

УДК 316.6

НАРРАТИВНЫЙ МЕТОД СНИЖЕНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ ДЕПРИВАЦИИ У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Бакаев И.А., Шмакова Д.И.

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Волгоград, e-mail: tchumakov.vi@gmail.com*

Статья описывает нарративный метод психосоциальной работы с лицами с ограниченными возможностями, который позволяет снизить действие определенных негативных факторов. Рассказывая «свою историю», опустят все лишнее, все мелкие неурядицы, потому как в большинстве своем они ничего не значат на фоне всей жизни. Респонденты будут рассказывать самые выдающиеся истории из их жизни, что позволит им осознать, что она довольно насыщена и интересна. Формирование такого позитивного мышления у лиц с ОВЗ со временем позволит им стать активнее и веселее, что, несомненно, приведет к преодолению коммуникативной депривации. Приобретая инвалидность, как правило, человек становится эмоционально более ранимым, требует более чуткого внимательного отношения, особенно со стороны близких, родственников, работников медицинских и социальных учреждений. Но помимо физиологических аспектов, имеющих большое значение для инвалида, существуют еще и социальные факторы, которые так же приводят к дискомфорту индивида. Эти социальные факторы связаны с физическим одиночеством, которое вызывает эмоциональное одиночество, когда не с кем поговорить, поделиться переживаниями, когда рядом нет близкого человека. Все эти факторы приводят к тому, что человек замыкается в себе, плохо идет на контакт, чувствует себя ненужным и бесполезным.

Ключевые слова: коммуникативная депривация, пожилые, нарративное интервью, психосоциальная работа, лица с ограниченными возможностями

NARRATABLE METHOD OF DECREASING COMMUNICATIVE DISPERSION IN PERSONS WITH DISABILITIES

Bakaev I.A., Shmakova D.I.

*The Volgograd state medical university, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd,
e-mail: tchumakov.vi@gmail.com*

The article describes a narrative method of psychosocial work with persons with disabilities, which allows to reduce the effect of certain negative factors. Telling «your story», they will omit everything superfluous, all minor troubles, because as a rule they do not mean anything against the background of all life. Respondents will tell the most outstanding stories from their lives, which will allow them to realize that it is quite saturated and interesting. The formation of such positive thinking in individuals with HIA will eventually allow them to become more active and more fun, which, undoubtedly, will lead to overcoming communicative deprivation. Acquiring disability, as a rule, a person becomes emotionally more vulnerable, requires more sensitive attentiveness, especially from close relatives, employees of medical and social institutions. But besides the physiological aspects that are of great importance for the disabled, there are also social factors that also lead to discomfort of the individual. These social factors are associated with physical loneliness, which causes emotional loneliness when there is nobody to talk to, to share experiences when there is no close person nearby. All these factors lead to the fact that a person closes in himself, does not go to contact, feels unnecessary and useless.

Keywords: Key words: Communicative deprivation, elderly, narrative interview, psychosocial work, persons with disabilities

Термин «нарратив» (в переводе с английского – «рассказ», «повествование») прочно вошел в научную лексику западных лингвистов, литературных и кинокритиков, социологов. «Нарративный (от лат. *narrare* – повествовать, рассказывать) подход» – одно из самых молодых, бурно развивающихся направлений в сфере терапии и работы с индивидуумами и сообществами. Определение «нарративный» заимствовано из литературоведения и философии. «Нарратив» представляет собой специфический текст, имеющий сюжет, последовательно разворачивающийся во времени, пространстве и во взаимодействии с другими персонажами. Самый главный «нарратив» для каждого человека – это история его жизни. Именно благодаря такой истории, он не только

моделирует реальный мир, но, и делает свое существование уникальным.

Нарративный метод, как технология, поможет частично избавиться от стыда и чувства вины, связанного с проблемами, ослабить их воздействие. В последствии индивид делает самостоятельный выбор и берет на себя готовность нести за это ответственность без страха перед обществом и в первую очередь самим собой. Нарративный метод, позволяет ощутить проблему не внутри того или иного индивида, данный метод способствует объединению людей для того, чтобы что бы решить проблему. В силу этого часто происходит «рассасывание» сопутствующих конфликтов. Нарративный подход можно рассматривать не только как метод, технологию работы с лицами с ОВЗ,

но также как и мировоззрение. В нашей жизни и в культуре сосуществуют различные описания реальности. Они не «истинные» или «ложные», а более или менее согласованные и правдоподобные. Они, в той или иной мере, открывают (или закрывают) людям возможности жить предпочитаемой жизнью. Любое знание, есть знание с определенной позиции. Необходимо учитывать социальный, культурный и исторический контекст, в котором порождается это знание [1, 2, 3].

