

УДК 159.96

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ НА СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Кан Ж.И.,
старший преподаватель, КГПИ,
Бойко А.А.,
студентка 4 курса, КГПИ,
г. Костанай, Казахстан

Аннотация

Мақалада 3 топтағы мүгедек адамдардың бейімделу деңгейі қарастырылған практикалық зерттеудің нәтижесі және оның өмірмен жанасуы көрсетілген. Мүгедек, жарымжан адамдардың өмірлерін зерттеу олардың жақсы бейімделуі үшін психотүзету жұмыстарын жүргізуге мүмкіндік туғызады.

Аннотация

В статье рассматриваются результаты практического исследования уровня адаптации инвалидов 3 группы и ее взаимосвязь с оценкой качества жизни. Изучение качества жизни инвалидов позволяет разработать и провести психокоррекционную работу с целью лучшей адаптации инвалидов.

Abstract

In article results of practical research of level of adaptation of disabled people of 3 groups and its interrelation with an assessment of quality of life are considered. Studying of quality of life of disabled people allows to develop and carry out psychocorrectional work for the purpose of the best adaptation of disabled people.

Түйінді сөздер: әлеуметтік-психологиялық бейімделу, мүгедектер, әлеуметтік бейімделудің үдерісі, әлеуметтік сәрсенбі, өмірдің сапасының.

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, инвалиды, процесс социальной адаптации, социальная среда, качество жизни.

Key words: social and psychological adaptation, disabled people, process of social adaptation, social environment, quality of life.

1. Введение.

Проблема социально-психологической адаптации инвалидов очевидна и актуальна по нескольким причинам. Именно в последнее время государство сняло покров таинственности с «запретной» темы тяжелого социального положения инвалидов. Кроме того, инвалидность – это проблема не одного человека и даже не части общества, это проблема всего общества в целом. Существует потребность общества в вовлечении инвалидов в систему общественных отношений, в том числе и производственных, профессиональных, позволяющих сделать инвалида полноправным членом общества. Главное в работе с этой категорией людей – помочь их социальной адаптации, сформировать положительное отношение к жизни, обществу, труду, деятельности. Поэтому важными здесь являются привитие навыков хозяйственно-бытового труда, социально-бытовая ориентировка и профессиональная ориентация.

Социальная адаптация – сложный и многоуровневый процесс, который осуществляется в различных сферах деятельности человека и общества. Характер взаимодействия среды и личности (пассивное приспособление или взаимная встречная активность индивида) определяется различными факторами. Важнейший из них – личностное начало, способность субъекта к деятельностной самооценке и оценке объективных условий (социальной среды). Процесс социальной адаптации начинается с установления личностью или группой того факта, что усвоенные в предыдущей деятельности поведенческие образцы не способствуют достижению успеха и необходимо перестраивать свое поведение в соответствии с требованиями новой социальной среды. В ходе этой перестройки личность выступает как активное начало, она и усваивает, и изменяет социальную среду. Следует различать адаптацию как процесс и адаптированность как результат, итог процесса адаптации (Витенберг Е.В., 1994).

Сахарный диабет является распространенным эндокринным заболеванием, занимающим третье место среди причин летальности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Значение сахарного диабета определяется не только его большой и всевозрастающей распространенностью (в промышленно развитых странах его распространенность достигает 5–6%), сохраняющейся тенденцией к дальнейшему увеличению числа больных (рост заболеваемости 5–7% в год), но и тем ущербом, который наносит сахарный диабет обществу как хроническое заболевание. Увеличение количества больных сахарным диабетом приобрело характер «неинфекционной эпидемии». Высокая социальная значимость сахарного диабета состоит в том, что он приводит к ранней инвалидизации, которая обусловлена наличием поздних сосудистых осложнений: микроангиопатии (ретинопатия и нефропатия) и макроангиопатии (инфаркт миокарда, инсульт, гангрена нижних конечностей), нейропатии. Преобладающее большинство инвалидов (85–89%), страдающих сахарным диабетом, составляют лица трудоспособного возраста. Чрезвычайная распространенность заболевания требует совершенствования методов его ранней диагностики и широкого проведения профилактических мероприятий. Отмечается необходимость изучения влияния неблагоприятных социально-психологических факторов на возникновение и течение сахарного диабета. Нарушения в психической сфере, среди которых преобладают расстройства адаптации, невротоподобные, аффективные нарушения, расстройства личности, являются важной составной частью клинических проявлений этого тяжелого заболевания (Елфимова Е.В., 2003).

