

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ ИЗУЧЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ БОЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Орлова М.М.

ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского», Саратов, Россия (410012, Саратов, ул. Астраханская, 83), e-mail: orlova-maria2010@mail.ru

Социально-психологический контекст исследований здоровья и болезни подчеркивает значимость изучения адаптационных стратегий в трудной жизненной ситуации, которой является болезнь. В адаптации к болезни механизмы социализации играют значимую роль, определяя необходимость адаптироваться к новой социальной роли больного и инвалида, что приводит к трансформации характера социальных взаимодействий и самоотношения больных. Процесс социализации в ситуациях болезни у пульмонологических больных выступает как механизм стремления либо сохранить идентификации себя с ролью здорового человека, либо принять роль больного и инвалида.

Ключевые слова: качество жизни, адаптация, трансформация идентификаций.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL CONTEXT OF STUDYING ADAPTATION STRATEGIES OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE LUNGS

Orlova M.M.

Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky, Saratov, Russia (410012, Saratov, Astrakhanskaya street, 83), e-mail: orlova-maria2010@mail.ru

Socio-psychological context of studies of health and disease emphasizes the importance of the studying adaptation strategies in a difficult situation, which a disease is. Mechanisms of socialization play a significant role in adaptation to the disease. They determine the need to adapt to the new social role of the patient and the disabled, which leads to the transformation of the nature of social interactions and self-attitude of the patients. The process of socialization in cases of pulmonary patients' disease serves as a mechanism of wanting to keep self-identification with the role of a healthy person, or to take the role of the sick and disabled.

Keywords: quality of life, adaptation, transformation of identifications.

Многоплановость подходов к изучению самосознания соматических больных характеризуется общей тенденцией к созданию интегративных и системных моделей [3].

Социально-психологический подход к здоровью по своему теоретическому содержанию и направленности эмпирических исследований наиболее адекватен санцентрической парадигме современной медицины, приходящей на смену патоцентрической парадигме [8].

Социально-психологические теории вносят существенный вклад в изучение здоровья. Интеграция психосоциальных факторов в объяснение болезней в значительной мере связана с работами G.L. Engel [18, 19], которым была предложена биопсихосоциальная модель.

На основе этого подхода, в частности, развивается одна из наиболее популярных концепций – концепция «качества жизни», которая во многих исследованиях рассматривается релевантной здоровью [11].

В качестве анализа социальных факторов в процессе формирования здоровья и отношения к нему обычно рассматривают такие как: возраст [8], пол [5, 12, 21], семейное влияние [12], влияние профессиональной деятельности [12], социально-классовые позиции [20], образование [8], уровень дохода [16].

Исследования социальных факторов здоровья проводятся с использованием понятий образа жизни, уровня жизни, качества жизни, стиля жизни, субъективного благополучия.

В социокультурном аспекте здоровье рассматривается как составляющая удовлетворенности жизнью и субъективного благополучия. Многие современные исследователи относят здоровье к наиболее важным факторам, определяющим субъективное благополучие [1] и позволяющим рассматривать качество жизни как интегральную характеристику жизнедеятельности субъекта и социума [2].

Проблема определения и измерения качества жизни, по мнению Л.А. Фиглина, сводится «к определению и измерению одновременно качества жизни социума в терминах «индивидуалистических» и качества жизни субъекта в терминах социума» [14].

Качество жизни в связи со здоровьем впервые рассмотрел J. Elkinson [17]. В контексте изучения здоровья оно определяется как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от этого [10].

Т.В. Рогачева считает, что оценка качества жизни – это субъективная оценка благополучия [13].

К психологическим механизмам формирования уровня качества жизни принадлежит соотношение между ожиданиями субъекта и его реальными возможностями, связь с индивидуальными мотивами жизнедеятельности [9].

Е.А. Трифонова рассматривает понятие качества жизни на основе концепции психической адаптации и биопсихосоциальной трактовки здоровья и болезни [6].