В общении проявляет себя выраженная потребность сознавать свою значимость. Она может быть удовлетворена ощущениями того, что ты нужен семье, детям, внукам, возможностью служения другим людям своим профессиональным и жизненным опытом, а также сохранившимися способностями. Эта потребность в своем самом благородном варианте приобретает характер творческой потребности, потребности в самореализации. В силу обостренной чувствительности к проявлениям внимания и заботы лица с ограниченными возможностями может возрасти роль дружбы. Чувство покинутости, углубленное утратой многих социальных ролей, может быть компенсировано дружеским участием и вниманием. Имеются несколько установок по приспособлению к проблемам старости. Одно из определений нарратива в социологии — «разговор, специально организованный вокруг последовательных событий». Полученные данные богаты деталями и приближены к тому, как воспринимается мир самим информантом. Проводя нарративный анализ, социолог во многом полагается на способность «вчувствования» в жизненную ситуацию «другого», собственные навыки эмпатии, приобретенные в качестве интервьюера или интерпретатора [4, 5, 6, 7].

Нарративный анализ не вписывается целиком ни в одну из областей научного знания [12]. Очевидная междисциплинарность этого метода позволяет отнести его к интерпретативному направлению социальных наук. Понимающая социология М.Вебера, феноменология Ф.Шютце, этнометодология Гарфинкеля, символический интеракционизм Блумера задают основания метода изучения вербальных, устных или письменно зафиксированных выражений индивидуального смысла. Эти выражения интерпретируются как окна во внутренний мир человека. Деррида развил метафору, сказав, что не существует чистого окошка во внутренний мир человека: как стекло всегда фильтрует наше восприятие, так и язык, и знаки, и процесс означивания во всех его формах, будучи текучим, нестабильным,

построенным на следах других знаков и символических высказываний, затрудняет однозначное толкование наблюдаемых явлений, интенций или смыслов [8, 9, 10, 11]. География исследований, применяющих методологию нарративного анализа, обширна; этот метод на Западе широко распространен в исследованиях по истории, антропологии и фольклору, психологии, социологии, социолингвистике. Хотя нарративный анализ достаточно «молодой» метод в России, качественные методы, включая интервью, уже давно вошли в арсенал исследователей разных стран. [13, 14, 15]

На первом этапе исследования мы подобрали авторский опросник для определения уровня коммуникативной активности лиц с ограниченными возможностями. Им стал опросник формально-динамических свойств индивидуальности В.М.Русалова. Данный опросник используется для диагностики свойств «предметно-деятельностного» (психомоторная и интеллектуальная сферы) и «коммуникативного» аспектов темперамента. Каждая сфера опросника подразделяется на шкалы: энергичность, пластичность, скорость, эмоциональность.

Кроме того, в данном опроснике есть шкала контроля. То есть, если респондент не «прошел» контрольные вопросы, его анкета отсеивается, так как он не искренен в своих ответах и его показатели не могут быть засчитаны.

Респонденту предлагается ответить на 150 вопросов, направленных на выяснение его обычного способа поведения. Каждый вопрос относится к той или иной сфере и шкале. Так как нас интересует лишь коммуникативная часть данного метода исследования, мы немного модифицировали опросник, соответственно, сократив количество вопросов до 54. Кроме того, нашими респондентами являются люди с ограниченными возможностями, поэтому количество вопросов должно быть минимальным, но информативным.

Далее, мы использовали опросник, разработанный нами в ходе исследования. Данный опросник включает в себя 50 вопросов.

Цель данного опросника: оценить уровень нервно-эмоциональной устойчивости, степень интеграции личностных свойств, уровень адаптации личности к социальному окружению. Закончив с подготовительной частью исследования, мы приступили к следующему этапу — опрос респондентов. Генеральную совокупность исследования составили лица с ограниченными возможностями ГБУ СО «Центральный центр социального обслуживания населения» г. Волгограда.

