «Настойчивость» и «Выдержка» – по 53%, «Инициативность» – 66%, «Ответственность» – 80%.

Равная доля как низкого, так и среднего уровня определена по шкалам «Самостоятельность» по 40%, «Внимательность» по 47%.

Высокий уровень не преобладает ни по одной шкале.

Проведем анализ отличий волевых качеств подростков, находящиеся на длительном лечении, и соматически здоровых детей с помощью критерия согласия Пирсона (хи-квадрат), позволяющего сравнить распределения волевых качеств по уровням (таблица 1).

Таблица 1

Статистическая оценка схожести распределений волевых качеств по уровням
в двух группах

	Волевые качества	χ^2	Уровень значимости
1.	Ответственность	2,400	0,122
2.	Инициативность	1,182	0,554
3.	Решительность	3,743	0,154
4.	Самостоятельность	0,577	0,750
5.	Выдержка	0,889	0,642
6.	Настойчивость	0,424	0,809
7.	Энергичность	0,600	0,439
8.	Внимательность	1,067	0,587
9.	Целеустремленность	1,111	0,547

Как видно из таблицы 1, значимых различий не выявлено по представленным волевым качествам, что может быть связано с возрастными особенностями. Хотя по некоторым шкалам мы наблюдаем определенные тенденции к большей выраженности. Ответственность, инициативность, выдержка, настойчивость, энергичность более представлена в группе соматических здоровых подростков. По шкале решительность у подростков, находящихся на длительном лечении, более высокие значения.

Проведем сопоставление средних значений волевых качеств по методике М.В. Чумакова двух групп подростков, находящихся на длительном лечении и здоровых (рисунок 8).

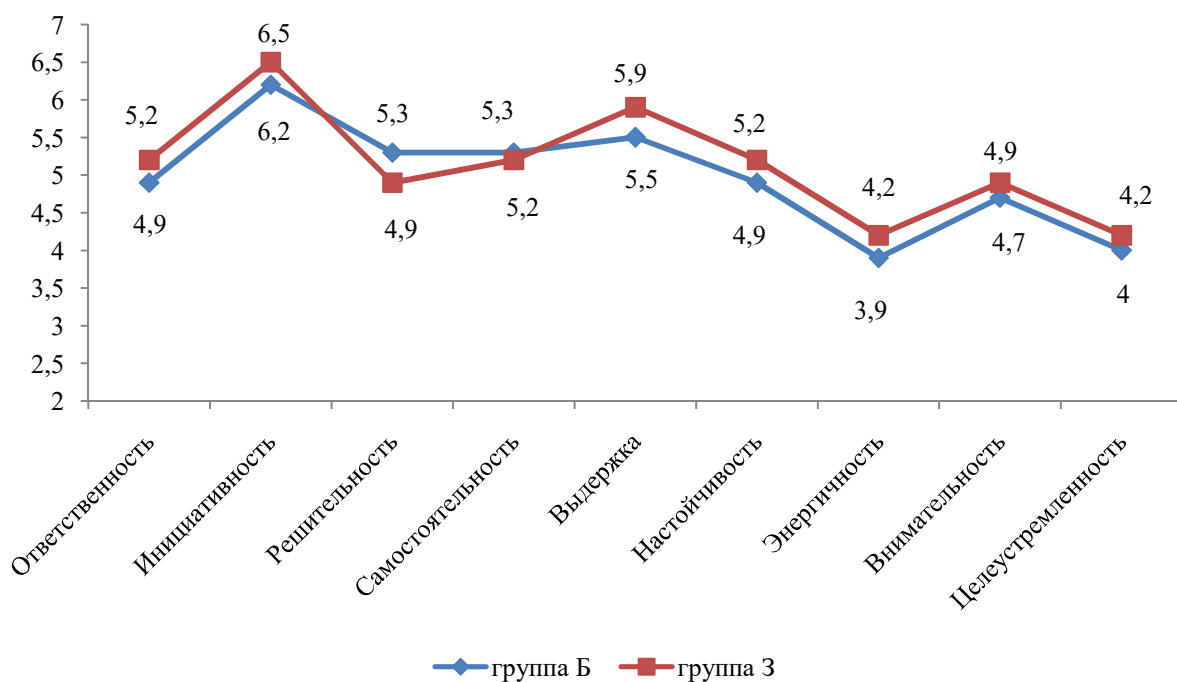


Рисунок 8. Среднегрупповые значения по волевым свойствам в двух группах подростков по методике М.В.Чумакова

Для проверки достоверности различий в уровне выраженности волевых свойств, измеряемых с помощью методики М.В.Чумакова, был проведен сравнительный анализ по критерию U-критерию Манна-Уитни, результаты приведены в таблице 2.

Таблица 2

Оценка различий волевых качеств подростков двух групп с помощью критерия Манна-Уитни

Волевоe качество	Среднегрупповые значения		Значение U
	группа Б	группа 3	
Ответственность	4,9	5,2	87,0
Инициативность	6,2	6,5	95,0
Решительность	5,3	4,9	96,5
Самостоятельность	5,3	5,2	108,0
Выдержка	5,5	5,9	97,0
Настойчивость	4,9	5,2	99,5
Энергичность	3,9	4,2	101,0
Внимательность	4,7	4,9	102,5
Целеустремленность	4,0	4,2	105,5

Примечание: * различия значимы на уровне $p \leq 0,01$

** различия значимы на уровне $p \leq 0,05$

Как видно из таблицы 2, подростки, находящиеся на длительном лечении, не отличаются волевыми качествами от соматически здоровых детей.

Подростки, находящиеся на лечении, и обладают низким (дезадаптационным) уровнем психологического состояния, что означает повышенную тревожность детей, стремление полностью соответствовать желаниям окружающим, или, наоборот, подчинить окружающее своим желаниям. Они в целом приспособлены к больничной среде, но проявляют признаки тревожности.

Пребывание подростков в стационаре на длительном лечении, несомненно, это стресс для них. Другой порядок, другие условия, медицинские процедуры их пугают. Большое влияние также оказывает и физическое состояние здоровья, самочувствие ребенка, его активность, настроение и ряд других факторов. Они испытывают тревогу и стресс, связанные с длительным лечением. Как видно из результатов, эмоционально-волевая сфера подростков, находящихся на длительном лечении, характеризуется пониженным настроением, малоподвижностью, меньшим проявлением волевых качеств, что, по нашему предположению, может оказывать влияние и на отношение к обучению.

2.3. Отношение к обучению подростков с разными характеристиками эмоционально-волевой сферы

Для изучения того, как эмоционально-волевая сфера связана отношением к обучению, нами была проведена диагностика мотивации учения и эмоционального отношения к учению подростков по методике Ч.Д. Спилберга в модификации А.Д. Андреевой.

