

Взаимодействие двух палат позволяет одной из них принимать законы (Палата представителей), другой (Совет Республики) осуществлять экспертизу законов и определять, как они будут вписываться в повседневную жизнь, каковы механизмы их реализации. Кроме того, Совет Республики Национального собрания должен стать единственным органом, обеспечивающим баланс интересов всех регионов страны [4].

Палата Представителей представляет интересы всех граждан Республики Беларусь, а Совет Республики обеспечивает территориальное представительство.

Согласно статье 6 Конституции: «Государственная власть в Республике Беларусь осуществляется на основе разделения её на законодательную, исполнительную и судебную» [5].

Таким образом, с 1919 по 1991 гг. в Республике Беларусь существовала далёкая от парламентаризма современного типа парламентская система. Формально полновластные Верховные Советы в действительности были второстепенным элементом коммунистической партии. (В последней конституции СССР 1977 г. о КПСС говорилось как о руководящей и направляющей силе советского общества, ядре его государственных и общественных организаций). Политическая эволюция советской формы представительства в парламентскую началась с политической реформы конца 80-х гг.

Литература

1 Василевич, Г. А. Белорусское государство на рубеже веков / Г. А. Василевич. – Минск : Право и экономика, 2008. – 455 с.

2 Конституция (Основной Закон) Белорусской Советской Социалистической Республики : принята на внеочеред. девятой сес. Верхов. Совета БССР девятого созыва 14 апр. 1978 г. – Минск : Беларусь, 1978. – 63 с.

3 Конституция (Основной Закон) Белорусской Советской Социалистической Республики : с изм. и доп. принятыми первой сес. Верхов. Совета БССР 26 июля 1938 г. – Минск : Гос. изд-во Белоруссии, 1938. – 42 с.

4 Конституция (Основной закон) Белорусской Социалистической Советской Республики // Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: http://www.pravo.by/lawhistory/konst_1927.htm. – Дата доступа: 15.04.2009.

5 Конституция Республики Беларусь 1994 г. (с изменениями и дополнениями, принятыми на государственных референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). – Минск: Амалфея, 2007. – 48 с.

6 О государственном суверенитете Республики Беларусь : декларация Верхов. Совета Респ. Беларусь, 27 июля 1990 г., № 193-ХІІ // Ведомости Верхов. Совета Респ. Беларусь. – 1991. – № 31. – Ст. 536.

УДК 159.942-053.6:616-036.12

Е. С. Ерохова

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Статья посвящена проблеме эмоциональной сферы подростков, страдающих хроническими заболеваниями. В статье представлены результаты сравнительного анализа структурных показателей и общего индекса враждебности, агрессивности, личностной и ситуативной тревожности подростков с хроническими заболеваниями и условно «здоровых» подростков.

Проблема психического и физического здоровья детей в настоящее время приобретает особую актуальность. Значительное ухудшение состояния здоровья детей, характеризующееся ростом заболеваемости, изменением возрастной структуры и увеличением частоты хронических заболеваний отмечается уже в конце 90-х гг. прошлого век. В Республике Беларусь к 1999 г. (в сравнении с 1991 г.) на 33,5 % увеличилось число подростков (15–16 лет) с впервые установленным диагнозом заболеваемости. В структуре заболеваемости детей в Республике Беларусь первое место занимают заболевания органов дыхания (до 60 % всех случаев заболеваний и до 71 % впервые зарегистрированных в течении года). Прослеживается тенденция роста болезней нервной системы, органов пищеварения. В связи с аварией на Чернобыльской атомной электростанции наблюдается значительный рост числа аутоиммунных заболеваний щитовидной железы. За период с 1990 по 1995 гг. заболеваемость возросла в 3 раза [1].

Если сравнить заболеваемость детей в Беларуси и России (на 10 тыс. детского населения), то в 1992 и 1996 гг. Беларусь уступала России, а уже в 1995 и 1997 гг. – в Беларуси зарегистрировано почти на 10 тыс. случаев больше. Хронические заболевания в настоящее время диагностируются в среднем у 40–45 % школьников [2].

Состояние здоровья ребенка оказывает влияние на развитие его личности, в особенности, на развитие эмоциональной сферы. В работах Л. С. Выготского, Б. Пере, А. В. Запорожца, В. Штерна показана органическая связь между процессами формирования личности и становлением эмоциональной сферы.

В психологии изучением психологических проблем ребенка с хроническими заболеваниями занимались Р. А. Лурия, А. Ш. Тхостов, В. Е. Каган, Т. Н. Муладжанова, причем большинство этих работ посвящено исследованию внутренней картины болезни взрослых больных.

