



С. І. Коломієць

УДК: 616.711-007.55-053.6-085.851

© **Коломієць Соломія Ігорівна (Україна)** – аспірантка кафедри загальної і медичної психології та педагогіки, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, бульвар Тараса Шевченка, 13, м. Київ, 01601; e-mail: solyah@yahoo.com.

© **Solomia Kolomiets (Ukraine)** – postgraduate student of the Department of General and Medical Psychology and Pedagogy, O. O. Bogomolets National Medical University, 13, Taras Shevchenko Boulevard, Kyiv, 01601; e-mail: solyah@yahoo.com.

© **Коломиец Соломия Игоревна (Украина)** – аспирантка кафедры общей и медицинской психологии и педагогики, Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, бульвар Тараса Шевченко, 13, г. Киев, 01601; e-mail: solyah@yahoo.com.

Том 4, № 8, 2017, стр. 85–89

ОСОБЛИВОСТІ САМОВІДНОШЕННЯ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

THE SPECIFICITIES OF SELF ASSESSMENT IN ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS

ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ

Summary. Scoliosis is one of the most common diseases of the musculoskeletal system, which affects people of childhood and adolescence and, changing the shape of the spine, distorting posture, affects the self-assessment, in particular the image of the body. Along with solving complex orthopedic issues, the psychosocial aspect remains important, in particular, the study of the features of the formation of the internal picture of the disease, its prerequisites and the impact on the process of helping patients with scoliosis. The article presents the results of the study of the specificities of self-assessment of adolescents with scoliosis. By the inclusion-exclusion criteria, 169 adolescents (boys and girls) were included in the study with grade III and III-IV scoliosis. The tendencies towards a decrease in the level of self-esteem for groups of adolescents with different severity of orthopedic disorders in scoliosis, and the relationship between the level of self-assessment and the degree of defeat are determined. Gender difference in the self-correlation of adolescents with scoliosis is also described.

Key words: scoliosis, adolescents, personality traits, self-assessment.

Анотація. Сколіоз являється одним из самых часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата, которое поражает лиц детского и подросткового возраста и, изменяя форму позвоночника, искажая осанку, влияет на самоотношение, в частности, на образ тела. Наряду с решением сложных вопросов ортопедического характера, важным остается психосоциальный аспект, в том числе изучение особенностей формирования внутренней картины болезни, ее предпосылок и влияния на процесс помощи пациентам со сколиозом. В статье приведены результаты исследования особенностей самоотношения подростков со сколиозом. По критериям включения-исключения в исследование было включено 169 подростков (как юношей, так и и девушек) с I–II и III–IV степенью сколиоза. Определены тенденции к снижению уровня самооценки групп подростков с разной степенью тяжести ортопедических нарушений при сколиозе и взаимосвязь уровня самооценки со степенью поражения. Также описано гендерное различие в самоотношении подростков со сколиозом.

Ключевые слова: сколиоз, подростки, личностные особенности, самоотношение.

Вступ

Важливою ознакою підліткового віку є розвиток самосвідомості та формування ідеалу особистості, що відбуваються шляхом усвідомлення власних індивідуальних особливостей. Це призводить до формування особливого критичного ставлення підлітка до своїх недоліків. Бажаний образ «Я» зазвичай складається з тих якостей і переваг, які підлітки цінують в інших людях, і саме тому цей образ часто виходить суперечливим [1]. Це може призвести до невідповідності підлітка своєму ідеалу, що стає приводом для переживань.

У підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату відзначаються порушення осо-

бистісного розвитку, тому під час лікування виникає необхідність враховувати не тільки патогенний вплив хвороби на організм, а й психосоціальні фактори. Особливого значення набуває вивчення особливостей формування внутрішньої картини хвороби, її передумов та впливу на процес допомоги пацієнтам зі сколіозом [2].

Актуальність проблеми надання комплексної допомоги підліткам зі сколіозом визначається не тільки зростаючою кількістю пацієнтів даної вікової категорії з зазначеною патологією. Їх лікування та реабілітація дуже ускладнюються через відсутність обґрунтованого індивідуально-диференційованого підходу до клініко-функціо-

нальної оцінки стану цієї складної категорії хворих і, як наслідок, психосоціальної допомоги їм [3].

Для досягнення максимально ефективного результату лікування, зниження рівня інвалідації, успішної інтеграції у соціальному просторі надзвичайно важливу роль відіграє індивідуальна комплексна програма психосоціальної допомоги пацієнтам цього віку. Значимою передумовою її розробки є глибока обізнаність щодо специфічних дезадаптивних медико-психологічних ознак хворих на сколіоз підлітків [4].

