

зультаты исследования свидетельствуют о необходимости учета конфигураций когнитивных стилей при анализе их проявлений в учебной деятельности.

3. Так как успешность выполнения форм контроля знаний по различным учебным дисциплинам связана с различными конфигурациями когнитивных стилей, можно предположить, что возможна переконфигурация элементов ментального пространства под влиянием такого фактора, как содержание конкретной учебной дисциплины. Это согласуется с представленными в научной литературе данными о таких эффектах, как «мерцание» корреляций когнитивных стилей, «мобильность» когнитивных стилей (когнитивные стили могут меняться под влиянием интеллектуальной нагрузки, инструкции, обучения) [6]. Однако данное предположение требует проведения дополнительного исследования.

Список использованных источников

1. Gardner, R. W. Cognitive control of differentiation in perception persons and objects / R. W. Gardner, L. J. Lohrenz, S. R. A. Choen // *Perc. and Motor Skills*. – 1968. – Vol. 26. – P. 311–330.
2. Колга, В. А. Дифференциально-психологическое исследование когнитивного стиля и обучаемости: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / В. А. Колга. – Л., 1976. – 180 с.
3. Ливер, Б. Л. Обучение всего класса / Б. Л. Ливер; пер. с англ. О. Е. Биченковой. – М.: Новая шк., 1995. – 83 с.
4. Лобанов, А. П. Интеллект и когнитивные стили / А. П. Лобанов. – Орша: Диаль, 2006. – 304 с.
5. Witkin, H. A. Cognitiv Styles: Essence and Origins. Field dependece and field independence / H. A. Witkin, D. R. Goodenough. – N. Y., 1982. – 135 p.
6. Холодная, М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума / М. А. Холодная. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 384 с.
7. Шкуратова, И. П. Когнитивный стиль в общении / И. П. Шкуратова. – Ростов н/Д., 1994. – 156 с.
8. Тицкий, А. Г. Динамика когнитивного стиля полезависимость / полenezависимость» у курсантов военного вуза / А. Г. Тицкий // *Психол. журнал*. – 2008. – № 3. – С. 19–24.
9. Тицкий, А. Г. Динамика когнитивного стиля «ригидность/гибкость познавательного контроля» у курсантов военного вуза / А. Г. Тицкий // *Весті БДПУ*. – 2009. – № 3. – С. 32–35.
10. Построение модели профессионально-психологического отбора кандидатов для обучения в военно-учебных заведениях Республики Беларусь в соответствии с требованиями современности: отчет о НИР / УО «ВА РБ»; рук. Н. С. Суходолов. – Минск, 2008. – 51 с. – №1298/08
11. Холодная, М. А. Структурно-интегративная методология в исследовании интеллекта / М. А. Холодная // *Теория развития. Дифференционно-интеграционная парадигма*. – М.: Языки славян. культур, 2009. – С. 195–204.
12. Fauconnier, G. Mental spaces: Aspects of meaning construction in natural language / G. Fauconnier. – Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1994. – 190 p.

(Дата подачи: 25.01.2016 г.)

Н. С. Тхорик

Барановичский государственный университет, Барановичи

N. S. Tkhoruk

Baranovichsky state university, Baranovichi

УДК 614.253.83

СОЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ К НЕИЗЛЕЧИМО БОЛЬНЫМ У СТУДЕНТОВ-ВОЛОНТЕРОВ

SOCIAL OPTIONS TO INCURABLY SICK FOR STUDENTS-VOLUNTEERS

В статье определены понятия «социальные установки», «неизлечимо больной», охарактеризованы болезни, которые принято относить к неизлечимым, представлены результаты исследования социальных установок к неизлечимо больным у студентов-волонтеров, выявление которых позволит глубже понять природу этого явления и будет способствовать повышению качества подготовки и осуществления деятельности студентов-волонтеров.

Ключевые слова: студенты-волонтеры; неизлечимо больные; социальные установки; волонтерская деятельность; социальная дистанция; онкологические болезни; психические болезни.

Concepts «social options» are certain in the article, «incurably sick», illnesses that it is accepted to attribute to incurable are described, the results of research of social options are presented to incurably sick for students-volunteers the exposure of that will allow deeper to understand nature of this phenomenon, and will assist upgrading of preparation and realization of activity of students-volunteers.

Key words: students-volunteers; incurably sick; social options; volunteer activity; social distance; oncologic illnesses; psychical illnesses.