Качество жизни, по определению ВОЗ, – это «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума». Изучение качества жизни позволяет определить факторы, которые способствуют улучшению жизни и обретению ее смысла. Понятие «качество жизни» используется очень широко, но оно не имеет общепризнанной формализованной структуры и стандартного набора индикаторов. Приоритеты зависят от потребностей людей, тесно связанных с уровнем развития стран и регионов, поэтому критерии оценки качества жизни не совпадают для развитых и развивающихся стран. Оценки качества жизни сложны не только из-за многомерности этого понятия. Для разных групп населения представления о качестве жизни различны, и они выявляются через

субъективные оценки. В западных исследованиях сочетаются объективные (статистические) и субъективные измерения, основанные на регулярных массовых опросах населения или оценках экспертов. Такие компоненты, как социальные связи, семейные ценности, политическая и социальная стабильность, могут оцениваться только субъективно, так как объективных критериев не существует.

Учет такого показателя, как качество жизни, позволит добиться наилучших результатов при психотерапии сахарного диабета, целью которой является сохранение и укрепление здоровья в условиях психоэмоционального и социального благополучия. Кроме того, удовлетворенность своей жизнью является одним из важных сторон адаптированности инвалидов.

2. Материалы и методы.

Выборка состояла из 26 инвалидов третьей группы мужского и женского пола в возрасте от 35 до 40 лет, с диагнозом «сахарный диабет первой степени, инсулинозависимый». Длительность заболевания – от 10 до 15 лет. Инвалидность получена в течение последних 5–8 лет. Трудовой деятельностью занимаются 23 больных (88,5 %), из них преимущественно умственным трудом – 15 больных (57,7%), физическим трудом – 8 больных (30,8%).

Методы и приемы исследования: беседа, наблюдение, констатирующий эксперимент, методы первичной и вторичной математической статистической обработки. Группу психодиагностических методов составляют многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, опросник оценки состояния адаптированности личности К. Роджерса, личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), опросник «Оценка качества жизни» (SF-36).

3. Результаты и обсуждение.

На начальном этапе практической работы в эксперименте принимали участие 34 человека. В результате проведенного исследования по методике «Адаптивность» сформированы две группы: первая группа (контрольная) - 14 человек, испытуемые с высокими адаптационными способностями; вторая группа (экспериментальная) - 12 человек, испытуемые с низкими адаптационными способностями. Инвалиды со средними значениями адаптации участие в дальнейшем исследовании не принимали (8 человек). В таблице 1 и Рис. 1 приведены данные математической обработки результатов диагностики по методике «Адаптивность».

Таблица 1.
Статистические показатели МЛО «Адаптивность» (по группам)

Группы	ЛАП	ПР (НПУ)	КП	МН
Экспериментальная	7,2	7,5	6,9	5,4
Контрольная	4,1	4,2	3,8	4,2
t-критерий Стьюдента	2,16	2,64	2,39	1,82

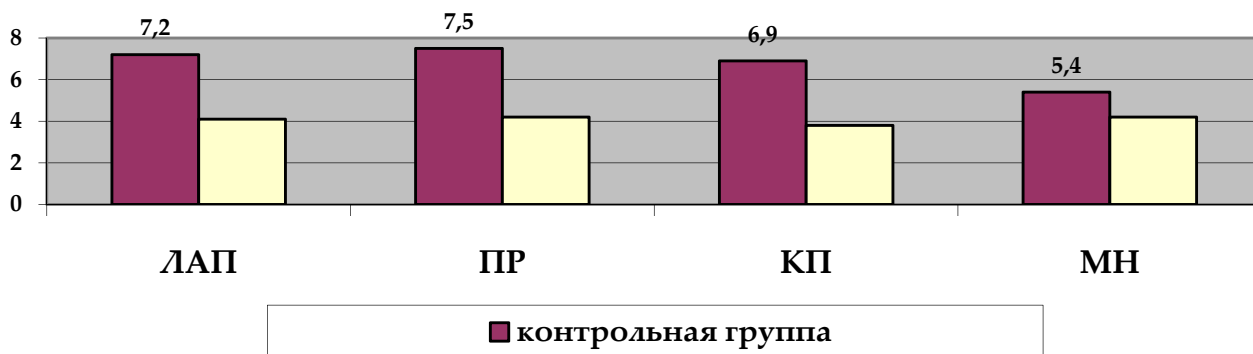


Рис. 1. Сравнительные значения результатов МЛО «Адаптивность»