Оценка качества жизни больными, на наш взгляд, должна анализироваться как субъективная составляющая ситуации болезни, связанная с субъективным оцениванием ситуации.

Рассмотрение качества жизни как проявление механизма социализации связано как с внешними (нормы, традиции, социальные ожидания, выраженные в системе социальных представлений), так и внутренними (структура ценностей) детерминантами, что определяет ее субъектность. В контексте системы отношений оценку качества жизни можно соотнести с понятием удовлетворенности личности [15].

Согласно современным взглядам, основными сферами социализации являются деятельность, общение и самосознание, поскольку основу социализации составляет взаимодействие человека с социальной средой. Это требует изучения оценки качества жизни, включенной в различные системы отношений и взаимоотношений в процессе ее активной деятельности.

Для исследований социализации значима опора на работы С.Л. Рубинштейна и Б.Г. Ананьева. В работах С.Л. Рубинштейна подчеркивается важный вывод о становлении

личности в единстве с переживанием и отношением, которые находят свое воплощение в удовлетворенности собой, жизнью, трудом. Б.Г. Ананьев рассматривает проблему личности с точки зрения жизненного пути [4] в контексте комплексного подхода к изучению человека. В целом личность можно рассматривать как единство, становление которого связано с активным включением человека в различные социальные связи. К основным механизмам социализации относятся: механизм сдвига мотива на цель, механизм идентификации, механизм принятия и освоения социальных ролей.

Шамионов Р.М. определяет удовлетворенность как сложное динамичное социально-психологическое образование, основанное на интеграции когнитивных и эмоционально-волевых процессов, которое характеризуется субъективным эмоционально-оценочным отношением (к себе, социальным отношениям, жизни, труду) и обладающее побудительной силой, способствующей действию, поиску, управлению внутренними и внешними объектами [15].

Нам представляется, что в процессе адаптации к болезни механизмы социализации играют значимую роль, определяя необходимость адаптации к новой социальной роли больного и инвалида. Это приводит к трансформации характера социальных взаимодействий и самоотношения.

В данном исследовании мы рассмотрели особенности оценки качества жизни пульманологических больных и связи этой оценки со структурой идентичности, адаптационными стратегиями, характером семейных отношений.

Были исследованы больные пневмонией (24 человека), больные бронхиальной астмой средней степени тяжести (76 человек) и больные бронхиальной астмой средней и тяжелой степенью тяжести – инвалиды 2 группы (58 человек).

Был использован комплекс методов: методика «Кто Я» М. Куна-Т. Макпартленда, анкета «Представления о здоровом и больном человеке», методика «Незаконченные предложения», методика МИС С.Р. Панталева, опросник психологических защит Келлермана – Плутчика – Конте, «Исследование копинг-стратегий» Лазаруса, методика МЛЮ «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, методика «Шкала семейных отношений», авторская методика ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни.

Для анализа данных были взяты среднеарифметические значения, рассчитаны стандартные отклонения, выявлена достоверность различий между группами согласно Т-критерию Стьюдента с достоверностью 0,05 и 0,01, а также использован метод корреляционного анализа Пирсона с применением компьютерной программы SPSS-19 с достоверностью 0,05.

Анализ выраженности параметров качества жизни показал, что в группе больных

пневмонией было выявлено более высокое качество жизни в сфере социального взаимодействия (16,1/14,9; $T=2,2$; $p<0,05$). Возможно, это свидетельствует о наличии мобилизационного процесса, который заключается в поиске ресурсов для сохранения возможностей преодоления болезни.

У больных пневмонией повышение социального взаимодействия сочетается со значимостью переживания здоровья (0,430), саморуководством (0,438) и самоуважением (0,454), положительной переоценкой событий (0,466) и ориентацией семьи на достижения (0,635), а также повышением других факторов качества жизни. При этом снижается значимость представлений о здоровье как возможности работать (-0,570). То есть, у больных пневмонией социальное взаимодействие связано с самоотношением, опорой на семейные ресурсы и значимостью переживания здоровья и может рассматриваться как дополнительный ресурс выздоровления. Можно сказать, что ситуация острого заболевания у больных пневмонией воспринимается как ситуация особой потребности в отношениях с другими людьми, реализация которой позволяет чувствовать себя здоровым и управляющим событиями.