На современном этапе гуманизации образования, обеспечения необходимых условий профессионального становления личности организация волонтерской деятельности является одним из приоритетных направлений подготовки будущих специалистов [1–3].

Основываясь на идеях бескорыстного служения гуманным идеалам человечества, волонтерская деятельность становится источником не только ресурсов личностно-профессионального развития, но и обеспечивает своего рода социальный ресурс, позволяющий разрешить ряд проблем в сферах образования, медицины, социального обеспечения [2; 4].

Виды волонтерской деятельности студенты-волонтеры выбирают в зависимости от собственных потребностей, а также потребностей местного сообщества, возможностей и ресурсов организаторов волонтерской деятельности [2; 4].

Отметим, что наряду с такими направлениями волонтерской деятельности, как социальный патронаж детских домов, пожилых людей, организация и проведение интеллектуальных конкурсов, творческих мероприятий, праздников, бесед, направленных на профилактику наркомании, подростковой преступности, помощь приютам, зоопаркам и заповедникам и т. п., все более востребованным становится выбор оказания социально-психологической помощи неизлечимо больным [2; 4; 5].

Однако негативные социальные установки к неизлечимо больным у студентов-волонтеров могут стать источником целого ряда проблем социального и психологического характера, приводящих к снижению эффективности волонтерской деятельности, а в дальнейшем – и к отказу от нее [2; 4].

Таким образом, исследование социальных установок к неизлечимо больным у студентов-волонтеров является актуальной социальной задачей, решение которой позволит глубже понять природу этого явления и будет способствовать

повышению качества подготовки и осуществления деятельности студентов-волонтеров.

В данном контексте уместно напомнить, что формирование социальных установок личности отражает то, каким образом усвоенный социальный опыт преломлен личностью и конкретно проявляет себя в ее действиях и поступках [6].

Так, Д. Н. Узнадзе определяет установку как целостное динамическое состояние субъекта, состояние готовности к определенной активности, которое обуславливается потребностью субъекта и соответствующей объективной ситуацией [6].

С этим понятием можно связать и идеи А. Н. Леонтьева о личностном смысле. Когда в теории личности подчеркивается личностная значимость объективных знаний внешних обстоятельств деятельности, то этим самым ставится вопрос о направлении ожидаемого поведения (или деятельности личности) в соответствии с тем личностным смыслом, который приобретает для данного человека предмет его деятельности [6].

В западной социальной психологии для обозначения социальных установок используется термин «аттитюд», представляющий собой оценочное отношение к объекту, проявляющееся в поведении, направленном на этот объект, категоризацию объекта в оценочном пространстве, происходящую при минимальной когнитивной активности человека [6].

Трехкомпонентная структура аттитюда, включающая когнитивный, аффективный, поведенческий компоненты, способствует выполнению следующих функций аттитюда:

- приспособительная (утилитарная, адаптивная) – аттитюд направляет субъект к тем объектам, которые служат достижению его целей;
- функция знания – аттитюд дает упрощенные указания относительно способа поведения по отношению к конкретному объекту;
- функция выражения – аттитюд выступает как средство освобождения субъекта от внутреннего напряжения, выражения себя как личности;
- функция защиты – аттитюд способствует разрешению внутренних конфликтов личности [6].

Если рассмотреть иерархию уровней различных диспозиционных образований личности с позиций иерархической схемы диспозиционной регуляции социального поведения личности (В. А. Ядов), то логично обозначить соответствующую диспозицию на пересечении каждого уровня потребностей и их удовлетворения. Отсюда выделяются четыре уровня диспозиций:

- первый уровень составляют элементарные фиксированные установки, как их понимал Д. Н. Узнадзе: они формируются на основе витальных потребностей и в простейших ситуациях в условиях семейного окружения, и в самых низших «предметных ситуациях»;
- второй уровень – более сложные диспозиции, которые формируются на основе потребности человека в общении, осуществляемом в малой группе, соответственно – социальные фиксированные установки или аттитюды, которые

по сравнению с элементарной фиксированной установкой имеют сложную трехкомпонентную структуру;

- третий уровень фиксирует общую направленность интересов личности относительно конкретной сферы социальной активности, или базовые социальные установки (формируются в тех сферах деятельности, где личность удовлетворяет свою потребность в активности, проявляемой как конкретная «работа», конкретная область досуга и пр.). Так же как аттитюды, базовые специальные установки имеют трехкомпонентную структуру, но это выражение отношения к более значимым социальным областям;

- четвертый, высший, уровень диспозиций образует система ценностных ориентаций личности, которые регулируют поведение и деятельность личности в наиболее значимых ситуациях ее социальной активности, в которых выражается отношение личности к целям жизнедеятельности, к средствам удовлетворения этих целей, т. е. к обстоятельствам жизни личности, детерминированным общими социальными условиями, типом общества, системой его экономических, политических, идеологических принципов [6, с. 297–298].