Авторы выделяют следующие уровни мотивации учения и эмоционального отношения к учению:

I уровень – самый высокий – продуктивная мотивация с выраженным преобладанием познавательной активности учения и положительным эмоциональным отношением к нему.

II уровень – продуктивная мотивация, позитивное отношение к учению, соответствие социальному нормативу.

III уровень – средний уровень с несколько сниженной познавательной мотивацией.

IV уровень – сниженная мотивация, переживание «школьной скуки», отрицательное эмоциональное отношение к учению.

V уровень – резко отрицательное отношение к учению.

Результаты диагностики уровня мотивации учения и эмоционального отношения к учению подростков по методике Ч.Д. Спилберга–А.Д. Андреевой, приведены на рисунке 9.

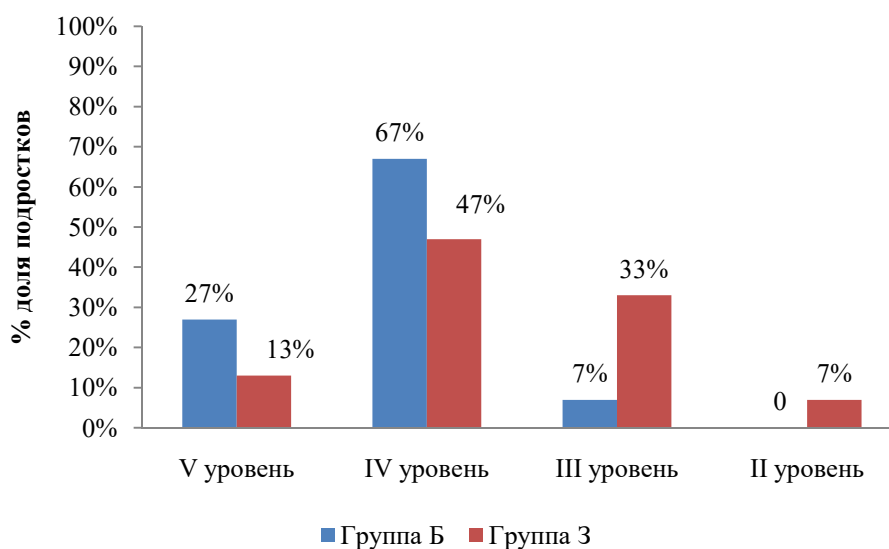


Рисунок 9. Распределение уровней мотивации учения и эмоционального отношения к учению подростков двух групп по методике Ч.Д. Спилберга–А.Д. Андреевой, %

Как видно из рисунка 9, в группе подростков, находящихся на длительном лечении, преобладает IV и V уровни отношения к школе, которые характеризуют отрицательное эмоциональное отношение к учению, переживание скуки, недисциплинированность, не выполнение своих

обязанностей и т.д. При этом у 27% наблюдается резко отрицательное отношение к обучению, им характерна низкая работоспособность, безынициативность, отсутствием чрезмерных обязательств в отношении к обучению.

Лишь у 7% (1 ребенок) III – средний уровень, что характеризует несколько сниженную познавательную мотивацию при положительном отношении к обучению. Нахождение на длительном лечении оказывает отрицательное влияние, сказываются страхи и низкий уровень эмоционально-волевой сферы.

Таким образом, у подростков, находящихся на длительном лечении, представлено негативное отношение к учению. Ни у кого не представлено положительное отношение к школе и высокая мотивация к учению.

Рассмотрим особенности отношения к школе у соматически здоровых подростков. У 13% наблюдается резко отрицательное отношение к обучению. 42% характеризует IV уровнем: сниженная мотивация, переживание «школьной скуки», отрицательное эмоциональное отношение к учению. Однако у трети (33%) представлен средний уровень отношения к учебе с несколько сниженной мотивации, а у 1 подростка – продуктивная мотивация, позитивное отношение к учению, соответствие социальному нормативу.

Для выявления отличий по эмоциональному отношению к учебе познавательной мотивацией были сопоставлены результаты по двум группам. Сопоставление по уровням в двух группах представлено на рисунке 10.

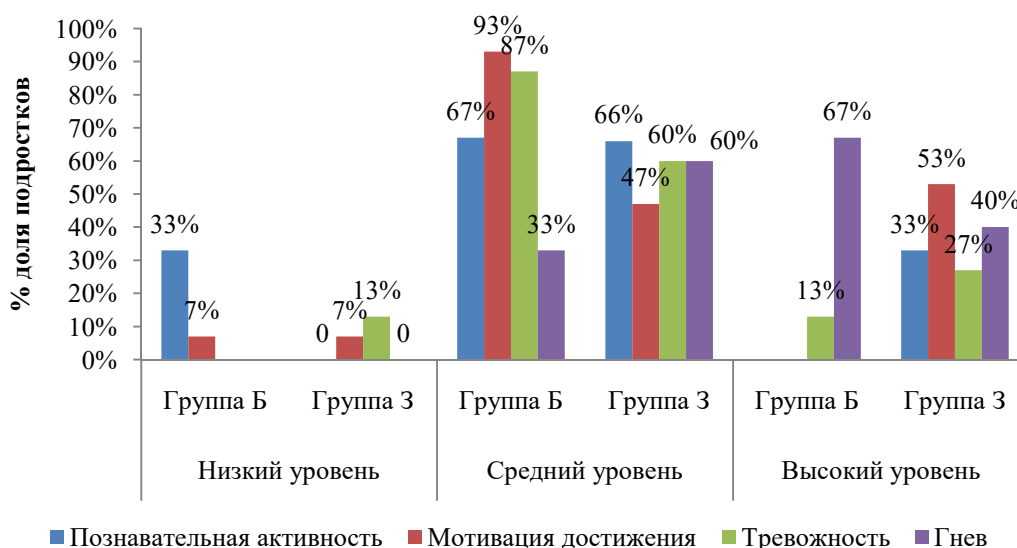


Рисунок 10. Сопоставление распределений показателей по методике Ч.Д. Спилберга–А.Д. Андреевой подростков двух групп

Сопоставляя результаты по шкалам, мы видим, что познавательная активность у подростков, находящихся на длительном лечении, представлена на среднем (67%) и низком уровне (33%). Высокий уровень в данной группе не представлен, что говорит о том, что у них не выражено стремление познавать что-то новое, они не заинтересованы в обучении, отсутствует желание и стремление к обучению.

Мотивация достижения успеха также не представлена на высоком уровне. В основном (93%) она представлена на среднем уровне, только у 7% на низком уровне. Большая доля исследуемых подростков имеет непродуктивную мотивацию достижения.

Тревожность в группе подростков, находящихся на длительном лечении, представлена на высоком (13%) и среднем (87%) уровнях. Они характеризуются повышенной тревожностью по поводу отрицательных отметок, скованностью, низкой работоспособностью и т.д.