Всего в эксперименте приняло участие 40 мужчин и женщин (20 экспериментальная и 20 контрольная группа). Контрольная группа репрезентативна основной группе по полу и возрасту (средний возраст респондентов составил 18 ± 8 лет). При первой встрече респондентам предлагалось ответить на вопросы 2-ух анкет и затем приступить к интервью. Интервью проводилось в свободной форме. Интервьюер просил рассказать лиц с ОВЗ историю своей жизни, самые интересные и запоминающиеся факты, все что сочтут нужным. Затем приступали к интервью, ограниченном одним часом. После того, как рассказчик давал понять, что он закончил, интервьюер переходил ко второй части беседы – вопросам. Теперь интервьюер спрашивал о всевозможных неточностях рассказа.

Однако, по завершению анкетирования 40 получателей социальных услуг были поделены на 2 группы: экспериментальную и контрольную.

У представителей контрольной группы интервью не брали, а с экспериментальной группой было проведено интервью.

Общей целью проведенного эмпирического исследования явилось выявление, изучение особенностей и анализ показателей уровня коммуникативной активности лиц с ограниченными возможностями и снижение социальной депривации у лиц с ограниченными возможностями. Это, в свою очередь, позволило решить задачу эмпирической верификации теоретических положений исследования и проверить гипотезу, что нарративный метод как технология социальной работы с лицами с ограниченными возможностями способствует переоценке своих реальных возможностей, обнаружению новых ресурсов, что в итоге позволяет актуализировать личностные ресурсы для сверхкомпенсации утраченных функций организма [16, 17].

После окончания интервью мы прощались с респондентами на неделю. Затем снова встречались для вторичной диагностики уровня коммуникативной активности. Мы предполагали, что показатели вторичной диагностики изменятся в лучшую сторону (у экспериментальной группы, а у контрольной они останутся такими же) и это поспособствует переоценке своих реальных возможностей, обнаружению новых ресурсов, что в итоге позволяет приблизиться к ощущению состояния психологического комфорта [18].

Согласно плану проведения исследования, на первом этапе мы осуществили первичную диагностику коммуникативной активности лиц с ограниченными возможностями.

На первом этапе экспериментальной работы был предложен опросник В.М.Русалова и опросник, разработанный нами, для диагностики коммуникативной депривации респондентов. В результате анализа ответов, в получившихся результатах были выявлены средние значения [19, 20].

Оценка производилась по четырем шкалам: эргичность, пластичность, скорость и эмоциональность. Все респонденты продемонстрировали низкий и средний уровни коммуникативной активности.

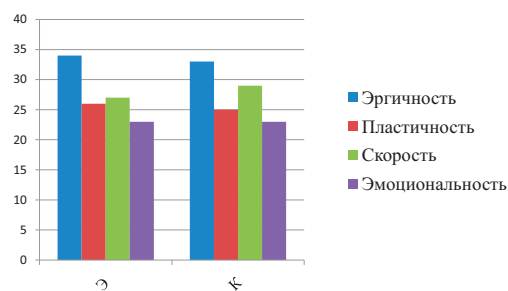


Рис.1. Показатели первичной диагностики

Рассмотрим каждую шкалу в отдельности. Показатели респондентов по шкале эргичности в экспериментальной и контрольной группе варьируются до 34 баллов, что говорит о небольшой потребности лиц с ОВЗ в общении, о социальной пассивности и средневыраженном стремлении к новым знакомствам, согласно опроснику Русалова В.М.

Шкала пластичности коммуникативных навыков так же показывает средние значения в 25 баллов, тем самым указывая на низкий уровень готовности к вступлению в новые социальные контакты, стремление к поддержанию однообразных контактов.

Шкала скорости коммуникации показала нам картину свойственную лицам с ОВЗ. Они полны энергии, но в связи с определенными страхами и проблемами со здоровьем, низким уровнем к вступлению к новым социальным контактам, в повседневной жизни они этого стараются не проявлять, респонденты проявили низкий уровень скорости. Баллы распределились от 25 до 30.

И, наконец, последняя шкала продемонстрировала пограничное состояние между средней и высокой степенью эмоциональности коммуникации. Это говорит о переживании в случае неудач в общении, ранимости, неуверенности в процессе общения.