Инвалиды контрольной группы с высокими показателями по личностному адаптационному потенциалу обладают высоким уровнем нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции, имеют адекватную самооценку, адекватное восприятие действительности, обладают средним и высоким уровнем социализации, адекватно оценивают свою роль в социальном окружении, ориентируются на соблюдение общепринятых норм поведения, легко устанавливают контакты с окружающими, не конфликтны. У испытуемых второй группы наименьшие показатели по уровню личностного адаптационного потенциала (ЛАП), поведенческой регуляции (ПР) и коммуникативного потенциала (КП). Процесс адаптации протекает тяжело, возможны нервно-психические срывы, длительные нарушения функционального состояния. Лица этой группы обладают низкой нервно-психической устойчивостью, конфликтны, часто инфантильны, у них отсутствует адекватность самооценки. Низкий уровень коммуникативных способностей, затруднение в построении контактов с окружающими, проявление агрессивности. Они входят в группу риска, как плохо адаптирующиеся к изменяющимся условиям, требуют повышенного внимания и создания условий для более мягкого протекания адаптационного процесса. Анализ результатов опросника оценки состояния адаптированности личности К. Роджерса позволит выявить сферы неудовлетворенности испытуемых двух групп (Таблица 2; Рис. 2).

Таблица 2.
Статистические показатели опросника
оценки состояния адаптированности личности

Группы	Неудовлетворенность			
	собой	ситуацией	положением в сфере общения	Деятельностью
Экспериментальная	4,6	5,4	5,6	5,9
Контрольная	7,0	8,4	7,8	7,2
t-критерий Стьюдента	6,2	5,3	4,68	4,6

Испытуемые экспериментальной группы испытывают неудовлетворенность собственной личностью. Это выражается в склонности к самобичеванию, пассивному отношению к процессу установления межличностных контактов, что резко затрудняет процесс адаптации. Собственное поведение вызывает у них недовольство, но не вызывает желания изменить себя; неудовлетворенность респондентов экспериментальной группы по всем шкалам методики значительно превышает соответствующие показатели контрольной группы: во всех сферах данная группа испытуемых переживает трудности, для преодоления которых необходимо специальное обучение навыкам эффективного поведения под руководством психолога. На Рис. 2 видна разница в результатах оценки состояния адаптированности личности испытуемых контрольной и экспериментальной групп.

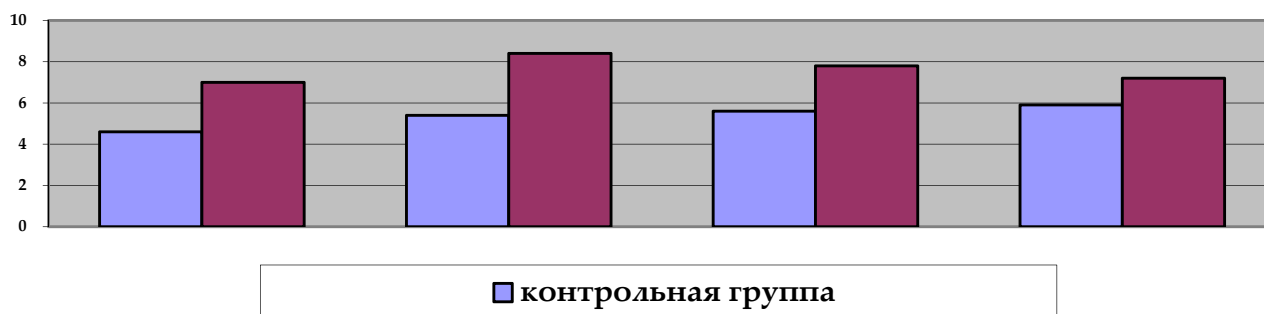


Рис. 2. Сравнительные значения состояния адаптированности личности

Неудовлетворенность каждой из сфер в жизни инвалидов второй группы обусловлена неудачами в этой сфере. Так, неудовлетворенность собой понижает самооценку, что приводит к сложностям во взаимоотношениях с окружающими. Неудовлетворенность ситуацией и положением в обществе вызывается неудачами самореализации в общении с социальным окружением. Неудовлетворенность деятельностью вызывает трудности выполнения своих функциональных обязанностей. Проанализировав картину неудовлетворенности испытуемых обеих групп разными сторонами процесса адаптации, мы обнаружили, что трудности процесса адаптации зависят не только от направленности, но и от вида выбранной стратегии адаптивного поведения. При этом неудовлетворенность во многих сферах жизни статистически выше у неработающих инвалидов.