Мета дослідження

Мета дослідження полягала у визначенні характерних для пацієнтів 14–16 років зі сколіозом особистісних особливостей (зокрема, самовідношення), які вивчалися у межах комплексного дослідження юнаків та дівчат з цим захворюванням відповідного віку.

Матеріали та методи дослідження

Було здійснено обстеження 184 підлітків віком від 14 до 16 років, у яких було діагностовано сколіоз різного ступеня. За критеріями включення–виключення до подальшого дослідження було відібрано 169 осіб обох статей: 85 дівчат та 84 юнака (50,30% та 49,70% відповідно).

До дослідження були залучені лише ті підлітки, які відповідали критеріям включення:

- були здатні усвідомити дані, наведені в інформаційній згоді для участі у дослідженні, а також розуміли інструкції, наведені у психологічних тестових методиках та дали згоду на участь у дослідженні;
- батьки яких власноруч підписали інформаційну згоду на участь своєї дитини у дослідженні;
- мали встановлений діагноз «сколіоз» (M41 за МКХ-10);
- входили до вікової групи 14–16 років (для досягнення однорідності у групах дослідження).

Критерії виключення з дослідження:

- наявність іншого вираженого соматичного або психіатричного діагнозу у стадії загострення;
- наявність будь-якого іншого хронічного соматичного або психічного розладу в анамнезі;
- невідповідність віковому критерію дослідження;
- відсутність згоди на участь у дослідженні;

- відсутність підпису батьків пацієнтів у згоді на участь у дослідженні.

Ступінь сколіозу визначався рентгенологом за рентгенограмами на підставі виміру кутів сколіозу за В.Д. Чаклиним: I ступінь – 1–10 градусів, II ступінь – 11–25 градусів, III ступінь – 26–50 градусів, IV ступінь – більше 50 градусів.

З 85 обстежених дівчат I ступінь сколіозу мали 25; II ступінь – 22; III ступінь – 20; IV ступінь – 18. Серед 84 обстежених юнаків I ступінь сколіозу було діагностовано у 26; II ступінь – у 23; III ступінь – у 19; IV ступінь – у 16.

При формуванні груп враховувалися клінічна симптоматика та сомато-психологічні особливості пацієнтів, приділялася увага збереженню логіки дослідження, однорідності груп та їх невеликій чисельності. З урахуванням цих показників і за ступенем важкості ортопедичних порушень при сколіозі нами було сформовано 2 основні групи:

- Г1 – увійшли 96 осіб з I та II ступенем сколіозу, з них 47 дівчат – Г1(д) та 49 юнаків – Г1(ю);
- Г2 – увійшли 73 особи з III та IV ступенем сколіозу, з них 38 дівчат – Г2(д) та 35 юнаків – Г2(ю).

Під час роботи застосовано такий комплекс методів:

– **теоретичний метод** використовувався для теоретико-методологічного аналізу та систематизації наявних сучасних літературних джерел з проблеми особливостей формування внутрішньої картини хвороби (ВКХ) у підлітків зі сколіозом та шляхів надання допомоги даній категорії пацієнтів;

– **соціально-демографічний метод** включав напівструктуроване інтерв'ю, яке дало змогу отримати необхідні соціально-демографічні дані: віковий склад, стать досліджених, місце навчання, показники рівня шкільної успішності, рівня достатку родин, наявність статусу інваліда;

– **клініко-психологічний метод** включав спостереження та напівструктуроване інтерв'ю, що дало змогу отримати дані про особливості перебігу сколіотичної хвороби, ступінь захворювання, а також особливості впливу хвороби на якість життя пацієнта (за власною думкою обстежуваних);

– **психодіагностичний метод** використовувався для визначення індивідуально-психологічних та психосоціальних характеристик підлітків, а також особливостей формування ВКХ та включав експери-

ментально-психологічні методики. У статті наведено дані однієї з них («Особистісний диференціал»), за допомогою якої визначали особливості самовідношення підлітків. Використання цієї методики дозволило характеризувати ставлення підлітків до людей або самих себе. Метод особистісного диференціала містить вибірку слів, які описують різноманітні риси особистості, що дозволяє створити своєрідну модель особистості.

Для статистичного аналізу було застосовано пакет Statistica for Windows 5.0 (StatSoft, USA, 1998). Для оцінки зв'язку психологічних характеристик зі ступенем сколіозу застосовано критерій рангової кореляції Кендала (в силу рангового характеру ступенів сколіозу і тривожності), для парного порівняння груп – непараметричний критерій Манна–Уїтні [5]. У цьому випадку параметричні ряди подавали як M+s.