Анализируя всё вышесказанное, можно сделать вывод о недостаточно высокой коммуникативной активности лиц с ограниченными возможностями. Конечно, полученные нами данные не указывают на

критическое положение лиц с ОВЗ, но, тем не менее, перспектива работы присутствует. На втором этапе мы использовали анкету, разработанную нами в ходе нашего исследования.

Одним из вопросов анкеты был: даже находясь в обществе, Вы обычно чувствуете себя одиноко? Результаты отображены на диаграмме.



Рис.2. Показатели первичной диагностики

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что у лиц с ограниченными возможностями существует барьер, который мешает им выстраивать коммуникационные связи с социумом. Чувство одиночества свидетельствует о наиболее выраженной замкнутости респондентов.

На следующем этапе исследования мы проводили нарративное интервьюирование. Специального плана или программы ведения данного процесса не разрабатывали, так как метод подразумевает рассказ в свободной форме. Единственное вмешательство интервьюера заключалось в дополнительных уточняющих вопросах и в недопущении длительных пауз в процессе рассказа.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что у лиц с ограниченными возможностями существует барьер, который мешает им выстраивать коммуникационные связи с социумом. Чувство одиночества свидетельствует о наиболее выраженной замкнутости респондентов.

На следующем этапе исследования мы проводили нарративное интервьюирование. Специального плана или программы ведения данного процесса не разрабатывали, так как метод подразумевает рассказ в свободной форме. Единственное вмешательство интервьюера заключалось в дополнительных уточняющих вопросах и в недопущении длительных пауз в процессе рассказа.

В целом, респонденты положительно отзывались о такого рода работе. Кроме того, активно вели рассказ о своей жизни. В начале беседы всегда присутствовало стеснение, некая скованность, но со временем она уходила. Обратной стороной стала - излишняя разговорчивость некоторых респондентов. Здесь интервьюеру приходилось направлять беседу в нужное русло путем уточняющих вопросов.

Так, из отрывка интервьюирования получателя социальных услуг ГБУ СО «Центральный ЦСОН»: Оксана К., (имя изменено) рассказала нам о своей нелегкой судьбе. У 19-летней Оксаны (имя изменено) врожденный дефект – левая рука совершенно не развита, в то время как организм в целом функционирует хорошо, рука осталась маленькой, как у 10-летнего ребенка. У Оксаны, по её словам, еще со школьной скамьи существуют комплексы по этому поводу, подруг никогда не было, а мальчишки всегда дразнили, называя «короткоручкой». А фраза от родителей «руки не с того места растут» всегда напоминали Оксане К., о ее врожденном дефекте. По этой причине девушка стала замкнутой и менее общительной.

А вот еще одна история получателя социальных услуг ГБУ СО «Центральный ЦСОН» 24-х летней Елены Ч. (имя изменено). Со слов Елены, до 22 лет она жила жизнью здорового человека, была окружена большим количеством друзей, закончила ВУЗ, планировала устроиться на работу по специальности, мечтала о карьере и семейной жизни, но в одночасье ее красивое представление и видении жизни рухнуло. Однажды вечером Елена Ч. Почувствовала резкую боль в спине, упала, но все же смогла вызвать скорую. Елене Ч. Назначили операцию, а после операции вся жизнь Елены Ч. Кардинально изменилась. После операции лечащий врач сказал Елене Ч. что она больше не сможет ходить, теперь она инвалид. Елена Ч. Осталась совершенно одна после случившегося, молодой человек Елены Ч. Ушел от нее, общение с друзьями постепенно прекратилось, осталась только поддержка родителей. Елена Ч. по сей день пытается выкарабкаться из сложившейся ситуации, единственная ее поддержка – это родители. Елене Ч. хотелось бы вновь обрести друзей, надежды встать на ноги ни на минуту не оставляют Елену Ч., мы также надеемся, что Елена Ч., совместными усилиями врачей и родителей справится со своим недугом.

Некоторые получатели социальных услуг ГБУ СО «Центральный центр социального обслуживания населения» по городу Волгограду, в конце интервью положительно высказывались о разговоре.

Так же, опираясь на рассказ респондентов о себе и своей жизни нам удалось выделить примерный перечень проблем, с которыми сталкиваются лица с ОВЗ в повседневной жизни.