Две трети подростков имеют высокий уровень гнева (67%), у трети (33%) – средний уровень. Гнев вызван отрицательным отношением и повышенной чувствительности к оценочному аспекту, чрезмерной

повышенной эмоциональностью на уроке, обусловленной неудовлетворением ведущих социогенных потребностей.

Рассмотрим отдельно по шкалам распределение уровней у соматически здоровых подростков по методике Ч.Д. Спилберга–А.Д. Андреевой.

Познавательная активность находится на высоком уровне у 10 подростков (67%) и на среднем уровне у 5 подростков (33%). Мотивация достижения успеха у половины (50%) соматически здоровых подростков находится на высоком уровне, на среднем уровне у (43%), только у 7% представлен низкий уровень.

Высокая тревожность выявлена у 27%, средняя – у 60%, у 13% низкий уровень тревожности. В данной группе подростков гнев на высоком уровне представлен у 40%, на среднем уровне у 60%.

Сравнение показателей по шкалам мотивации и эмоциональными переживаниями, связанными с учением, было проведено с помощью критерия U Манна-Уитни. В результате были выявлены значимые различия по познавательной мотивации ($U=19,0$, $p<0,001$), мотивации достижения ($U=27,5$, $p<0,001$), а также по интегративному показателю отношения к обучению ($U=26,5$, $p<0,001$). Наиболее высокие показатели по этим шкалам, как мы видим из рисунка 10, представлены у соматически здоровых подростков.

Обобщая результаты, можно выделить, что подростки, находящиеся на длительном лечении, меньше проявляют активность; познавательная мотивация и стремление к достижениям у них ниже, чем у соматически здоровых подростков.

С целью установления достоверно значимой связи между показателями мотивации учения и эмоционально-волевых свойств был применен метод ранговой корреляции Ч. Спирмена. Сопоставлялись показатели отношения к школе, познавательной мотивации и мотивации достижения и эмоционально-волевых свойств.

Значение коэффициентов корреляции представляют описательную статистику, показывающую, тесноту, направление и достоверность связи между двумя переменными. Чем ближе коэффициент корреляции к 1, тем более тесной является связь. Положительная связь показывает однонаправленность изменений двух признаков: высокие значения одного признака связаны с высокими значениями другого. Отрицательная связь, или обратная, показывает, что высокие значения одного признака соотносятся с низкими значениями другого признака.

Результаты корреляционного анализа отдельно для каждой группы представлены в таблице 3. Рассмотрим полученные результаты.

В группе подростков, находящихся на длительном лечении выявлена значимая связь между настроением и мотивацией достижения ($r = 0,401$), что может говорить о том, что ощущение благополучия связано со стремлением к высоким результатам, чувством уверенности в их достижении. Мотивация достижения отрицательно связана с энергичностью ($r = -0,631$). Это говорит о том, что энергичность негативно влияет на мотивацию достижения успеха и избегание неудачи, связанные с обучением, ориентированным на определенный результат.

Таблица 3

р Коэффициенты корреляции между показателями самочувствия и волевых качеств у подростков, находящихся на длительном лечении

Шкалы	Познавательная мотивация	Мотивация достижений	Тревожность	Гнев	Общий показатель
Самочувствие	0,153	0,246	-0,188	-0,347	-0,054
Активность	-0,325	-0,147	0,339	0,356	0,321
Настроение	-0,015	0,401*	-0,414*	-0,325	-0,195
Ответственность	0,242	0,125	-0,372*	0,199	0,044
Инициативность	-0,136	-0,103	0,021	-0,093	-0,041
Решительность	-0,257	0,266	-0,209	-0,261	-0,189
Самостоятельность	-0,014	0,028	-0,250	-0,400*	-0,396
Выдержка	-0,121	0,108	0,024	-0,038	0,050
Настойчивость	-0,258	0,145	0,007	0,071	0,059
Энергичность	0,073	-0,631**	0,252	-0,067	-0,052
Внимательность	-0,324	0,046	0,094	0,290	0,083
Целеустремленность	-0,106	0,341	-0,164	-0,272	-0,147

Общий показатель волевых свойств	-0,268	0,144	-0,221	-0,195	-0,156
----------------------------------	--------	-------	--------	--------	--------

Примечание: * корреляция значима на уровне $p < 0,05$,

** корреляция значима на уровне $p < 0,01$

Выявлена связь между ответственностью и тревожностью ($r = -0,372$). Данная связь является отрицательной – высокая ответственность соотносится с более низкой тревожностью, что может быть связано с умением взять на себя гарантии за достижение результата, ощущением способным выполнить задания. Тревожность отрицательно связана и с настроением ($r = -0,414$). Хорошее настроение соотносится с более низкими показателями тревожности.

Между самостоятельностью и гневом выявлена отрицательная связь ($r = -0,40$): ощущение собственной самостоятельности соотносится с меньшим проявлением гнева, что может быть связано с особенностями проживания в стационаре, когда мало возможности для проявления своей самостоятельности в больничных условиях. Также выявлена тенденция к связи между общим показателем отношения к обучению и самостоятельностью ($r = -0,396$). Есть тенденция к достоверным связям между самочувствием и гневом ($r = -0,347$), активностью и гневом ($r = 0,356$), целеустремленностью и мотивацией достижений ($r = 0,341$). Поведение каждого подростка, направленное на достижение цели, предполагает наличие мотивов ее достижения и избегания неудачи. Один из них является доминирующим. Мотив достижения относится к продуктивному выполнению деятельности, мотив избегания связан с тревожностью индивида и защитными тенденциями поведения.

Таким образом, для подростков, находящихся на длительном лечении, отношение к обучению и познавательная мотивация связана с самочувствием и настроением. Ощущение себя активным приводит к меньшему проявлению положительного отношения к обучению.

Рассмотрим полученные корреляционные связи в группе соматически здоровых подростков. Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 4.