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення соціально-демографічних характеристик проводилося нами за показниками віка, статі, місця навчання, шкільної успішності, рівня достатку у родині, наявності статусу інваліда. Дані наведено у **табл. 1–4**.

Таблиця 1

Розподіл досліджених за місцем навчання (n, %)

Місце навчання	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Школа	34	72,34	35	71,43	32	84,21	30	85,71
Коледж (училище)	13	27,66	14	28,57	6	15,79	5	14,29

Як свідчать наведені у **табл. 1** дані, більшість досліджених були учнями загальноосвітніх шкіл (77,51% із сумарної кількості обстежених). У структурі загального контингенту підлітків учнями коледжів та училищ були здебільшого юнаки та дівчата з меншим ступенем ортопедичних порушень – Г1(д) та Г1(ю).

Таблиця 2

Розподіл досліджених за шкільною успішністю (n, %)

Середній бал	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
10–12	10	21,28	8	16,33	6	15,79	4	11,43
7–9	24	51,06	25	51,02	22	57,90	20	57,14
4–6	13	27,66	16	32,65	10	26,31	11	31,43

За даними **табл. 2**, більш ніж половина досліджених (53,85%) мали середній рівень

шкільної успішності (7–9 балів), при цьому у групах Г1(д) та Г1(ю) рівень успішності був дещо вищим порівняно з Г2(д) та Г2(ю). Дослідження виявило й гендерну різницю щодо зазначеного показника у групах підлітків: незалежно від ступеня важкості ортопедичної патології, дівчата в цілому навчалися краще за юнаків; при цьому більш високий рівень успішності було зареєстровано у Г1(д) порівняно з Г2(д).

Також у підлітків було виявлено диференційоване ставлення до навчання. З'ясувалося, що існує вибірковість відносно шкільних предметів: одні ставали улюбленими і потрібними, до інших інтерес з часом знижувався. Така ситуація пояснюється формуванням нових мотивів до навчання, пов'язаних з бажанням займатися цікавою роботою і самостійною творчою працею у майбутньому – саме це обумовлює розширення кола інтересів, прагнення до більш глибоких знань у певних науках та формування умінь і навичок, які знадобляться у подальшому [6].

Наступною соціально-демографічною характеристикою, яка вивчалася у межах дослідження, був рівень достатку в родині підлітків (**табл. 3**).

Таблиця 3

Розподіл досліджених за рівнем достатку в родині (n, %)

Рівень достатку	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Високий	5	10,64	6	12,24	4	10,53	4	11,43
Середній	29	61,70	31	63,27	24	63,16	22	62,86
Низький	13	27,66	12	24,49	10	26,31	9	25,71

Як видно з **табл. 3**, переважна більшість родин досліджуваних підлітків мали середній або низький рівень достатку: Г1(д) – 89,36%; Г1(ю) – 87,76%; Г2(д) – 89,47%; Г2(ю) – 88,57%); лише приблизно 10,00% сімей у кожній з груп оцінювали рівень власного достатку як високий.

Таблиця 4

Розподіл досліджених за наявністю статусу інваліда (n, %)

Наявність статусу інваліда	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Є статус інваліда	5	10,64	6	12,24	31	81,58	29	82,86
Без статусу інваліда	42	89,36	43	87,76	7	18,42	6	17,14

За даними **табл. 4**, із загальної кількості підлітків, які взяли участь у дослідженні, статус інваліда мали 42,01%, в переважній більшості з них було діагностовано III–IV ступінь сколіозу – у 84,51% (з них 51,67% дівчат та 48,33% юнаків).

Підлітковий вік, як відомо, є кризисним у становленні особистості та характеризується формуванням характерних новоутворень та підліткових реакцій. У період статевого дозрівання формується інтерес до протилежної статі, а підлітки відрізняються підвищеною збудливістю, частою зміною настрою. У цей же час відбуваються і розвиток само-свідомості та вольових якостей, формуються почуття дорослості, ідеали особистості, а також схильність до рефлексії, виникає гостра потреба у самовизначенні, самоствердженні та самовдосконаленні, в діяльності, що має особистісний сенс.

У підлітків зі сколіозом наявність моторних порушень та усвідомлення власної тілесної «неідеальності» призводить до змін самовідношення. Особливості самооцінки досліджуваних юнаків та дівчат вивчалися за допомогою методики «Особистісний диференціал» (**табл. 5**).