Предложенная иерархия диспозиционных образований, взятая в целом, выступает как регулятивная система по отношению к поведению личности.

Таким образом, базовые социальные установки к неизлечимо больным у студентов-волонтеров в совокупности с системой ценностных ориентаций личности регулируют поведение студентов-волонтеров и волонтерскую деятельность.

Кроме того, для выявления социальных установок к неизлечимо больным у студентов-волонтеров необходимо определить сущность понятия «неизлечимо больной», охарактеризовать неизлечимо больных разных нозологических групп.

Отметим, что попытки формализовать вопросы, связанные с определением терминов «неизлечимо больной», «неизлечимые болезни», предпринимались неоднократно. Однако нормативно-правовых актов, содержащих перечень неизлечимых заболеваний, нет [3; 7]. Также в медицине нет понятия неизлечимой болезни. Врачи заявляют, что практически любое заболевание (за исключением генетических) поддается медицинскому лечению. Часто результат зависит от индивидуальных особенностей организма больного и стадии болезни [3; 7].

Следует признать, что понятие «неизлечимость» – достаточно условное, в большой степени зависит от средств и индивидуальных возможностей, имеющих в данный момент в распоряжении врача и больного. Исходя из этого ни один врач не возьмет на себя ответственность дать заключение о том, что конкретное заболевание является неизлечимым для определенного круга лиц [3].

В данной ситуации определяющим является не наличие неизлечимого заболевания, а невозможность медицины облегчить страдания больного, при которых больной находится в таком состоянии, когда самые сильные медицинские препараты (в том числе и наркотические) не могут уменьшить болевой синдром [3].

В психологической литературе зачастую к неизлечимо больным применяют термин «терминальный больной», заимствуя его из медицинской практики. При этом под терминальным состоянием понимают хроническое заболевание, которое заканчивается летальным исходом [3].

Действительно, терминальное состояние – это пограничное или промежуточное состояние между жизнью и смертью. Выделяют несколько видов терминальных состояний. К терминальному состоянию относят процесс умирания, который рассматривают как цепочку последовательных стадий, а также этапы реанимационного периода и критическую стадию развития основного заболевания, состояния комы и прекомы [3].

В практической работе врачу чаще приходится встречаться со случаями терминальных состояний, являющихся следствием ущерба, нанесенного хронически текущими заболеваниями. Протекание подобных случаев характеризуется достаточно длительными сроками. Также данный вид терминального состояния понимают как фазу хронических заболеваний человека, при которой развивается динамика ухудшения и ослабления основных жизненных функций, не компенсируемая имеющимися в распоряжении врача средствами и собственными ресурсами организма, влекущая нарастание субъективно тягостных ощущений и страданий, а далее – к смерти пациента. Примером таких состояний могут быть неоперабельные виды злокачественных опухолей с признаками метастазирования [3].

Следует уточнить, что в соответствии со статистикой смертность от онкологических заболеваний снизилась, она зависит от уровня медико-социально-психологической помощи, оказываемой больному, своевременности начатого лечения, состояния организма больного и др. В ряде случаев возможна длительная ремиссия, которая позволяет больному человеку вернуться к обычному образу жизни, осуществлять трудовую деятельность, оставаясь полноценным членом общества. Именно поэтому применение к таким больным термина «неизлечимо больной» мы считаем более корректным, чем термин «терминальный (умирающий) больной» [3].

То же относится к ВИЧ-инфицированным больным: ВИЧ-инфекция характеризуется медленно прогрессирующим дефектом иммунной системы, который приводит к гибели больного от вторичных поражений, описанных как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Стадия СПИДа является терминальной (конечной) и проявляется после 8–10 лет бессимптомного течения заболевания. Поэтому ВИЧ-инфицированные в своей повседневной жизни прежде всего страдают не из-за болезненных проявлений, а из-за вынужденного существования в условиях социально-психологической депривации [3].

Таким образом, неизлечимо больной – это больной, который умрет от имеющейся у него болезни из-за несовершенства медицины при этой болезни, но время наступления его смерти неизвестно и может измеряться месяцами и годами. К неизлечимым больным традиционно относят онкологических больных, ВИЧ-инфицированных, психически больных (например, шизофрения, болезнь Альцгеймера и др.) [3].