Таблица 4

Коэффициенты корреляции между показателями самочувствия и волевых качеств у соматически здоровых подростков

	Познавательная мотивация	Мотивация достижений	Тревожность	Гнев	Общий показатель
Самочувствие	0,232	0,554**	-0,300	-0,310	0,278
Активность	0,049	0,410*	0,002	-0,054	0,124
Настроение	0,172	0,360	-0,144	-0,365	-0,009
Общее настроение	0,242	0,537**	-0,197	-0,262	0,221
Ответственность	0,272	0	0,054	0,341	0,445*
Инициативность	0,085	0,184	0,026	-0,110	0,122
Решительность	0,296	0,323	-0,224	-0,316	-0,017
Самостоятельность	-0,049	0,121	-0,381*	-0,269	-0,220
Выдержка	0,277	0,086	0,069	0,103	0,333
Настойчивость	-0,228	0,133	0,014	0,031	0,047
Энергичность	-0,002	-0,089	-0,048	-0,118	-0,020
Внимательность	0,015	0,059	-0,046	0,314	0,419*
Целеустремленность	0,312	0,238	-0,162	-0,205	0,202
Общий показатель волевых свойств	-0,080	0,136	-0,173	-0,064	0,109

Примечание: * корреляция значима на уровне $p < 0,05$, ** корреляция значима на уровне $p < 0,01$

В группе соматически здоровых подростков выявлены значимые связи между мотивацией достижений и самочувствием ($r = 0,554$), активностью ($r = 0,410$), а также с общим показателем настроения ($r = 0,537$). Хорошее настроение, проявление своей активности и самочувствие связано с мотивацией достижения.

Выявлена связь между эмоциональным отношением к учебе и такими волевыми качествами как ответственность ($r = 0,445$) и внимательность ($r = 0,419$). Это говорит о том, что подростки могут успешно решать сложные и ответственные задачи, внимательно относясь к обучению, что соотносится с более положительным отношением к обучению.

Между самостоятельностью и тревожностью выявлена отрицательная связь ($r = -0,381$). Меньшее проявление самостоятельности соотносится с более высоким уровнем тревожности.

Также выделены тенденции к достоверным связям: между настроением и мотивацией достижения ($r = 0,360$) и гневом ($r = -0,365$). Хорошее настроение позволяет сосредоточиться на достижении результата, при этом подростки не чувствуют свою фрустрированность в удовлетворении потребностей, что проявляется в меньшем выражении гнева.

В целом для двух групп подростков выявлена значимая связь между мотивацией достижения и самочувствием ($r = 0,371$) и общим показателем настроения ($r = 0,372$). Мотивация достижений положительно связана с состоянием подростков: чем лучше себя чувствует подросток, тем выше у него мотивация достижения, стремление к более высоким результатам.

Также выявлены значимые связи познавательной мотивацией и ответственностью ($r = 0,354$), что может говорить о том, что более развитое чувство ответственности определяет необходимость учиться, заниматься освоением предметов.

Общий показатель эмоционального отношения к обучению связан положительно с активностью ($r = 0,398$). Проявление активности подростков, переживание возможности действовать, изменять за счет своей активности ситуацию, соотносится и с более положительным отношением к обучению.

Таким образом, проведенный корреляционный анализ мотивации учения и эмоционального отношения к учению подростков по методике Ч.Д. Спилберга–А.Д. Андреевой в двух группах с использованием коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена показал, что существуют связь эмоционально-волевой сферы и отношения к обучению у подростков, находящихся на длительном лечении, а именно: между настроением и мотивацией достижения, ответственностью и тревожностью, тревожностью и настроением, самостоятельностью и гневом, общим показателем отношения

к обучению и самостоятельностью, самочувствием и гневом, активностью и гневом, целеустремленностью и мотивацией достижений.

Развитие эмоционально-волевой сферы является одним из важнейших условий становления личности ребенка, опыт которого непрерывно обогащается. Развитие эмоциональной сферы способствует семья, школа, вся та жизнь, которая окружает и постоянно воздействует на ребенка.

Работа с подростками, находящимися на длительном лечении, должна вестись в следующих направлениях:

- развитие способности к самопознанию, саморазвитию и самореализации;
- развивать целеполагание, несмотря на то, что образ будущего для них может быть ограниченным;
- повышение мотивации к достижению жизненных целей;
- смягчение эмоционального дискомфорта у детей;
- повышение их активности и самостоятельности;
- устранение вторичных личностных реакций, обусловленных эмоциональными нарушениями, такими, как агрессивность, повышенная возбудимость, тревожная мнительность;
- коррекция самооценки, уровня самосознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции;
- подготовка подростков к осознанию и пониманию сложности протекания болезни;
- развивать умение преодолеть неуверенность, страх;
- оказание помощи подросткам лучше узнать себя, свои сильные стороны, развить чувство собственного достоинства;
- научить подростков анализировать свои возможности и преодолевать трудности, противостоять непредвиденным жизненным ситуациям;
- развивать умение успешно и полно реализовать себя в поведении и деятельности, утвердить свои права и собственную ценность.

– направленное коррекционное воздействие с целью оптимизации нарушенных эмоциональных реакций подростков.

Занятия в школе при больнице должны строиться в доступной и интересной для детей форме. Можно использовать следующие методы:

– имитационные и ролевые игры – предполагают различных по содержанию и статусу; проигрывание ролей противоположных обычным, проигрывание своей роли;

– психогимнастические игры основываются на теоретических положениях социально-психологического тренинга о необходимости особым образом формировать среду, в которой становятся возможными преднамеренные изменения;

– эмоционально-символические методы – групповое обсуждение различных чувств.

Основополагающие техники психодинамической и поведенческой терапии являются одними из основных инструментов психолога при работе с детьми, проходящими лечение. Среди них – искусство, десенсибилизация, аутогенная тренировка, музыкотерапия, изобразительное искусство, лечение песком, поведенческий тренинг. Для устранения психологических недостатков с учетом уникального психологического склада человека применяются специальные решения, включающие тактические и технические подходы.

Выводы по главе 2

Полученные результаты диагностики подростков, находящихся на длительном лечении, и соматически здоровых детей позволили выявить нам следующие характеристики.

Большая доля подростков, находящихся на длительном лечении, имеют низкий средний уровень работоспособности, испытывают психологический дискомфорт. Они менее активны и подвижны, пассивны и безынициативны, так как находятся в замкнутом пространстве. Их настроение изменчиво, с преобладанием подавленного состояния, печальны, тревожны и подвержены страху, испытывают скуку. Поэтому можно констатировать, что у подростков, находящихся на длительном лечении, наблюдается снижение эмоционального состояния.

У большего числа соматически здоровых подростков также наблюдается сниженное психоэмоциональное состояние, они неактивны, равнодушны, малоподвижны, пассивны и в меру веселы, увлечены тем, что им интересно. Преобладает хорошее настроение, чем плохое.

Проанализировав результаты эмоционального состояния, было выделено, что подростки, проходящие длительное лечение, отличаются по психоэмоциональному состоянию, чем соматически здоровые: они унылы, печальны, рассеяны и невнимательны.

Рассматривая волевые свойства подростков обеих групп, можно сказать, что у подростков, находящихся на длительном лечении, отмечаются низкая целеустремленность, они менее энергичны, невнимательны, безответственны. У соматически здоровых подростков более выражена ответственность, инициативность, настойчивость, но они менее решительны, чем подростки, находящиеся на длительном лечении. Несмотря на выделенные тенденции, сопоставление волевых качеств показало, значимых различий не представлено, что может быть связано с возрастными особенностями.