Таблиця 5

Розподіл за показниками самооцінки за опитувальником (ОД) (середній бал)

Рівень	Г1(д) (n=47)		Г1(ю) (n=49)		Г2(д) (n=38)		Г2(ю) (n=35)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Фактор «Оцінка»								
Високий	2	4,26	5	10,20	0	0,00	1	2,86
Середній	19	40,43	21	42,86	6	15,79	7	20,00
Низький	26	55,31	23	46,94	32	84,21	27	77,14
Фактор «Сила»								
Високий	4	8,51	8	16,33	0	0,00	2	5,71
Середній	23	48,94	25	51,02	10	26,32	11	31,43
Низький	20	42,55	16	32,65	28	73,68	22	62,86
Фактор «Активність»								
Високий	7	14,89	10	20,41	3	7,89	5	14,29
Середній	27	57,45	28	57,14	19	50,00	18	51,43
Низький	13	27,66	11	22,45	16	42,11	12	34,28

Як свідчать отримані дані (**табл. 5**), майже всі обстежені підлітки з III–IV ступенем сколіозу мали низькі показники за фактором «Оцінка», що сигналізує про наявність низького рівня самоповаги, труднощі з прийняттям себе як особистості, невизнання у себе соціально схвалюваних якостей, критичне ставлення до себе та незадоволеність собою. Низькі значення за фактором «Оцінка»

вказують на критичне ставлення людини до самої себе, її незадоволеність власною поведінкою, рівнем досягнень, особливостями особистості, а також на недостатній рівень прийняття самої себе.

Тенденція до зниження самооцінки спостерігалася і в групах підлітків з I–II ступенем сколіозу, проте в Г1(д) та Г1(ю) показники були достовірно кращими відносно Г2(д) та Г2(ю): низькі показники за фактором «Оцінка» мали 55,31% дівчат – на 28,90% менше, ніж у Г2(д) та 46,94% юнаків – на 30,20% менше порівняно з Г2(ю).

Фактор «Сила» в самооцінці характеризує розвиток вольових якостей особистості і те, як вони усвідомлюються самим досліджуваним. Високі значення цього показника свідчать про впевненість у собі, незалежність, схильність розраховувати на власні сили у важких ситуаціях. Достовірно більша кількість дівчат та юнаків із III–IV ступенем сколіозу мали низькі показники за фактором «Сила» порівняно з підлітками обох статей з I–II ступенем сколіозу ($p \leq 0,05$). Такі досліджені сприймали себе як осіб, залежних від зовнішніх обставин, не здатних не тільки досягати бажаного, а й навіть просто наполягати на своєму та контролювати ситуацію. Також низькі значення за фактором «Сила» свідчать про недостатність самоконтролю, неспроможність триматися обраної лінії поведінки, залежність від зовнішніх обставин і оцінок. В Г1(д) та в Г1(ю) низькими показниками за фактором «Сила» характеризувались 42,55% дівчат та 32,65% юнаків, при цьому достовірна різниця у Г1(д) та Г1(ю) дорівнювала ($p \leq 0,05$).

За фактором «Активність» більшість підлітків усіх груп дослідження мали високий та середній показники (Г1(д) – 72,34%, Г1(ю) – 77,55%, Г2(д) – 57,89%, Г2(ю) – 65,72%). Кількість осіб з низькими показниками за фактором «Активність» була достовірно більшою у групах з III–IV ступенем сколіозу: різниця між Г1(д) та Г2(д) складає 4,45 балів, ($p \leq 0,05$); різниця між Г1(ю) та Г2(ю) – 11,83 бали, ($p \leq 0,05$). Досліджені з низьким рівнем активності характеризували себе як не товариських, не активних, відчували зниження енергійності, замкнутість, стриманість [7].

Висновки

1. Тенденція до зниження самооцінки спостерігалася у групах підлітків з I–II ступенем сколіозу, проте у цих групах показники були

достовірно кращими відносно підлітків з III–IV ступенем сколіозу: показники за фактором «Оцінка» у Г1(д) на 28,90% вищі, ніж у Г2(д), а у Г1(ю) на 30,20% кращі, ніж у Г2(ю).

2. Достовірно більша кількість дівчат та юнаків з III–IV ступенем сколіозу мали низькі показники за фактором «Сила» порівняно з підлітками обох статей з I–II ступенем сколіозу, ($p \leq 0,05$). В Г1(д) та в Г1(ю) низькими показниками за фактором «Сила» характеризувались 42,55% дівчат та 32,65% юнаків, при цьому достовірна ген-

дерна різниця відзначалася при порівнянні Г1(д) та Г1(ю), ($p \leq 0,05$).