В психологических исследованиях разных авторов (В. В. Николаева, Д. Н. Исаев, Е. Т. Соколова, Т. Г. Горячева, Н. А. Коваленко и другие) показано, что наличие соматических расстройств изменяет нормальный ход личностного развития ребенка. Наиболее полно изучены психологические особенности детей и взрослых с такими заболеваниями, как диабет (С. В. Гнедова), заболевания легких (М. М. Орлова), гипертония и язвенная болезнь желудка (Е. Р. Калитеевская), сердечно-сосудистые заболевания (М. З. Никольская).

Эмоциональную сферу личности составляют различные формы переживания (аффекты, эмоции, настроения, чувства, стрессы), каждая из которых качественно отличается друг от друга, влияет на поведение и деятельность человека, выполняет определенную функцию. Как отмечает С. Р. Немов, эмоции – особый класс субъективных психологических состояний, отражающих в форме непосредственных переживаний, ощущений приятного или неприятного, отношения человека к миру и людям, процесс и результаты его деятельности [3, с. 436].

Г. К. Поппе и С. М. Пукшанская выделяют следующие особенности личности больных подростков: повышенная чувствительность, возбудимость, пугливость, раздражительность, быстрая смена настроения с преобладанием сниженного, обидчивость, впечатлительность, повышенный уровень тревожности, страх возникновения тяжелого приступа, неизлечимости заболевания [4, с. 243].

Цель нашего исследования – изучить особенности эмоциональной сферы подростков с хроническими заболеваниями. В исследовании приняло участие 60 человек: 18 подростков мужского пола и 42 подростка женского пола, из которых 30 человек имеют хронические заболевания (хронический гастрит, бронхиальная астма, почечная недостаточность, заболевания щитовидной железы). Для достижения поставленной цели были использованы: методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки и методика диагностики самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина.

Методика Басса-Дарки предназначена для диагностики агрессивных и враждебных реакций. Под агрессивностью понимается свойство личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, в основном в области субъектно-объектных отношений. Враждебность понимается как реакция, развивающая негативные чувства и негативные оценки людей и событий. Создавая свой опросник, дифференцирующий проявления агрессии и враждебности, А. Басс и А. Дарки выделили следующие виды реакций:

- физическая агрессия – использование физической силы против другого лица;
- вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы);
- косвенная – агрессия, окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная;
- негативизм – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов;
- раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость);
- подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред;
- обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия;
- чувство вины – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

Методика диагностики самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная (ситуативная) тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями [5, с. 296].

При изучении уровня агрессивности были получены следующие показатели (таблица 1).

Таблица 1 – Результаты изучения уровня агрессивности подростков

Индекс	Уровень	Подростки, имеющие хронические заболевания, %	«Здоровые» подростки, %
Индекс агрессивности	ниже нормы	33,3	61,3
	норма	60	38,7
	выше нормы	6,7	0
Индекс враждебности	ниже нормы	3,3	3,2
	норма	26,7	74,2
	выше нормы	70	22,6

Представленные данные свидетельствуют о том, что в группе подростков с хроническими заболеваниями выявлены респонденты с повышенным уровнем агрессивности (6,7 %). В данной группе, по сравнению со здоровыми подростками, также значимо больше человек, имеющих высокие показатели по шкале «враждебность» (70 % и 22,6 % соответственно).

Статистический анализ показателей (U-критерий Манна-Уитни) в двух группах позволил выделить значимые отличия относительно шкал вербальная агрессия (U = 304;

$p \leq 0,05$), косвенная агрессия ($U = 264,5$; $p \leq 0,05$), раздражение ($U = 257$; $p \leq 0,05$), подозрительность ($U = 264,5$; $p \leq 0,05$), обида ($U = 180$; $p \leq 0,05$), а также общего индекса агрессивности ($U = 202,5$; $p \leq 0,05$) и враждебности ($U = 291$; $p \leq 0,05$). Относительно остальных показателей агрессивности статистически значимых различий не выявлено.

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о том, что подростки с хроническими заболеваниями более склонны проявлять агрессию в вербальной форме (как через форму, так и через содержание словесных ответов) либо в скрытой форме (направлять ее на другое лицо), имеют высокую готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении, которая выражается в грубости и вспыльчивости. Они более обидчивы, чем их здоровые сверстники, склонны испытывать зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия, не доверять и настоятельно относиться к людям, и убеждены в том, что другие люди планируют и приносят им вред. Для них более характерны деструктивные тенденции в области субъектно-объектных отношений, свойственно проявление негативных чувств и негативных оценок относительно людей и событий.