Диагностика мотивации учения и эмоционального отношения к учению подростков показала, что в познавательной мотивации, мотивации достижения и интегративном показателе отношения к обучению наблюдаются значимые различия. У подростков, находящихся на длительном лечении, преобладает негативное отношение к учению, при этом ни у кого не представлено положительное отношение к школе и высокая мотивация к учению.

В группе подростков, находящихся на длительном лечении, были выделены связи между настроением и некоторыми волевыми качествами и компонентами отношения к обучению. Настроение связано с мотивацией достижения и низкой тревожностью как показателем самочувствия на уроках. Низкий уровень ответственности как волевого качества связан с высокой тревожностью на занятиях. Проявление гнева на занятиях связано с низким уровнем самостоятельности. Высокая мотивация достижения связана с низкой энергичностью, работоспособностью, но с высокой целенаправленностью. Тем самым, отношение к школе и мотивация к учению соотносится с настроением, волевыми качествами, связанными с активностью как проявлением своей автономности, оказывать воздействие на результат, достижения.

В группе соматически здоровых подростков были обнаружены значимые связи между мотивацией достижения и самочувствием, физической активностью, хорошим психоэмоциональным состоянием. Низкая тревожность на занятиях соотносится с самостоятельностью. Отношение к школе соотносится с ответственностью, внимательностью и выдержкой. Тем самым, мотивация к учению и отношение к обучению соотносится с психоэмоциональными состояниями и качествами, связанными с саморегуляцией, способностями организовывать свое поведение в соответствии с определенными задачами, нормами.

Таким образом, проанализировав полученные результаты, можно сказать, что у подростков выявлена связь между самочувствием и

мотивацией достижений и переживанием тревожности на занятиях как компонентов отношения к обучению. Выделены отношения к обучению и с волевыми качествами, при этом в зависимости от болезни, эти связи меняются. Для подростков, находящихся на длительном лечении, значимые связи получены для волевых качеств, характеризующих автономность, самостоятельность подростка, в группе соматически здоровых подростков значимые связи связаны с качествами, связанными со способностью организовывать регулировать свое поведение в соответствии с взятыми обязательствами, задачами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной психологической науке эмоционально-волевая сфера рассматривается как наиболее значимая система регуляции поведения человека, его свойств, характеризующих содержание, качество и динамику его эмоций и воли, в том числе способов их регуляции. Эмоции и чувства, с одной стороны, и воля, с другой, составляют эмоционально-волевою сферу личности. Она проявляется в виде внутренних переживаний, выбора целей и мотивов, регуляции побуждения к действиям, при недостатке или избытке их мотивации, а также в виде физических проявлений.

В настоящее время среди исследователей наблюдаются значительные расхождения в трактовках «эмоционально-волевой сферы», тем не менее, изучение эмоций и воли является значимым для понимания поведения человека, его психологического состояния, как факторов, влияющих на становление и развитие личности.

Длительная госпитализация оказывает влияние на эмоционально-волевою сферу. Изменение условий жизни подростков, попадающих в стационар, приводит к ухудшению настроения, усталости, раздражительности, повышенной возбудимости, беспокойству, раздражению и упрямством, эмоциональной неустойчивости. Ограниченность в общении, меньшая возможность проявления активности, постоянные медицинские процедуры влияет на психоэмоциональное состояние, мотивацию, работоспособность, продуктивность и целеустремленность, может сказываться на личностном развитии и формировании волевых качеств.

Пребывая в стационаре, подросток продолжает обучение. Эмоциональные состояния могут приводить к отсутствию желания учиться, подавленности. При этом интересы, целеполагание, развитые волевые качества, поддержка со стороны педагогов могут способствовать позитивному отношению к обучению. Для проверки предположения о связи эмоционально-волевой сферы и отношения к обучению было проведено

эмпирическое исследование, в котором участвовали подростки, болеющие туберкулезом и находящиеся в стационаре более 2 месяцев.

В результате изучения эмоциональных состояний и волевых качеств было выявлено, что подростки, находящиеся на длительном лечении, менее активны, чем соматически здоровые, волевые качества имеют низкие показатели, отсутствует целеустремленность, они менее энергичны, невнимательны, не готовы брать на себя ответственность.

Сопоставление отношения к обучению показало, что у подростков, находящиеся на длительном лечении, представлено негативное отношение к обучению. В исследуемой группе не у кого не выявлено позитивного взгляда на обучение или сильного желания учиться.

Анализ корреляционных связей позволил выделить, что у подростков выявлена связь между самочувствием и мотивацией достижений и переживанием тревожности на занятиях как компонентов отношения к обучению. Отношение к обучению и познавательная мотивация подростков, находящихся на длительном лечении, связаны с самочувствием и настроением, а также с такими волевыми качествами как ответственность, внимательность и самостоятельность. Выделены отношения к обучению и с волевыми качествами, при этом в зависимости от болезни, эти связи меняются. Для подростков, находящихся на длительном лечении, значимые связи получены для волевых качеств, характеризующих автономность, самостоятельность подростка, в группе соматически здоровых подростков значимые связи связаны с качествами, связанными со способностью организовывать регулировать свое поведение в соответствии с взятыми обязательствами, задачами.

Таким образом, гипотеза нашла свое подтверждение, поставленная цель достигнута, задачи реализованы. Полученные результаты определяют необходимость психолого-педагогического сопровождения подростков, находящихся на длительном лечении, направленному на улучшение их психоэмоционального состояния, развитию волевой сферы, снижению

уровня тревожности и гнева, повышению познавательной мотивации, что может привести к позитивному отношению к обучению, появлению новых смыслов в учебной деятельности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Асмолов А.Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа. М.: Смысл, 2001. 414 с.
2. Божович А.Д. Психологическая коррекция учебной работы школьников. М.: Просвещение, 1992. 368с.
3. Божович Е.Д. Психологические особенности развития личности подростка. М.: Знание, 1979. 37 с.
4. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г.Мещерякова, В.П.Зинченко. М.: Прайм-Еврознак, 2003. 672 с.
5. Борытко Н.М., Моложавенко А.В., Соловцова И.А. Методология и методы психолого-педагогических исследований. М.: «Академия», 2010. 320 с.
6. Варги А.Я. Современный ребенок: Энциклопедия взаимопонимания / Под ред. А.Я. Варги, А.Б. Долгина. М.: Фонд научных исследований «Прагматика культуры», 2006. 640 с.
7. Васильев И.А., Поплужный В.Л., Тихомиров О.К. Эмоции и мышление. М.: Московского университета, 1980. 193 с.
8. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М., 2011. 98с.
9. Давыдов В.В. Теория развивающего обучения. М.: ИНТОР, 1996.544 с.
10. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь, 2002. 176 с.
11. Джанерьян С.Т. Психология эмоций и воли. Ростов-на-Дону: Свет, 2016. 545 с.
12. Диагностика эмоциональной сферы детей и подростков / Сост. Н.А. Литвинов. Южно-Сахалинск: ИРОСО, 2020. 52 с.
13. Долгова В.И., Гольева Г.Ю. Эмоциональная устойчивость как ключевая компетенция: монография. Челябинск: Изд-во «АТОКСО», 2010. 184 с.
14. Запорожец А.В. Избранные психологические труды. М.: Педагогика, 1986. 320 с.