Изучение типов реакций на болезнь с помощью опросника ЛОБИ показало, что в группе инвалидов с высокими адаптационными способностями лишь в 30 % случаев были диагностированы реакции на болезнь, нарушающие социальную адаптацию (преимущественно сенситивный тип в сочетании с тревожным или обсессивным). Таким испытуемым свойственны чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Они высказывают опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. В связи с этим – боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны. Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют больше, чем реальные. Качественный анализ показал, что в основном эти реакции свойственны неработающим и неженатым (незамужним) инвалидам.

В 40% выявлен гармонический тип и в 3 % – тип реакции не определялся (смешанный). Гармонический тип реагирования характеризуется трезвой оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела. Таким образом, у 70 % инвалидов первой группы нарушений социальной адаптации не выявлено.

Связь низкого уровня социальной адаптации у инвалидов второй группы с высоким уровнем тревоги и депрессии была отмечена в подавляющем большинстве случаев (80 %). Преобладает неврастенический тип реагирования на болезнь в сочетании с тревожным и ипохондрическим, который характеризуется изменением социальных отношений «врач – больной» и «больной – родственник» в зависимости от течения болезни. Поведение у таких больных построено по типу «раздражительной слабости»: характерны вспышки раздражения, которое нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами, присутствуют непереносимость тягостных ощущений, нетерпеливость и неспособность к ожиданию. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность - как следствие этой тревоги. Ипохондрия проявляется в сосредоточении на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, стремлении постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

С меньшей частотой встречались анозогнозический (20%), эйфорический (16%), сенситивный (16%), паранойяльный (12%), эргопатический (8%), апатический (4%), обсессивно-

фобический (4%), эгоцентрический (4%) типы отношений к болезни. Гармоничный тип диагностировался у 12% опрошенных (с учетом выявления смешанных типов реагирования на болезнь). У женщин преобладали неврастенический, тревожный и сенситивный типы, у мужчин помимо неврастенического – анозогнозический и эйфорический. Можно говорить о том, что мужчины более склонны отрицать случившееся с ними. Их поведение характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицанием очевидного в проявлениях болезни, приписыванием их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям, отказом от обследования и лечения, желанием «обойтись своими средствами» (Таблицы 3, 4).

Таблица 3.
Статистические показатели методики ЛОБИ (контрольная группа)

Тип реакции на болезнь	X	s	m	As
1. Гармоничный (Г).	7,3	2,12	0,54	-0,117
2. Тревожный (Т).	7,1	4,03	1,27	-1,325
3. Ипохондрический (И).	3,4	0,64	2,72	0,547
4. Меланхолический (М).	3,1	1,85	1,14	1,117
5. Апатический (А).	3,2	3,72	4,17	0,846
6. Неврастенический (Н).	4,1	1,98	0,76	0,258
7. Obsessивно-фобический (О).	5,6	3,21	1,62	1,286
8. Сенситивный (С).	5,8	4,12	4,26	-0,764
9. Эгоцентрический (Я).	2,8	1,87	0,61	0,835
10. Эйфорический (Ф).	4,7	0,76	3,17	1,117
11. Анозогнозический (З).	3,8	0,76	2,62	0,472
12. Эргопатический (Р).	3,1	0,76	3,17	1,117
13. Паранойальный (П).	3,8	0,76	2,62	0,472

Таблица 4.
Статистические показатели методики ЛОБИ (экспериментальная группа)