Анализ выраженности показателей качества жизни у больных бронхиальной астмой по сравнению со здоровыми людьми показал, что у больных бронхиальной астмой достоверно меньше выраженность качества жизни по факторам физического качества жизни (12,1/14,1; $T=5,6$; $p<0,01$), уровня независимости (15,1/16,2; $T=3,5$; $p<0,01$), социального взаимодействия (13,7/14,9; $T=3,1$; $p<0,01$) и общего качества жизни (83,7/88,4; $T=3$; $p<0,01$).

Снижение качества жизни в физической сфере повышают значимость лекарств в сохранении здоровья (0,279) и представления о том, что хотеть быть здоровым неудобно, поскольку в мире много больных (0,230), представление, что на занятия здоровьем не хватает времени (-0,252), усиливает внутренний конфликт (0,230), сочетается со снижением адаптивности (-0,368), отрицания (-0,278) и самоконтроля (-0,293), экспрессивности (-0,330) и ориентацией на активный отдых в семье (-0,273) и других факторов качества жизни, а также негативных аспектов деятельного Я в структуре идентичности (-0,229), повышением замещения (0,236).

То есть повышение качества жизни в физической сфере сочетается с общим оздоровлением отношения к себе, адаптивности и отношения к семье. Меняется отношение к здоровью, они носят характер оправдания нездоровья. Эта же тенденция реализуется в отношении претензий к своей активности.

Снижение качества жизни по фактору уровня независимости сочетается со снижением представления о значимости семейной поддержки для сохранения здоровья (-0,249), внутреннего конфликта (-0,231), самоконтроля (-0,277), возможности позитивно

воспринимать происходящее (-0,285), адаптивности (-0,307), экспрессивности проявлений чувств в семье (-0,482), других факторов качества жизни, негативных самоописаний в отношении собственной активности (-0,244) и значимости преодоления болезни, как перспективы больного человека (-0,298) и повышением субъективного неблагополучия (0,311). По-видимому, у больных бронхиальной астмой снижение удовлетворенности в отношении независимости уменьшает значимость представлений о своих возможностях в преодолении болезни и вместе с тем снижает претензии к себе, что выражается в ослаблении внутреннего конфликта, связанного с недостаточностью активности.

У больных бронхиальной астмой общая удовлетворенность жизнью повышает позитивное самоотношение, субъективное благополучие, возможность переоценивать события, снижает психологические защиты, адаптивность, значимость семейных отношений, другие факторы качества жизни и негативные самоописания себя как деятельного человека и значимости лекарств. То есть удовлетворенность жизнью оздоравливает ситуацию.

Таким образом, восприятие ситуации как позитивной в отношении физического самочувствия, независимости и суицидального взаимодействия является оздоравливающим как в группе здоровых, так и больных бронхиальной астмой. Вместе с тем у больных бронхиальной астмой такое восприятие снижено, и больные не могут во всей полноте воспользоваться этой возможностью. Кроме того, удовлетворенность жизнью в группе больных бронхиальной астмой провоцирует претензии к собственной активности. По-видимому, это значимая ценность, которая рассматривается утраченной в связи с болезнью. Можно сделать вывод, что восприятие ситуации хронического заболевания у больных бронхиальной астмой характеризуется снижением удовлетворенности в физическом благополучии, ощущении своей зависимости и ухудшении качества отношений с социумом.

Анализ различий по факторам качества жизни у больных бронхиальной астмой по сравнению с больными пневмонией обнаруживает снижение качества жизни по тем же характеристикам. Так, у больных бронхиальной астмой значимо меньше выражено качество жизни в физической сфере (12,1/13,9; $T=2,6$; $p<0,05$), сфере независимости (15,1/16,8; $T=2,6$; $p<0,05$), сфере социального взаимодействия (13,7/16,1; $T=3,4$; $p<0,01$), общее качество жизни (83,7/90,9; $T=2,3$; $p<0,05$). Данный анализ выявляет закономерности, сходные с полученными при сравнении показателей в группе больных бронхиальной астмой со здоровыми людьми.