15. Иванников В.А., Шляпников В.Н. Особенности волевой регуляции у представителей разных этнокультурных групп // Экспериментальная психология. 2019. Т. 12. №. 1. С. 70–84.
16. Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2008. 464с.
17. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка. М.: Академия, 2004. 288 с.
18. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2012. 508 с.
19. Карапетян Л.А. Особенности развития эмоционально-волевой сферы младших подростков // Студенческий научный форум – 2019:Материалы XI Международной студенческой научной конференции. 15–20 февраля 2019 г. Москва. URL: <https://scienceforum.ru> (дата обращения 19.04.2022).
20. Карелин А. Большая энциклопедия психологии. М.: Эксмо, 2012. 1416 с.
21. Козлова О.Ф., Андреева Л.В., Колычева Л.Г., Ульянова Т.Ю. Особенности течения туберкулеза у подростков на современном этапе // Фтизиатрия и пульмонология. 2011. №3. С.4–10.
22. Купцов И.И. Современный подход к значимости воли в психическом и духовном мире человека // Прикладная юридическая психология. 2010.№2. С. 146–151.
23. Левина М.С. Психологические аспекты развития эмоциональной сферы подростков из семей, находящихся в социально опасном положении // Молодой ученый: Международный научный журнал. 2019. №3 (241). С. 331–333.
24. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции // Психология мотивации и эмоций. М.: ЧеРо: Омега-Л: МПСИ, 2006. С. 57–79.
25. Макарова О.С. Особенности эмоционально-волевой сферы подростков // Теоретические и практические аспекты развития науки и образования: Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции. 21 декабря 2018. г. Минск. Мн.: Научно-издательский центр «Мир науки». 2018. С. 133–140.

26. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / Сост. О.В. Барканова. Красноярск: Литера-принт, 2009. 237 с.
27. Монроз А.В. Особенности изменения взаимосвязи устойчивых форм волевой саморегуляции с уровнем осмысленности жизни с подросткового по юношеский возраст // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2015». М.: МАКС Пресс, 2015. С. 30–35.
28. Николаева М.Е. Особенности эмоционально-волевой сферы подростков с различной учебной мотивацией // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 11. С. 1536–1540.
29. Нуркова В.В. Березанская Н.Б. Общая психология. М.: Юрайт, 2012. 575 с.
30. Пермякова М.Е. Психологические аспекты трудностей учения в школе. Екатеринбург: Изд. Уральского университета, 2015. 124 с.
31. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2000. 712 с.
32. Сайфутдинова Л.К. Особенности коррекции нарушений эмоционально-волевой сферы подростков // Конференциум АСОУ: Сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. Москва, 2017. № 1. С. 848–852.
33. Самоукина Н.В. Практический психолог в школе: лекции, консультирование, тренинги. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. 164 с.
34. Симонов П.В. Высшая нервная деятельность человека. Мотивационно-эмоциональные аспекты. М.: Наука, 1975. 457с.
35. Староверова М.С., Кузнецова О.И. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы: практические материалы для психологов и родителей. М.: ВЛАДОС, 2014. 143 с.

36. Тихомиров О.К. Структура мыслительной деятельности человека (Опыт теоретического и экспериментального исследования). М.: Изд. Московского университета, 1969. 304 с.
37. Чумаков М.В. Эмоционально-волевая сфера личности подростков и ее диагностика // Вестник практической психологии образования. 2015. Т.12. № 1. С. 83–86.
38. Чумаков М.В. Эмоционально-волевая сфера личности. М.: Юрайт, 2020. 106 с.
39. Шадриков В.Д. Введение в психологию: способности человека. М.: Логос, 2002. 320 с.
40. Шариков С.В. Педагогическая поддержка образовательных возможностей детей, находящихся на длительном лечении в медицинских стационарах // Комплексная реабилитация детей с ОВЗ и детей-инвалидов. 2021. №40. С. 22–29.
41. Шляпников В.Н. Исследования волевой регуляции в современной зарубежной психологии // Вопросы психологии. 2009. № 2. С. 54–63.
42. Эльконин Д.Б. Детская психология. М.: Академия, 2007. 384 с.
43. Якобсон П.М. Психология чувств и мотивации. М.: Институт практической психологии, 1998. 304 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Методика САН

Опросник САН (самочувствие, активность, настроение) предназначен для оперативной оценки психоэмоционального состояния взрослого человека на момент обследования.

Инструкция: Вам предлагается описать свое состояние, которое Вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени выраженности данной характеристики.

Карта методики САН

1. Самочувствие хорошее	3210123	Самочувствие плохое
2. Чувствую себя сильным	3210123	Чувствую себя слабым
3. Пассивный	3210123	Активный
4. Малоподвижный	3210123	Подвижный
5. Веселый	3210123	Грустный
6. Хорошее настроение	3210123	Плохое настроение
7. Работоспособный	3210123	Разбитый
8. Полный сил	3210123	Обессиленный
9. Медлительный	3210123	Быстрый
10. Бездеятельный	3210123	Деятельный
11. Счастливый	3210123	Несчастный
12. Жизнерадостный	3210123	Мрачный
13. Напряженный	3210123	Расслабленный
14. Здоровый	3210123	Больной
15. Безучастный	3210123	Увлеченный
16. Равнодушный	3210123	Взволнованный
17. Восторженный	3210123	Унылый
18. Радостный	3210123	Печальный
19. Отдохнувший	3210123	Усталый
20. Свежий	3210123	Изнуренный
21. Сонливый	3210123	Возбужденный
22. Желание отдохнуть	3210123	Желание работать
23. Спокойный	3210123	Озабоченный
24. Оптимистичный	3210123	Пессимистичный
25. Выносливый	3210123	Утомляемый
26. Бодрый	3210123	Вялый
27. Соображать трудно	3210123	Соображать легко
28. Рассеянный	3210123	Внимательный
29. Полный надежд	3210123	Разочарованный
30. Довольный	3210123	Недовольный

Обработка и интерпретация результатов: Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в три категории, и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

Самочувствие – сумма баллов по шкалам №: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26;

Активность – сумма баллов по шкалам №: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28;

Настроение – сумма баллов по шкалам №: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Сумма баллов общих баллов, набранная испытуемым по всем 30 шкалам, делится на 30.