Тип реакции на болезнь	x	s	m	as
1. Гармоничный (Г).	5,1	1,82	2,15	0,324
2. Тревожный (Т).	7,6	0,97	0,25	-2,171
3. Ипохондрический (И).	7,2	2,10	1,83	-1,247
4. Меланхолический (М).	3,3	0,34	3,17	2,732
5. Апатический (А).	3,8	1,17	1,65	0,712
6. Неврастенический (Н).	7,8	3,24	0,37	-1,895
7. Obsessивно-фобический (О).	3,8	1,73	2,31	0,436
8. Сенситивный (С).	5,5	1,51	0,65	0,341
9. Эгоцентрический (Я).	3,1	0,71	2,62	2,132
10. Эйфорический (Ф).	5,5	2,77	0,53	1,172
11. Анозогнозический (З).	5,8	1,23	2,17	1,428
12. Эргопатический (Р).	4,9	3,54	0,65	0,752
13. Паранойальный (П).	5,1	0,71	2,62	2,811

Статистический анализ показал, что в контрольной группе отрицательная асимметрия по шкалам «Гармоничный», «Тревожный» и «Сензитивный» типы отношения к болезни, в группе – также отрицательная асимметрия по шкалам «Тревожный», «Ипохондрический» и «Неврастенический» типы отношения к болезни. У инвалидов с такими типами отношения к болезни существует тенденция к повышению результатов.

В группе инвалидов с высоким уровнем адаптации большие значения дисперсии по шкалам «Тревожный» и «Сензитивный» типы. В группе инвалидов с низким уровнем адаптации показатели дисперсии и среднего отклонения в пределах нормального распределения.

Проверка t-критерием Стьюдента показала статистически значимые различия по шкалам «Гармонический», «Ипохондрический», «Неврастенический», «Обсессивно-фобический», «Анозогнозический», «Паранойяльный» типы отношения к болезни (соответственно $t=4,01$; $t=3,87$; $t=4,27$; $t=5,11$; $t=3,57$; $t=4,02$). По остальным шкалам различия незначительные (Рис. 3).

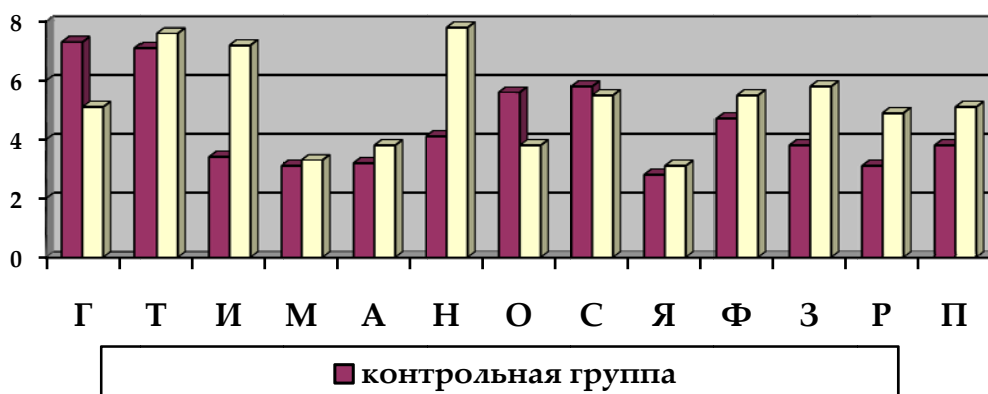


Рис. 3. Сравнительные значения опросника ЛОБИ

Качество жизни больных оценивалось с помощью опросника SF-36 по следующим показателям: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность, или витальность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). Статистический анализ показал, что в группе «А» достаточно высокие значения по шкалам «Физическое функционирование», «Жизненная энергия (витальность)», «Социальное функционирование», «Умственное здоровье». Эти показатели свойственны работающим инвалидам, находящимся в постоянном социальном контакте с окружающими их людьми. Отмечена отрицательная асимметрия по шкале «Социальное функционирование». Инвалиды этой группы самостоятельно обслуживают себя, оценивают свое здоровье как удовлетворительное, социально активны, жизнеспособны, обладают положительным эмоциональным фоном. У большинства инвалидов с низкой адаптивностью (группа «В») отмечается снижение показателей общего здоровья и витальности. Это указывает на стойкую астенизацию данной группы больных, что влечёт за собой их социальную дезадаптацию.

Результаты обследования представлены в Таблицах 5, 6 и Рис. 4.