Основополагающими для выявления социальных установок к неизлечимо больным у студентов-волонтеров в нашем исследовании являются экзистенциальный подход (К. Ясперс, Л. Бинсвангер, М. Босс, В. Франкл и др.) [8; 9], исследования социальных установок (Д. Н. Узнадзе, В. А. Ядов) [6], исследования волонтерской деятельности как ресурса личностно-профессионального развития будущих специалистов (Л. П. Конвисарева, С. Г. Екимова и др.) [4; 5], представления о взаимосвязи социально-психологических установок к смерти и личностных особенностей у онкологических больных, их родственников и медицинского персонала (М. В. Кукина) [7].

В исследовании социальных установок к неизлечимо больным у студентов-волонтеров мы решили включить выявление «социальной дистанции», которую испытуемые хотели бы сохранить между собой и неизлечимыми больными различных нозологических групп. Это позволит нам в дальнейшем избежать так называемого «парадокса Лапьера» [6], когда имеющиеся негативные установки в реальном поведении не проявляются, поведение организовано так, как если бы совершалось на основании позитивных социальных установок, а также дифференцировать испытуемых по протяженности приемлемой социальной дистанции.

Эмпирическое исследование проводилось с помощью шкалы социальной дистанции Э. Богардуса [10], которая широко используется для измерения различного рода социальных установок. Признаки в данной шкале позволяют испытуемому указать «социальную дистанцию», которую он хотел бы сохранить между собой и представителями данной социальной группы. Опросный бланк содержал также закрытые вопросы, позволившие собрать информацию о наличии представителей оцениваемых нозологических групп среди близких людей и знакомых, а также определить некоторые представления испытуемых об онкологических, психических больных, ВИЧ-инфицированных.

Констатирующему эксперименту предшествовал подготовительный этап, целью которого был теоретический анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.

В констатирующем эксперименте приняли участие 100 студентов-волонтеров (11 юношей и 89 девушек) в возрасте от 20 до 23 лет IV–V курсов Барановичского государственного университета (факультет педагогики и психологии), обучающихся по специальностям «Практическая психология. Дополнительная специальность», «Практическая психология. Технология (обслуживающий труд)», «Практическая психология» и «Дошкольное образование. Практическая психология».

Полученные результаты показали, что 40 % испытуемых знакомы с людьми, которых они относят к категориям «психически больные»; «ВИЧ-инфицированные», «онкологические больные», 16 % из них имеют представителей данной группы в своем окружении.

По результатам исследования в отношении к психически больным наиболее частым является выбор максимальной социальной дистанции («не хотел бы, чтобы они были в стране; вообще не допускал бы в страну»), 36 %

испытуемых). Абсолютно неприемлемыми считаются брачные отношения с психически больными. Дружеские и соседские отношения с этой нозологической группой считают приемлемыми лишь 8 % и 9 % испытуемых соответственно.

Как следствие, у психически больных становятся ограниченными возможности создания семьи, сужается круг дружеского общения. Данной нозологической группе приписываются следующие характеристики: больные, не понимают, что делают; неадекватно воспринимают реальность; не контролируют себя; неуравновешенные; неполноценные; ограниченные; зависимые; страдают не по своей вине, их положение от них не зависит, не выбирали своей жизненный путь, потеряны, бесперспективны, несчастные, страдающие, беззащитные, нуждаются в помощи и поддержке.

Отношение к психически больным не может быть охарактеризовано однозначно как негативное, скорее, как сочувственное, вызывающее жалость, сострадание. Полученные результаты указывают на то, что для многих людей психические заболевания означают социальную смерть. Социальные установки в данном случае выступают как боязнь и неприятие всего отличающегося и неизвестного.

Результаты в отношении ВИЧ-инфицированных показали, что только 3 % испытуемых готовы принимать больных данной нозологической группы как близких родственников посредством брака, коллег по работе, имеющих ту же профессию, что и испытуемые. В то же время 35 % студентов-волонтеров готовы принимать ВИЧ-инфицированных как личных друзей, 16 % и 17 % из них принимают и соответственно не принимают больных данной нозологической группы как граждан своей страны. Основные характеристики, которые наиболее часто встречаются в отношении ВИЧ-инфицированных, следующие: больные, нормальные, заразные, обречены, близки к смерти, не имеют возможности изменить ситуацию, несчастные, страдающие, сами виноваты, ведут распутный образ жизни, вызывают жалость, нуждаются в помощи, поддержке.