После проведения нарративного интервьюирования респондентам контрольной и экспериментальной группы вновь были розданы опросники, для дальнейшего сопо-

ставления и сравнения результатов. Напомним, что с контрольной группой интервьюирование не проводилось.



Основные трудности, с которыми сталкиваются лица с ОВЗ. Указано примерное соотношение, основанное на интервьюировании респондентов экспериментальной группы, в ходе нарративного метода.

Повторная диагностика заключалась в анализе тех же самых опросников. Результаты повторного опроса представлены ниже.

Шкала эргичности варьируется от 35 до 42 баллов. Этот показатель находится чуть выше нормы, что говорит о повышении потребности в общении, появлении желания заводить новые социальные контакты. Среднее значение данной шкалы повысилось на 9,25 балла. Данный прирост отображен на рисунке (рис.3).

После проведения нарративного интервьюирования респондентам контрольной и экспериментальной группы вновь были розданы опросники, для дальнейшего сопоставления и сравнения результатов. Повторная диагностика заключалась в анализе тех же самых опросников. Результаты повторного опроса представлены ниже.

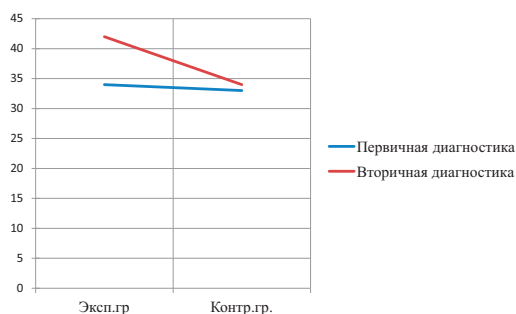


Рис.3. Прирост показателя по шкале «эргичность»

Шкала эргичности варьируется от 35 до 42 баллов. Этот показатель находится чуть выше нормы, что говорит о повышении потребности в общении, появлении жела-

ния заводить новые социальные контакты. Среднее значение данной шкалы повысилось на 9,25 балла. Данный прирост отображен на рисунке (рис.3).

Следующая шкала пластичности коммуникативности показала схожий результат. Среднее значение данной величины повысилось на 5,75 балла. А в целом сдвиг шкалы выразился, как появление желания у респондента заключать новые контакты, а так же более непринужденно общаться, что нельзя сказать про экспериментальную группу. Графическое отражение мы видим на рисунке (рис.4.).

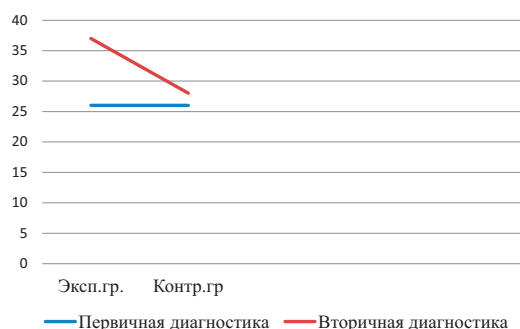


Рис.4. Прирост показателя по шкале «пластичность»

Что касается следующей шкалы – «скорость» - тут все очевидно. Еще в процессе первичной диагностики можно было понять, что скорость речи лиц с ОВЗ не высока. Но, тем не менее, нам удалось повлиять и на этот показатель. (рис.5).

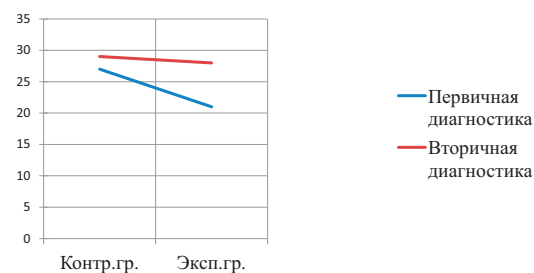


Рис.5. Прирост показателя по шкале «скорость»

И, наконец, последняя шкала – «эмоциональность» показала нам снижение уровня среднего показателя на 6,25 балла (рис.6). Данная шкала отличается от предыдущих, здесь снижение показателя, наоборот, является хорошим исходом. Снижение данного показателя говорит о снижении переживаний в случае неудач в общении, появлении ощущения радости и уверенности в себе в процессе взаимодействия с людьми.