Таблица 5.
Статистические значения опросника оценки качества жизни «SF-36»
(контрольная группа)

Качество жизни	X	s	m	As
Физическое функционирование	4,1	0,90	1,77	0,49
Ролевое физическое функционирование	3,8	1,12	2,06	0,27
Боль	3,7	1,48	1,92	0,38
Общее здоровье	3,8	1,29	2,17	1,56
Жизнеспособность (витальность)	4,2	0,37	1,62	0,76
Социальное функционирование	4,3	1,18	0,73	-0,59
Ролевое эмоциональное функционирование	3,7	0,54	1,78	1,35
Психическое здоровье	4,1	2,11	1,54	0,87

Таблица 6.
Статистические значения опросника оценки качества жизни «SF-36»
(экспериментальная группа)

n-12	X	s	m	As
Физическое функционирование	3,3	3,35	6,27	1,474
Ролевое физическое функционирование	2,9	0,53	3,12	0,431
Боль	4,3	3,21	4,34	-0,67
Общее здоровье	2,3	1,96	2,30	1,56
Жизнеспособность (витальность)	2,7	4,86	6,13	2,18
Социальное функционирование	3,2	1,81	0,46	1,71
Ролевое эмоциональное функционирование	4,8	3,01	2,12	-0,65
Психическое здоровье	3,5	6,37	1,64	0,32

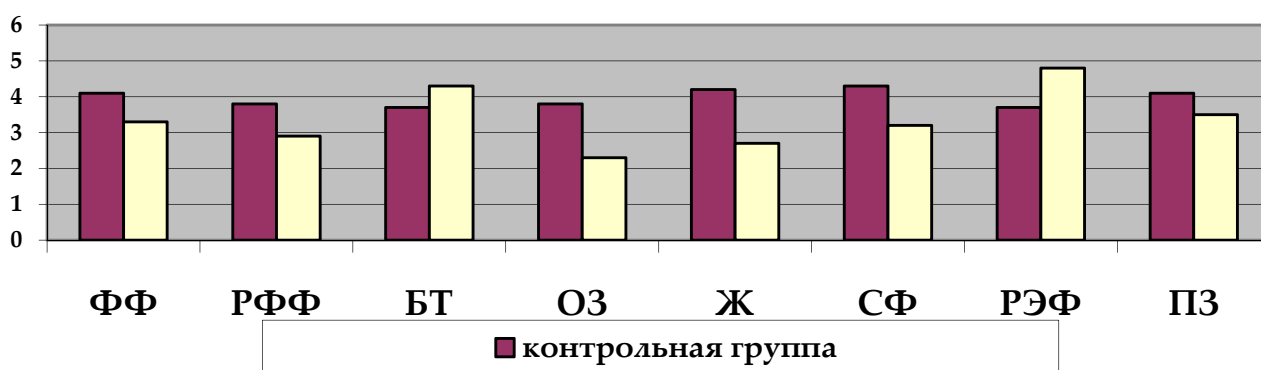


Рис. 5. Гистограмма значений опросника оценки качества жизни

Корреляционный анализ показал, что физическое функционирование ($p=0,01<0,05$; $p=0,01<0,05$), общее состояние здоровья ($p=0,008<0,05$; $p=0,038<0,05$), жизнеспособность (витальность) ($p=0,04<0,05$; $p=0,04<0,05$), ролевое эмоциональное функционирование (эмоциональная роль) ($p=0,0007<0,05$; $p=0,0004<0,05$), социальное функционирование ($p=0,002<0,05$; $p=0,001<0,05$) и психическое здоровье ($p=0,02<0,05$) были статистически достоверно ниже в группе «В», при повышенных показателях интенсивности боли ($p=0,002<0,05$; $p=0,0001<0,05$).

Низкие показатели по данным шкалам характеризуют испытуемых как имеющих более значимое ограничение повседневной деятельности, связанное с эмоциональным состоянием, с наличием более выраженных депрессивных и тревожных переживаний. Наличие болевого синдрома сильнее ограничивало способность активно заниматься повседневной деятельностью у инвалидов группы «В», чем в контрольной группе. Они хуже оценивают общее состояние своего здоровья и перспективы лечения, значительно больше ограничены в социальных контактах и общении в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Это связано с преобладающими неприятными ощущениями (болевым синдром), страхами, опасениями, связанными с невозможностью реализации себя как личности, потерей лидерства в семье, профессиональной непригодностью и разрывом привычных социальных связей.