Методика диагностики волевых особенностей личности (М.В. Чумаков)

Инструкция: «Прочитайте предложенные Вам утверждения и поставьте на бланке рядом с номером каждого утверждения знак «+», если вы согласны с утверждением, или «-», если Вы не согласны с данным утверждением.»

1. Если я присутствую на каком-либо собрании, то, как правило, выступаю.
2. Я немного завидую тем, кто не лезет за словом в карман.
3. Я редко обращаюсь к кому-либо за помощью.
4. Я плохо переношу боль.
5. Я скорее пессимист, чем оптимист.
6. Я могу быстро сосредоточиться, если нужно.
7. У меня нет четкой цели в жизни.
8. Я не могу про себя сказать, что я человек, легкий на подъем.
9. Мне стоило бы быть более решительным.
10. Даже короткое время мне трудно обходиться без близких мне людей.
11. Обычно у меня получается закончить дело, несмотря на трудности.
12. Я веду активный образ жизни.
13. Музыка, шум легко отвлекают меня.
14. Когда я приступаю к делу, я обдумываю все до мелочей.
15. Часто как-то само собой получается, что я оказываюсь в роли лидера.
16. Когда мне отказывают, мне трудно вновь повторить свою просьбу.
17. Я совершенно не могу сидеть без дела.
18. Я не очень собранный человек.
19. Я хорошо знаю, чего хочу.
20. Мне бывает трудно сделать первый шаг.
21. Я не люблю рисковать.
22. Я бы чувствовал(а) себя очень неуютно, если бы мне пришлось ехать одному (одной) в дальнюю поездку.
23. Если что-то не получается с первого раза, я вновь и вновь повторяю попытки.
24. У меня часто бывает упадок сил.
25. Мне нетрудно концентрировать внимание.
26. Меня не пугают отдаленные цели.
27. Я очень редко опаздываю на работу, учебу, встречи.
28. Когда я учился (училась) в школе, я часто вызывался (вызывалась) отвечать на уроке.
29. Я быстро принимаю решения.
30. Мне нравится научиться чему-либо без посторонней помощи.
31. Я не боюсь надоедать людям повторяющимися просьбами.
32. Отдых – это просто смена деятельности.
33. Я нечасто выступаю зачинщиком новых начинаний.
34. Я склонен (склонна) к сомнениям.
35. Мне трудно идти против мнения группы.
36. Я легко поддаюсь панике.
37. В случае неудачи у меня опускаются руки.
38. Я быстро восстанавливаю силы.
39. Я могу долго работать, не отвлекаясь.
40. Нельзя сказать, что я целеустремленный человек.
41. Я все время выдумываю что-то новое.
42. Я часто советуюсь с другими людьми.

43. Я не могу долго переносить напряженные физические нагрузки.
44. Я – мягкий человек.
45. Я бы не сказал(а), что я энергичный человек.
46. Действительно, я нередко бываю рассеянным (рассеянной).
47. Я знаю, кем я хочу быть в жизни, и стремлюсь к этому.
48. Нередко мне самому (самой) приходится показывать пример окружающим.
49. Мне хорошо знакомы мучительные колебания, когда нужно сделать выбор.
50. Я могу быть очень настырным (настырной).
51. Я часто чувствую сонливость днем.
52. Я умею ставить себе ясные и четкие цели.
53. Я старательно выполняю обязанности по работе, учебе.
54. Мне не хватает уверенности в себе.
55. Я терпеливо дозваниваюсь, если номер занят.
56. Неблагоприятные обстоятельства часто мешают мне закончить начатое.
57. Обычно я жизнерадостен (жизнерадостна) и полон (полна) сил.
58. Не могу долго удерживать внимание, если мне не интересно.
59. Как правило, я составляю план на неделю.
60. Я сам(а) проявляю инициативу при знакомстве.
61. Я могу иногда прогулять работу (учебу), если знаю, что мне это сойдет с рук.
62. Меня нельзя назвать инициативным человеком
63. Я люблю все делать быстро.
64. Я могу долго, стиснув зубы, преодолевать неприятности.
65. Я могу долго работать, не уставая.
66. Если я берусь за дело, то погружаюсь в него целиком и полностью.
67. Я стараюсь расположить дела по степени важности и начинаю с тех, которые наиболее важны.
68. Я вспыльчивый человек.
69. Про меня можно сказать, что я немного ветреный (ветреная).
70. Я – внушаемый человек.
71. Я умею сдерживать гнев.
72. Я обязательный человек.
73. В целом меня можно назвать терпеливым человеком.
74. Я серьезно отношусь к домашним обязанностям.
75. Люблю решать все сам(а).
76. Я могу долго выполнять не интересное, но нужное дело.
77. У меня плохо получается скрывать от окружающих, что я рас-строен(а).
78. Я упорно достигаю своих целей.

Обработка. Поскольку шкалы опросника образованы эмпирическим путем при помощи факторного анализа прилагательных, выделенных методом семантического сходства, в описании шкал приводятся примеры пунктов опросника и прилагательные, составляющие фактор (в скобках сначала приведены прилагательные, находящиеся на положительном полюсе шкалы, а справа от тире – на отрицательном полюсе)

1. Ответственность (ответственный, обязательный – безответственный, ненадежный, ветреный, безалаберный).

2. Инициативность (ведущий, деловой, сильный, инициативный, деятельный, влиятельный, дальновидный – пассивный, безынициативный, ленивый, бездеятельный).

3. Решительность (уверенный, решительный – нерешительный, неуверенный, колеблющийся, сомневающийся).

4. Самостоятельность (самостоятельный – зависимый, несамостоятельный, управляемый, повинующийся).

5. Выдержка (выдержанный, терпеливый, благоразумный, самоуправляемый – невыдержанный).

6. Настойчивость (твердый, боевой, стойкий, настойчивый – ненастойчивый, нестойкий, слабый).

7. Энергичность (активный, жизнедеятельный, энергичный, оптимистичный – бессильный, депрессивный).

8. Внимательность (внимательный, собранный, непоколебимый – невнимательный).

9. Целеустремленность (целеустремленный, упорный – нецелеустремленный).

Сосчитать сумму баллов по 9 шкалам методики. Каждое совпадение с ключом оценивается в один балл (в скобках приводятся вначале прямые вопросы, через точку с запятой – обратные).