И, наконец, последняя шкала – «эмоциональность» показала нам снижение уровня

среднего показателя на 6,25 балла (рис.6). Данная шкала отличается от предыдущих, здесь снижение показателя, наоборот, является хорошим исходом. Снижение данного показателя говорит о снижении переживаний в случае неудач в общении, появление ощущения радости и уверенности в себе в процессе взаимодействия с людьми.

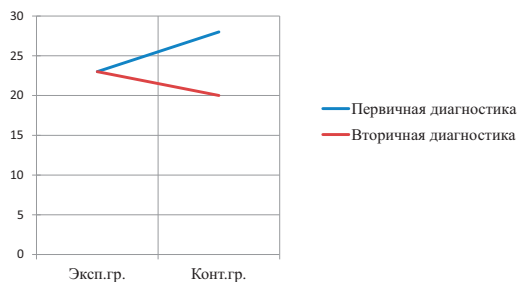


Рис. 6. Спад показателя по шкале «эмоциональность»

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что показатели по каждой шкале изменились, то есть нарративное интервьюирование может влиять на коммуникативную активность лиц с ограниченными возможностями. Эффективность данного воздействия мы рассмотрим в следующем параграфе.

Эффективность примененной методики

Итак, основным критерием эффективности проведенной нами работы является повышение показателей по трем шкалам и снижение – по четвертой. Этого мы и добились. Конечно, результаты вторичной диагностики не сильно отличаются от первичной, но, всё же результаты есть. И об этом свидетельствуют не только показатели шкал, но и субъективная оценка респондентов исследователем.

В процессе вторичной диагностики респонденты, относящиеся к контрольной группе исследуемых, выглядели более жизнерадостно. Возможно это из-за того, что ушло стеснение, так как мы уже были с ними знакомы. Но, в любом случае, это следствие проведенной работы.

По сути, мы продемонстрировали как можно применять нарративное интервью в целях повышения коммуникативной активности респондентов. Несмотря на совсем небольшие изменения (рис. 7), мы можем говорить об эффективности данной методики, так нам удалось достичь подобных результатов всего лишь за одну беседу. То есть, если встречаться чаще, то можно оказать посильную помощь людям, находящимся в ситуации коммуникативной депривации.

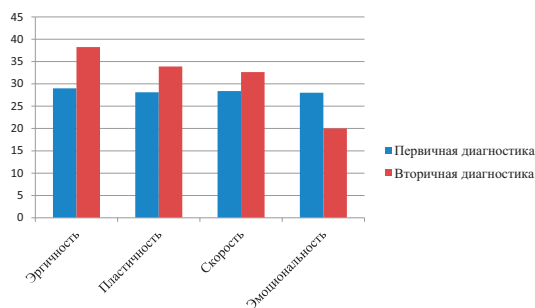


Рис. 7. Изменения показателей шкал в результате проведения нарративного интервьюирования

Таким образом, мы выполнили все поставленные перед нами задачи, повысили уровень коммуникативной активности лиц с ограниченными возможностями, соответственно, понизив степень депривации. Тем самым доказали, что нарративное интервью может использоваться не только для прямых целей данного метода исследования, но и для косвенных. Использование контрольной и экспериментальной группы позволило доказать выдвинутую нами гипотезу, что нарративный метод как технология социальной работы с лицами с ограниченными возможностями способствует переоценке своих реальных возможностей, обнаружению новых ресурсов, что в итоге позволяет актуализировать личностные ресурсы для сверхкомпенсации утраченных функций организма.

Согласно плану проведения исследования, на первом этапе мы осуществили первичную диагностику коммуникативной активности лиц с ограниченными возможностями, общее количество опрошенных составило 40 человек, для опроса использовалось две анкеты. Это было сделано не случайно, сравнение результатов двух анкет позволило убедиться в искренности ответов респондентов. Первичная диагностика осуществлялась у двух групп исследуемых, это контрольная и экспериментальная группы. Результаты анкетирования в двух группах показали недостаточно высокий уровень.

Затем мы осуществили нарративное интервьюирование, заключавшееся в одной встрече с каждым респондентом из контрольной группы. Контрольная группа не была приглашена к нарративному интервьюированию умышленно. После чего была проведена вторичная диагностика, как контрольной, так и экспериментальной группы.

Итак, основным критерием эффективности проведенной нами работы было повышение показателей по трем шкалам и снижение – по четвертой. Этого мы и добились.