Инвалиды двух групп с умеренной и легкой депрессией (шкала «Психическое здоровье» методики «SF-36») имели более низкие значения по следующим шкалам: интенсивность боли, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье. У испытуемых с тяжелой депрессией (3 человека) статистический анализ не проводился из-за их малого числа. У пациентов с низкими значениями депрессии статистически значимых различий между группами получено не было ($p<0,05$).

Следовательно, психологический компонент качества жизни и входящие в него составляющие постепенно нарастают по мере уменьшения тревожно-депрессивного синдрома. Причем переход уже в умеренный уровень личностной тревожности и депрессии приводит к увеличению психологического компонента качества жизни. Высокие уровни депрессии и тревожности, с одной стороны, являются отражением современного этапа развития общества, с другой – реакцией на инвалидность и возникшую социальную дезадаптацию, но в итоге снижают физическую и психологическую составляющие качества жизни и ухудшают исход заболевания, являясь мощным ограничителем в адаптации.

Качество жизни у испытуемых обеих групп не зависело от половой принадлежности и возраста ($p > 0,05$).

Медицинские аспекты качества жизни включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения физической и психической активности, а также лечения на повседневную жизнедеятельность больного. В ряде случаев психологические и социальные проблемы для больных с сахарным диабетом являются более серьезными, чем сформировавшийся неврологический дефицит. По данным нашего исследования, снижение качества жизни пациентов отмечалось в 80% наблюдений, то есть большинство инвалидов экспериментальной группы выражали неудовлетворенность своим состоянием.

В качестве основных предикторов, способствующих снижению качества жизни у испытуемых, можно считать необходимость постоянного приема сахароснижающих препаратов, ежедневной инсулинотерапии (что связано с физической болью) и ограничение социальной, физической и эмоциональной нагрузки, что в свою очередь отражалось на уровне социально-бытовой адаптации. Установлена статистически значимая связь показателей качества жизни с эмоциональными расстройствами пациентов. Так, по данным нашего исследования, формирование низкого уровня качества жизни связано, прежде всего, с расстройствами эмоциональной сферы (шкала «Ролевое эмоциональное функционирование»).

Исследование психологических механизмов адаптации открывает новые перспективы в реабилитации и психотерапии больных с сахарным диабетом. Исследование личностных и средовых ресурсов как относительно стабильных характеристик индивида, которые используются больными для преодоления болезни, позволит эффективнее предотвращать рецидивы, формировать более продолжительные ремиссии и разработать новые психокоррекционные подходы, базирующиеся на копинг-теории.

4. Выводы.

В ходе эмпирического исследования нами были обследованы инвалиды с диагнозом «Сахарный диабет первой степени, инсулинозависимый» с разным уровнем адаптации. Полученные результаты позволяют нам сделать следующие выводы:

1. Инвалиды с низким уровнем адаптации испытывают неудовлетворенность собственной личностью. У них доминирует пониженный фон настроения, повышен уровень тревожности и депрессии, низкая самооценка. В группе инвалидов с высокими адаптационными способностями, низкими показателями тревоги и депрессии лишь в 30% случаев были диагностированы реакции на болезнь, нарушающие социальную адаптацию.

2. У инвалидов экспериментальной группы преобладает неврастенический тип реагирования на болезнь в сочетании с тревожным и ипохондрическим, при этом мужчины в сравнении с женщинами более склонны к отрицанию своей болезни. Отмечается снижение показателей общего здоровья и витальности. Это указывает на стойкую астенизацию, что влечёт за собой социальную дезадаптацию.

3. Высокие уровни депрессии и тревожности, социальной фрустрированности снижают физическую и психологическую составляющие качества жизни и ухудшают исход заболевания, являясь мощным ограничителем в адаптации. Качество жизни у испытуемых обеих групп не зависело от половой принадлежности и возраста.

4. Обнаружена связь между дезадаптивным типом отношения к болезни и социальным статусом: неадекватный способ реагирования на болезнь может быть обусловлен неуверенностью пациента в социально-трудовой адаптации.

5. Инвалиды, продолжающие трудовую деятельность, обладают более выраженными адаптационными способностями.

Список литературы

Витенберг Е.В. Социально-психологические факторы адаптации к социальным и культурным изменениям. – СПб, 1994.

Елфимова Е.В. Соматические маски психических расстройств у больных сахарным диабетом // Вестник РУДН. Серия «Медицина». – 2003. – № 5 (24). – 74–78.