Ключ

	Шкалы опросника	Прямые задания	Обратные задания
1.	Ответственность	11, 14, 27, 53, 72, 74	61, 69
2.	Инициативность	1, 15, 28, 41, 48, 60	8, 20, 33, 62
3.	Решительность	29, 63	2, 9, 21, 34, 49, 54
4.	Самостоятельность	3, 30, 75	10, 22, 35, 42, 70
5.	Выдержка	55, 64, 71, 73, 76	4, 36, 43, 68, 77
6.	Настойчивость	23, 31, 50	16, 37, 44, 56
7.	Энергичность	12, 17, 32, 38, 57, 65	5, 24, 45, 51
8.	Внимательность	6, 25, 39, 66	13, 18, 46, 58
9.	Целеустремленность	19, 26, 47, 52, 59, 67, 78	7, 40

Таблица перевода сырых значений в шкалы

Шкалы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0-4	5-6	7-8	9-11	12-13	14-15	16-18	19-20	21-22	22-24
2	0-3	4-5	6-8	9-11	12-13	14-16	17-18	19-21	22-24	25-30
3	0-1	2-4	5-6	7-8	9-11	12-13	14-16	17-18	19-20	21-22
4	0-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-24
5	0-4	5-7	8-10	11-12	13-15	16-18	19-20	21-23	24-26	27-30
6	0-3	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-26
7	0-6	7-9	10-12	13-15	16-17	18-20	21-23	24-25	26-28	29-30
8	0-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-24
9	0-8	9-10	11-12	13-15	16-17	18-19	20-22	23-24	25-26	27
Общий балл	55-74	75-87	88-100	101-113	114-126	127-139	140-152	153-165	166-178	179-200

Методика диагностики
«Мотивации учения и эмоционального отношения к учению»
(Ч.Д. Спилберг–А.Д. Андреева)

Цель: исследование мотивации учения и эмоционального отношения к учению учащихся подросткового возраста.

Материал: бланк методики, содержащий все необходимые сведения об испытуемом, инструкция и задание.

Ход: предлагаемый метод диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению основан на опроснике Ч.Д. Спилберга, направленном на изучение уровней познавательной активности, тревожности и гнева как актуальных состояний и как свойств личности. Модификация опросника для изучения эмоционального отношения к учению для использования в России осуществлена А.Д. Андреевой. Настоящий вариант дополнен шкалой переживания успеха (мотивации достижения), новым вариантом обработки.

Порядок проведения.

Методика проводится фронтально – с целым классом или группой учащихся. После раздачи бланков школьникам предлагается прочесть инструкцию, обратить внимание на пример, затем психолог должен ответить на все задаваемые ими вопросы. Следует проверить, как каждый из учащихся выполнил задание, точно ли понял инструкцию, вновь ответить на вопросы. После этого учащиеся работают самостоятельно, и психолог ни на какие вопросы не отвечает.

Вопросы к методике

№		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	4	3	2	1
2	Мне хочется узнать, понять, докопаться до истины	1	2	3	4
3	Я разъярен	1	2	3	4
4	Я падаю духом, сталкиваясь с трудностями в учебе	4	3	2	1
5	Я напряжен	1	2	3	4
6	Я испытываю любопытство	1	2	3	4
7	Мне хочется стукнуть кулаком по столу	1	2	3	4
8	Я стараюсь получить только хорошие и отличные оценки	1	2	3	4
9	Я раскован	4	3	2	1
10	Мне интересно	1	2	3	4
11	Я рассержен	1	2	3	4
12	Я прилагаю все силы, чтобы добиться успеха в учебе	1	2	3	4
13	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
14	Мне кажется, что урок никогда не кончится	4	3	2	1
15	Мне хочется на кого-нибудь накричать	1	2	3	4
16	Я стараюсь все делать правильно	1	2	3	4
17	Я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
18	Я чувствую себя исследователем	1	2	3	4
19	Мне хочется что-нибудь сломать	1	2	3	4
20	Я чувствую, что не справлюсь с заданиями	4	3	2	1
21	Я взвинчен	1	2	3	4
22	Я энергичен	1	2	3	4
23	Я взбешен	1	2	3	4
24	Я горжусь своими школьными успехами	1	2	3	4

25	Я чувствую себя совершенно свободно	4	3	2	1
26	Я чувствую, что у меня хорошо работает голова	1	2	3	4
27	Я раздражен	1	2	3	4
28	Я решаю самые трудные задачи	1	2	3	4
29	Мне не хватает уверенности	1	2	3	4
30	Мне скучно	4	3	2	1
31	Мне хочется что-нибудь сломать	1	2	3	4
32	Я стараюсь не получить двойку	4	3	2	1
33	Я уравновешен	4	3	2	1
34	Мне нравится думать, решать	1	2	3	4
35	Я чувствую себя обманутым	1	2	3	4
36	Я стремлюсь показать свои способности и ум	1	2	3	4
37	Я боюсь	1	2	3	4
38	Я чувствую уныние и тоску	4	3	2	1
39	Меня многое приводит в ярость	1	2	3	4
40	Я хочу быть среди лучших	1	2	3	4

Ключ

Шкала	Пункты, номер
Познавательная активность	2 6 10 14 18 22 26 30 34 38
Мотивация достижения	4 8 12 16 20 24 28 32 36 40
Тревожность	1 5 9 13 17 21 25 29 33 37
Гнев	3 7 11 15 19 23 27 31 35 39

Оценка и интерпретация результатов.

Подсчитывается суммарный балл опросника по формуле:

$ПА + МД + (-Т) + (-Г)$,

где ПА – балл по шкале познавательной активности;

МД – балл по шкале мотивации достижения;

Т – балл по шкале тревожности

Г – балл по шкале гнева.

Суммарный балл может находиться в интервале от –60 до +60.

Выделяются следующие уровни мотивации учения:

I уровень – продуктивная мотивация с выраженным преобладанием познавательной мотивации учения и положительным эмоциональным отношением к нему;

II уровень – продуктивная мотивация, позитивное отношение к учению, соответствие социальному нормативу;

III уровень – средний уровень с несколько сниженной познавательной мотивацией;

IV уровень – сниженная мотивация, переживание «школьной скуки», отрицательное эмоциональное отношение к учению;

V уровень – резко отрицательное отношение к учению.

Распределение баллов по уровням

Уровень	Суммарный балл
I	45 – 60
II	29 – 44
III	13 – 28
IV	(-2) – (+12)
V	(-3) – (-60)

Таким образом определяется степень выраженности каждого показателя.

Шкала	Уровень	Половозрастные группы, интервал значений	
		12 – 14 лет	
		Дев.	Мал.
Познавательная активность Мотивация достижения	Высокий	28-40	27-40
	Средний	21-27	19-26
	Низкий	10-20	10-18
Тревожность	Высокий	25-40	26-40
	Средний	19-24	19-25
	Низкий	10-18	10-18
Гнев	Высокий	19-40	23-40
	Средний	14-19	15-22
	Низкий	10-13	10-14