Таким образом, отношение к ВИЧ-инфицированным можно охарактеризовать как несколько предвзятое, негативное, сопровождающееся страхом инфицирования. Это еще раз подтверждает, что ВИЧ-инфицированные больные в своей повседневной жизни прежде всего страдают не из-за болезненных проявлений, а из-за вынужденного существования в условиях социально-психологической депривации.

Результаты в отношении онкологических больных указывают, что принимать их как близких родственников посредством брака готовы 12 % испытуемых, как личных друзей – 44 % испытуемых. Отношения с онкологическими больными в качестве соседей приемлемо для 18% испытуемых. Максимальная социальная дистанция приемлема лишь для минимального количества испытуемых (2 %). Онкологических больных испытуемые охарактеризовали как нормальных, понимающих, что делают; не вредят другим; не опасны; нравственные; страдающие не по своей вине; жертвы; вызывают жалость, сострадание, понимание, терпимость; нуждаются в помощи, вызывают желание помочь.

Таким образом, использование шкалы социальной дистанции позволило выделить тенденцию к отвержению психически больных и ВИЧ-инфицированных и нетерпимость в их отношении, выявило желание студентов-волонтеров оказывать социально-психологическую помощь онкологическим больным, однако и в данном случае очевидно преобладание негативных установок.

Полученные результаты подтверждают актуальность и практическую значимость проведенного исследования, свидетельствуют о необходимости формирования позитивных социальных установок к неизлечимо больным у студентов-волонтеров, необходимых для эффективного осуществления волонтерской деятельности. Решение данной социальной задачи будет способствовать определению новых направлений и возможностей оказания социально-психологической помощи нуждающимся, разработке методических рекомендаций, направленных на формирование позитивных социальных установок к неизлечимо больным у студентов-волонтеров в процессе осуществления волонтерской деятельности.

Список использованных источников

1. *Тхорик, Н. С.* Типы отношения к смерти у студентов-волонтеров / Н. С. Тхорик // Специалист XXI века: психолого-педагогическая культура и профессиональная компетентность: материалы IV Междунар. науч.-практ. конф., Барановичи, 22 окт. 2015 г. / Баранович. гос. ун-т; редкол.: А. В. Никишова [и др.]. – Барановичи, 2015. – С. 54–57.
2. *Тхорик, Н. С.* Социально-психологические характеристики студентов-волонтеров / Н. С. Тхорик // Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки: сб. науч. ст.: в 2 ч. – Минск: РИВШ, 2015. – Ч. 2. – С. 198–205.
3. *Тхорик, Н. С.* К вопросу о сущности понятия «неизлечимо больной» (в сферах медицины и психологии) / Н. С. Тхорик // Специалист XXI века: материалы III Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию со дня образования университета, Барановичи, 4–5 июня 2014 г. / Баранович. гос. ун-т; редкол.: А. В. Никишова [и др.]. – Барановичи, 2015. – С. 258–260.
4. *Конвисарева, Л. П.* Волонтерское движение как фактор развития социальной активности молодежи: автореф. ... канд. пед. наук / Л. П. Конвисарева. – Кострома, 2006. – 24 с.
5. *Екимова, С. Г.* Волонтерская деятельность как ресурс личностно-профессионального развития будущих специалистов по социальной работе: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / С. Г. Екимова. – Хабаровск, 2010. – 226 с.
6. *Андреева, Г. М.* Социальная психология: учеб. для высш. учеб. заведений / Г. М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 376 с.
7. *Кукина, М. В.* Взаимосвязь социально-психологических установок к смерти и личностных особенностей у онкологических больных, их родственников и медицинского персонала / М. В. Кукина // Седьмая волна психологии: сб. / под ред. В. В. Козлова, Н. А. Качановой. – Ярославль: ЯрГУ; Минск: МАПН, 2008. – Вып. 5. – 178 с.
8. *Бисвангер, Л.* Бытие в мире: избран. ст. / Л. Бисвангер. – М.: КСП+, СПб.: Ювента, 1999. – 300 с.
9. *Франкл.* Человек в поисках смысла / Франкл; пер. с англ. и нем.; общ. ред. Л. Я. Гозман, Д. А. Леонтьев. – М.: Прогресс, 1990. – 350 с.
10. *Сонин, В. А.* Психодиагностическое познание профессиональной деятельности / В. А. Сонин. – СПб.: 2004. – С. 216–218.

(Дата подачи: 20. 02. 2016 г.)