Анализ различий в показателях качества жизни больных бронхиальной астмой – инвалидов 2 группы – выявил снижение показателей в физической сфере (11,5/14,1; $T=4$; $p<0,01$), психической сфере (12,8/14,6; $T=3,2$; $p<0,01$), уровне независимости (13,7/16,2; $T=4,3$; $p<0,01$), уровне благополучия в социальных взаимодействиях (13,2/14,9; $T=2,4$; $p<0,05$) и общем качестве жизни (78,7/88,4; $T=3,5$; $p<0,01$). Это свидетельствует о значимости

фактора инвалидизации в оценке своего благополучия больными.

Корреляционный анализ показал, что снижение удовлетворенности физическим самочувствием в группе инвалидов сочетается со снижением представления, что здоровье – это полноценность (-0,496), которой помогает образ жизни (-0,718), значимости перспектив больного человека (-0,517) и с повышением субъективного неблагополучия (0,599), других факторов качества жизни. Связь физического качества жизни с личностными факторами инвалида значительно снижается по сравнению с больными пневмонией и бронхиальной астмой без инвалидности, прежде всего, за счет отсутствия связи с самоотношением, идентичностью, адаптационными механизмами. Снижение удовлетворенности в сфере физического качества жизни уменьшает значимость здоровья.

Аналогично снижаются корреляционные связи с фактором качества жизни в психической сфере, уровне независимости, социальном взаимодействии и общим качеством жизни.

Снижение качества жизни в психической сфере снижает представление о значимости образа жизни (-0,514) и повышает чувство субъективного неблагополучия (0,572).

Снижение качества жизни в сфере независимости снижает значимость представления об образе жизни как о средстве сохранения здоровья (-0,541) и повышает субъективное неблагополучие (0,531).

Снижение качества жизни в сфере социального взаимодействия снижает представление о значимости работы (-0,481) и образа жизни (-0,643) как средства сохранения здоровья, повышает внутреннюю неустроенность (0,497), субъективное неблагополучие (0,598). Обращает внимание то, что представление о значимости образа жизни снижается при всех видах неудовлетворенности, возможно, это свидетельствует о разочаровании в возможности контролировать свое здоровье.

Снижение общего качества жизни имеет корреляции со снижением значимости социально-психологических проблем больного (-0,489) и его перспектив (-0,470) и значимости представлений об образе жизни для сохранения здоровья (-0,591), а также повышением значимости переживания болезни (0,481).

Таким образом, удовлетворенность жизнью для больных бронхиальной астмой – инвалидов не имеет отношения к восприятию себя и не стимулирует адаптационные механизмы, но при этом связано со значимостью болезни. Снижение качества жизни в этой группе свидетельствует о том, что инвалиды воспринимают ситуацию, как связанную с утратой внутреннего (физического и психического) и внешнего (социального) благополучия и формируют зависимый тип отношений в связи с болезнью.

Сравнительный анализ качества жизни больных бронхиальной астмой, имеющих и не

имеющих инвалидность, показал более низкие показатели у инвалидов в психической сфере (12,8/14,2; T=2; p<0,05). То есть инвалидность присоединяет к имеющимся проблемам снижение качества жизни в психической сфере, что может рассматриваться как результат восприятия утраты своей полноценности.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что ситуация острого заболевания может рассматриваться как ситуация мобилизации за счет активизации отношений с другими людьми, что позволяет чувствовать себя контролирующим происходящее.

Ситуация хронического заболевания характеризуется снижением удовлетворенности в физическом благополучии, ощущением своей зависимости и ухудшением качества отношений с социумом. Следовательно, ее можно рассматривать как ситуацию утраты контроля над качеством своей жизни и свободы проявления своей активности.