Конечно, результаты вторичной диагностики несильно отличаются от первичной, но, всё же результаты есть, особенно стоит обратить внимание что результаты повысились в положительную сторону только у экспериментальной группы исследуемых. В контрольной же группе, при вторичной диагностике результаты не изменились. И об этом свидетельствуют не только показатели шкал, но и субъективная оценка респондентов исследователем при повторной встрече.

По сути, мы продемонстрировали как можно применять нарративное интервью в целях повышения коммуникативной активности респондентов. Несмотря на совсем небольшие изменения, мы можем говорить об эффективности данной методики, так нам удалось этих результатов всего лишь за одну беседу. То есть, если встречаться чаще, то можно оказать посильную помощь людям, находящимся в ситуации коммуникативной депривации.

Ни для кого не секрет, что люди с ограниченными возможностями здоровья испытывают трудности проникновения в смысл человеческих отношений, потому что оно не могут их познать теми способами, которыми пользуется нормально развитый человек, не имеющий проблем со здоровьем.

Главная проблема людей с ограниченными возможностями заключается в нарушении их связи с внешним миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования. Люди с ограниченными возможностями чувствуют себя изгоями в обществе, нередко им в этом помогают и сами люди, бестактно и некорректно обращаясь к лицам с ограниченными возможностями. Основным барьером для лиц с ограниченными возможностями является отсутствие полноценной коммуникации и друзей.

Одним из решений данной социальной проблемы, мы видим в использовании нарративного метода в работе с лицами с ограниченными возможностями.

Эти социальные факторы связаны с физическим одиночеством, которое вызывает эмоциональное одиночество, когда не с кем поговорить, поделиться переживаниями, когда рядом нет близкого человека. Все эти факторы приводят к тому, что человек замыкается в себе, плохо идет на контакт, чувствует себя ненужным и бесполезным. Именно поэтому мы и выбрали нарративный метод исследования. Люди с ограниченными возможностями, рассказывая «свою историю»,

опустят все лишнее, все мелкие неурядицы, потому как в большинстве своем они ничего не значат на фоне различных жизненных событий. Респонденты будут рассказывать самые выдающиеся истории из их жизни, что позволит им осознать, что она довольно насыщена и интересна. Формирование такого позитивного мышления у лиц с ОВЗ со временем позволит им стать активнее и веселее, что, несомненно, приведет к преодолению коммуникативной депривации.

Согласно плану проведения исследования, на первом этапе мы поделили респондентов на две группы, экспериментальную и контрольную, осуществили первичную диагностику коммуникативной активности лиц с ОВЗ, с использованием двух анкет, которые показали недостаточно высокий уровень.

Затем мы осуществили нарративное интервьюирование, заключающееся в одной встрече с каждым респондентом. После чего была проведена вторичная диагностика. С контрольной группой исследуемых нарративное интервьюирование проведено не было.

Итак, основным критерием эффективности проведенной нами работы было повышение показателей по трем шкалам и снижение – по четвертой. Этого мы и добились. Конечно, результаты вторичной диагностики несильно отличаются от первичной, но, всё же результаты есть. И об этом свидетельствуют не только показатели шкал, но и субъективная оценка респондентов исследователем. Несмотря на незначительные отличия, мы хотим отметить, что у контрольной группы изменений не произошло вообще никаких. Это свидетельствует о значимости в преодолении коммуникативной депривации методом нарративного интервьюирования.

По сути, мы продемонстрировали как можно применять нарративное интервью в целях повышения коммуникативной активности респондентов. Несмотря на совсем небольшие изменения, мы можем говорить об эффективности данной методики, так нам удалось этих результатов всего лишь за одну беседу. То есть, если встречаться чаще, то можно реально помочь людям, находящимся в ситуации коммуникативной депривации[30]

Таким образом мы подтвердили нашу гипотезу. Лица с ограниченными возможностями испытывают дефицит общения в силу своего социального статуса и состояния здоровья. Вполне возможно это обуславливает необходимость инклюзивного образования [13, 14].

В данной ситуации нарративный подход является самым подходящим методом профессионального общения между клиентом и специалистом, в результате применения которого коммуникативная депривация респондентов стала менее выражена.