3. За фактором «Активність» більшість обстежуваних усіх груп дослідження мали високий та середній показники: (Г1(д) – 72,34%, Г1(ю) – 77,55%, Г2(д) – 57,89%, Г2(ю) – 65,72%). Кількість пацієнтів із низькими показниками за фактором «Активність» була достовірно більшою у групах підлітків з III–IV ступенем сколіозу: різниця між Г1(д) та Г2(д) складає 4,45 балів, ($p \leq 0,05$); різниця між Г1(ю) та Г2(ю) – 11,83 бали, ($p \leq 0,05$).

Література

1. Динаміка психічного здоров'я населення України 2008–2012 рр. та перспективи розвитку психіатричної допомоги / І. Я. Пінчук, Р. М. Богачев, М. К. Хобзей, О. О. Петриченко // Архів психіатрії. – 2013. – № 1 (72). – С. 11–17.
2. Дадаева О. А. Клинико-психологические особенности детей и подростков, больных сколиозом / О. А. Дадаева, Р. Т. Склярченко, Н. Г. Травникова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 3. – С. 10–14.
3. Крайнюков С. В. Картина мира подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / С. В. Крайнюков, И. И. Мамайчук // Ананьевские чтения. Психология в здравоохранении: материалы науч. конф., 22–24 октября 2013 г. / отв. ред. О. Ю. Щелкова. – СПб., 2013. – С. 222–224.

4. Машин В. А. К вопросу классификации функциональных состояний человека. Экспериментальная психология. – 2011. – № 1. – С. 40–56.

5. Михайлов Б. В. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / Б. В. Михайлов, В. В. Кришталь, Н. А. Марута, Л. Ф. Шестопалова // Медицинская психология. – 2008. – № 1. – С. 3–6

6. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2001. – 408 с.

7. Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. – 410 с.

References

1. Pinchuk I. Ja., Bogachev R. M., Hobzej M. K., Petrychenko O. O. Dynamika psyhichnogo zdorov'ja naselenja Ukrainy 2008-2012 rr. ta perspektyvy rozvytku psyhiatrychnoi' dopomogy [The dynamics of the mental health of the population of Ukraine in 2008-2012 and the prospects for the development of psychiatric care]. Arhiv psyhiatrii' [Archive of psychiatry], 2013, no. 1 (72), pp. 11-17. (In Ukr.)
2. Dadaeva O. A., Sklyarenko R. T., Travnikova N. G. Kliniko-psikhologicheskie osobennosti detey i podrostkov, bol'nykh skoliozom [Clinical and psychological characteristics of children and adolescents with scoliosis]. Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya [Medico-social examination and rehabilitation], 2003, no. 3, pp. 10-14. (In Russ.)
3. Kraynyukov S. V., Mamaychuk I. I. Kartina mira podrostkov s zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Picture of the world of teenagers with diseases of the musculoskeletal system]. Anan'evskie chteniya. Psikhologiya v zdravookhranении: materialy nauch. konf., 22-24 oktyabrya 2013 g. [otv. red. O. Yu. Shchelkova] [Ananyev readings. Psychology in health: materials of scientific. Conf.,

- October 22-24, 2013 [responsible editor O. Yu. Shchelkov]]. St. Petersburg, 2013, pp. 222-224. (In Russ.)

4. Mashin V. A. K voprosu klassifikatsii funktsional'nykh sostoyaniy cheloveka [On the classification of human functional states]. Eksperimental'naya psikhologiya [Experimental Psychology], 2011, no. 1, pp. 40-56. (In Russ.)

5. Mikhaylov B. V., Krishtal' V. V., Maruta N. A., Shestopalova L. F. Rol' i mesto meditsinskoy psikhologii v sisteme meditsinskoy pomoshchi naseleniyu [The role and place of medical psychology in the system of medical care for the population]. Meditsinskaya psikhologiya [Medical Psychology], 2008, no. 1, pp. 3-6. (In Russ.)

6. Lapach S. N., Chubenko A. V., Babich P. N. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kyiv, Morion Publ., 2001, 408 p. (In Russ.)

7. Psikhoterapiya detey i podrostkov [pod red. Kh. Remshmidta] [Psychotherapy of children and adolescents [ed. H. Remschmidt]]. Moscow, World Publ., 2000, 410 p. (In Russ.)