Ситуация инвалидизации рассматривается как ситуация разрушения связи самоотношения и адаптации с оценкой качества жизни. В этом случае оценка качества жизни становится декларативной, имеющей коммуникативный характер, который связан с перенесением ответственности за свою жизнь на других людей, что определяется зависимым способом адаптации.

Можно сделать вывод о том, что процесс социализации в ситуациях болезни у пульмонологических больных выступает как механизм трансформации идентичности, обеспечивающий адаптационную функцию. При остром заболевании это выражается в стремлении сохранить идентичность здорового человека, при хронических и особенно инвалидизирующих, в принятии роли больного и инвалида.

Список литературы

1. Авдеева Н.Н., Ашмарин И.И., Степанова Г.Б. Здоровье как ценность и предмет научного знания // Мир психологии. 2000. № 1. С. 68-75.
2. Айвазян С.А. Сравнительный анализ интегральных характеристик качества жизни населения субъектов Российской Федерации. М.: ИЭМИ РАН, 2001. С. 65.
3. Алехин А.Н., Чумакова И.О., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Клинические факторы формирования отношения к болезни у пациентов с фибрилляцией предсердий [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. № 5(19). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 25.09.2014). 0421100116/0051
4. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. Л.: ЛГУ, 1968. 339 с.

5. Боярский А.П., Чернова Т.В. Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качестве медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. 1993. № 7. С. 5-7.
6. Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Ромицына Е.Е., Флерова И.Л. Психологические механизмы адаптации к болезни и качество жизни больных эпилепсией // Качество жизни в психоневрологии: тез. докл. международной конференции. СПб., 2000. С. 38-40.
7. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Качество жизни (QoL): новый инструмент оценки развития детей. СПб., 2001. 200 с.
8. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья: дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1997. 392 с.
9. Зараковский Г.М. Качество жизни населения России: психологические составляющие. М.: Смысл, 2009. 319 с.
10. Кон Я.И., Либис Р. А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. 1993. № 5. С. 66-72.
11. Кром И.Л. Инвалидизация трудоспособного населения при болезнях системы кровообращения как социальный процесс. Саратов: Наука, 2006. 238 с.
12. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006. 607 с.
13. Рогачева Т.В. Смысловая реальность болеющей личности: структурно-функциональный анализ: дис. ... д-ра психол. наук. Томск, 2004. 399 с.
14. Фиглин Л.А. Социальное управление и развитие на основе качества: дис. ... д-ра социол. наук. Саратов, 2003. С. 268.
15. Шамионов Р.М. Внешние и внутренние детерминанты личности в процессе ее социализации: дис.... докт. психол. наук. Саратов, 2002. 362 с.
16. Anderson R. The development of the concept of health behavior and its application in recent research // Health behavior research and health promotion./ Ed. by: R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D.V. McQueen, J. Turner. Oxford. Oxford University Press. 1988. pp. 22-35.
17. Elkinton J. Medicine and the quality of life // Annals Int.Ved. 1996. №64. P. 711 -714.
18. Engel G.L. The biopsychosocial model and medical education: who are to be the teachers? // New England journal of medicine. Vol. 306. No.13. Apr.1. 1982. pp. 802-805.
19. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. Vol. 196. No. 4286. Apr. 8. 1977. pp. 129-136.
20. Pierret J. What social groups think they can do about health // Health behaviour research and health promotion / Ed. by: R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D.V. McQueen, J. Turner. Oxford. Oxford University Press. 1988. pp. 45-52.

21. Waldron I. Gender and health-related behavior // Health behavior: Emerging research perspectives / Ed. by: D.S. Gochman. NY a. L. Plenum Press. 1988. pp. 193-208.

Рецензенты:

Кром И.Л., д.соц.н., профессор Института социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, руководитель Центра медико-социологических исследований, г. Саратов;

Аксеновская Л.Н., д.псих.н., доцент, декан факультета психологии, ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского», г. Саратов.