Список литературы

1. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Чумаков В.И. Организация лекции с использованием интерактивных методов обучения на кафедре госпитальной хирургии. Научное обозрение. Педагогические науки. - № 1 - 2017. - С. 123-133.
2. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Чумаков В.И. Телекоммуникационные технологии в обучении студентов по дисциплине «биоинформатика и диагностика результативности данной технологии». Научное обозрение. Педагогические науки. № 6 – 2016.- С. 97-106.
3. Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Федотова Ю.М., Чумаков В.И., Орехов С.Н. Тестовые технологии в процессе обучения студентов. Научное обозрение. Педагогические науки. № 6 - 2016.- С. 93-96.
4. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Интерактивные методы обучения в медицинском вузе. Учебное пособие для дополнительного профессионального образования преподавателей, участвующих в обеспечении образовательных программ группы «Здравоохранение». Волгоград, 2012.
5. Артюхина А.И., Великанов В.В., Великанова О.Ф., Чумаков В.И. Проектное обучение в формировании базовых и профессиональных компетенций студентов. В сборнике: Альманах-2014. Международная академия авторов научных открытий и изобретений, Волгоградское отделение; Российская академия естественных наук; Европейская академия естественных наук; Волгоградская академия МВД Российской Федерации. Волгоград, 2014. С. 294-299.
6. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Реализация инноваций в высшей медицинской школе (андрагогический аспект). Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. № 2. С. 14-20.
7. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Педагогическая рефлексия как один из ведущих факторов качественного повышения квалификации врачей-педагогов медицинского университета. В книге: Медицинское образование 2013 Сборник тезисов конференции. 2013. С. 29-32.
8. Столярчук Л.И., Ануфриева Е.В., Полежаев Д.В., Машихина Т.П., Радзивилова М.А., Дресвянина А.В., Роговская Н.И., Шустова Л.П., Елькова Л.С., Зиновьева Э.Х., Чумаков В.И., Фролова Т.М., Розка В.Ю., Целуйко В.М., Блудина О.А., Воровжитова А.Л. Гендерный подход и вопросы образования. Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2010 г., С. 56-63.
9. Столярчук Л.И., Ануфриева Е.В., Крюкова Т.А., Живолупова Н.А., Василенко А.В., Коробкова С.А., Роговская Н.И., Радзивилова М.А., Прянишникова Г.И., Машихина Т.П., Чумаков В.И., Столярчук И.А. Гендерное образование. Краснодар, 2011.
10. Чумаков В.И. Организация педагогического взаимодействия преподавателя и иностранных студентов на занятиях по социологии (гендерный аспект). Грани познания. 2010. № 2 (7). С. 48-49.
11. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Учебные проекты по педагогике в подготовке аспирантов-медиков // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 11. С. 69-71.
12. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Педагогика // Учебно-методическое пособие для клинических ординаторов / Волгоград, 2017.
13. Артюхина А.И., Чумаков В.И., Иванова Н.В. Формирование готовности преподавателей к инклюзивному обучению студентов // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 5. С. 85-87.
14. Артюхина А.И., Чумаков В.И., Иванова Н.В. Практическое занятие при инклюзивном обучении студентов Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2016. Т. 18. № 5. С. 92-94.
15. Загребин В.Л., Фёдорова О.В., Терентьев А.В., Артюхина А.И., Чумаков В.И., Балалин А.С. Мобильное приложение для тестового контроля знаний студентов // в сборнике: актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации материалы всероссийской научно-практической конференции (заочной) с международным участием. ответственный редактор А.Ю. Нагорнова. 2016. с. 351-356.
16. Кнышова Л.П., Артюхина А.И., Чумаков В.И. Контроль учебных достижений студентов-медиков в компетентностном формате // Современные наукоемкие технологии. 2016. № 6-1. С. 140-144.
17. Петров А.В., Щекин Г.Ю., Лакеев А.Е., Палехин М.В. Правоведение Учебно-методическое пособие / Волгоград, 2016.
18. Чижова В.М. Задачи преподавания социологии в медицинском вузе Грани познания. 2014. № 3 (30). С. 90-92.
19. Чижова В.М. Человек как адресат медицины и социальной работы В сборнике: Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины Саратов, 2009. С. 10-13.
20. Чижова В.М., Богатырев А.А. Социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью // Социология медицины. 2015. Т. 14. № 1. С. 49-53.