Результаты исследования уровня тревожности представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты изучения уровня тревожности

Вид тревожности	Уровень	Подростки, имеющие хронические заболевания, %	Подростки, не имеющие хронических заболеваний, %
Ситуативная тревожность	Очень низкий	10	22,6
	Низкий	36,7	48,4
	Средний	46,7	29
	Высокий	3,3	0
	Очень высокий	3,3	0
Личностная тревожность	Очень низкий	10	12,9
	Низкий	13,3	38,7
	Средний	66	45,2
	Высокий	6,6	3,2
	Очень высокий	3,3	0

В группе «здоровых» подростков были получены высокие показатели по шкале личностная тревожность (3,2 %). В группе подростков с хроническими заболеваниями были получены высокие результаты по шкале «ситуативная тревожность» (6,6 %) и шкале «личностная тревожность» (9,9 %). При сравнении показателей в двух группах статистически значимые отличия выявлены относительно шкал: ситуативная тревожность ($U = 304,5$; $p \leq 0,05$) и личностная тревожность ($U = 298$; $p \leq 0,05$).

Исходя из приведенных выше результатов, можно сделать вывод о том, что у подростков с хроническими заболеваниями уровень ситуативной и личностной тревожности выше, чем у здоровых подростков. Это свидетельствует о переживании подростками с хроническими заболеваниями напряжения, беспокойства, нервозности, возможности появления нарушений внимания и тонкой координации. Высокий уровень личностной тревожности свидетельствует об устойчивой склонности воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. У подростков, с высоким уровнем личностной тревожности возможно наличие невротического конфликта, эмоциональных и невротических срывов, психосоматических заболеваний.

Таким образом, изучение эмоциональной сферы подростков с хроническими заболеваниями показало, что эмоциональная сфера подростков с хроническими заболеваниями характеризуется более высоким уровнем агрессивности и тревожности по сравнению со здоровыми подростками.

Литература

- 1 Вялков, А. И. Концептуальный подход к формированию программы повышения квалификации по лекарственному менеджменту / А. И. Вялкова, Г. В. Шашкова, Р. С. Скулова // Фармация. – 2001. – № 1. – С. 56.
- 2 Гаврюшова, Л. П. Справочные издания в работе педиатра / Л. П. Гаврюшова, И. Н. Захарова, Е. А. Репина // Человек и лекарство : тезисы докладов конгресса. – М., 1999. – 499 с.
- 3 Немов, Р. С. Общие основы психологии / Р. С. Немов. – 4-е изд. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 688 с.
- 4 Поппе, Г. К. Нервно-психические нарушения у детей с бронхиальной астмой / Г. К. Поппе, С. М. Пушанская. – М. : Медицина, 1982. – 325 с.
- 5 Немов, Р. С. Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики / Р. С. Немов. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 640 с.

УДК 37.015.3-055.52:376

Ю. С. Зимина

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ К ВНЕДРЕНИЮ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Статья посвящена рассмотрению проблемы психологической готовности родителей к принятию и включению детей с ограничениями по здоровью в образовательное пространство школ. Приводятся результаты исследования некоторых аспектов психологической готовности родителей к введению инклюзии. Представлены данные об отношении родительской общественности к внедрению инклюзивного образования.

В любом обществе, независимо от уровня его общественно-исторического, экономического и культурного развития наиболее незащищенными в социальном плане оказываются люди с особенностями психофизического развития. Несомненно, существующие серьезные нарушения в соматической, психической, двигательной, поведенческой, интеллектуальной сфере затрудняют или резко ограничивают возможности самостоятельного установления личностью полноценных связей с обществом. В системе специального образования создан и ежегодно обновляется банк данных о детях с особенностями психофизического развития. По состоянию на начало 2014/2015 учебного года в банке данных состоит 138 111 детей, из них детей-инвалидов – 10 397 человек. По сравнению с 2013/2014 учебным годом количество детей с нарушениями развития возросло на 2,3 % [1].

В Республике Беларусь для детей с ограниченными возможностями здоровья создана и успешно функционирует система специального образования. В этих учреждениях созданы особые условия для занятий с такими детьми: работают врачи, специальные педагоги. Но во многом из-за обособленности специальных образовательных учреждений уже в детстве происходит разделение общества на здоровых и детей с нарушениями. Альтернатива такой системы – совместное обучение детей с ограничениями возможностями здоровья и детей без нарушений в обычных, общеобразовательных школах. И здесь свою значительную роль должно сыграть инклюзивное образование, одной из центральных задач которого является помощь детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями развития в достижении ими максимально возможного (индивидуально для каждого) уровня социализации, социальной адаптации и интеграции в общество.