

Министерство образования и науки Российской Федерации  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«Саратовский национальный исследовательский государственный  
университет им. Н.Г. Чернышевского»

**«СПЕЦИФИЧНОСТЬ АДАПТАЦИИ РЕВМАТОИДНЫХ  
БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕМЕЙНОГО КОПИНГА»**

АВТОРЕФЕРАТ  
ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ БАКАЛАВРА  
студента 4 курса  
направления 37.03.01 «Психология»  
факультета психологии  
Кафедра консультативной психологии  
Гельмут Юлии Викторовны

**Научный руководитель**

к. псих.н., доцент

М.М. Орлова

**Зав. кафедрой,**

д. псих. н., профессор

Т.В. Белых

**Саратов-2016 г.**

## **ВВЕДЕНИЕ**

В последнее время роль семьи в преодолении трудной жизненной ситуации, особенно связанной со здоровьем ее членов, изучается наиболее активно. Для адаптации к трудной жизненной ситуации человек обращается к разным механизмам. Одним из таких механизмов может выступать семейная поддержка, причем семья может выступать как ресурсом в преодолении трудностей, так и источником проблем.

Особенно остро эта проблема стоит в период адаптации одного из членов семьи к тяжелому соматическому заболеванию. Актуальность поставленной проблемы обусловлена, прежде всего, тем, что человек, оказавшись в ситуации болезни, нуждается в социальной поддержке.

Актуальность проблемы обусловила выбор темы выпускной квалификационной работы «Специфичность адаптации ревматоидных больных в зависимости от семейного копинга».

**Объектом нашего исследования** выступает процесс адаптации больных ревматоидными заболеваниями к ситуации болезни.

**Предмет исследования** – семейный копинг характерный для семейных отношений больных артритом и артрозом в ситуации болезни.

**Цель работы** – выявить значение семейного копинга в адаптации больных артритом и артрозом.

В качестве **гипотезы исследования** было выдвинуто предположение о том, что больные артрозом больше нуждаются в семейной поддержке, в связи с тем, что артроз связан с разрушением суставов, не поддается лечению, что инвалидизирует больного.

В соответствии с целью в работе решались **следующие задачи**:

1. Сбор экспериментальных материалов по выбранной проблематике, с использованием трех методик : «Шкала семейного окружения», «Способы

2. совладающего поведения» Лазаруса, «Методика исследования самооотношения»

3. Анализ полученных результатов, с применением Т-критерия Стьюдента и корреляционного анализа.

4. Описать полученные результаты.

5. Определить роль семейного копинга в адаптации ревматоидных больных в ситуации болезни.

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования:** изучение научной литературы по проблеме исследования, сравнительно-сопоставительный анализ, систематизация и обобщение полученной информации; наблюдение, беседа, анкетирование; количественный и качественный анализ данных исследования.

**Научная новизна** состоит в том, что впервые исследовалась роль семейного копинга в адаптации ревматоидных больных

**Практическая значимость** состоит в определении значимости механизмов семейного копинга и использовании этих данных в психологическом сопровождении больных.

**Методологической основой исследования** являются труды психологов по проблеме:

- исследования адаптации (Ю.А. Александровский, Воробьев, В.М., Березин Ф.Б., Константинов, В. В.)

-определения ситуации болезни (М.М. Орлова)

-исследования семейного копинга в ситуации болезни (М.М. Орлова, т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк)

**База исследования:** Государственное учреждение здравоохранения «Диагностический центр Саратовской области»

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Основу нашей работы составили исследования, проводимые в диагностическом центре города Саратова. Испытуемыми стали больные ревматоидными заболеваниями. Артрит–системное заболевание соединительной ткани, проявляющееся главным образом хроническим воспалением суставов. Поражаются, как правило, голеностопные суставы, суставы лодыжек, коленей и кистей рук. Артроз – это заболевание суставов, считающееся дистрофическим и связанное с медленным разрушением хряща внутри сустава. При артрозе с течением продолжительного времени возникают изменения, перестройка суставных концов костей, идут воспалительные процессы и происходит дегенерация околоуставных тканей.

В группу испытуемых вошли как мужчины, так и женщины в возрасте от 35 до 65 лет. Все опрошенные состоят в браке, имеют детей.

Характеристики методик:

1.«Шкала семейного окружения» (см. приложение 1)

Это просник, предназначенный для диагностики микросоциального климата в семьях. Шкала разработана в 1974 году R. H. Moos, на русском языке адаптирована С. Ю. Куприяновым в 1985 году. ШСО была создана для измерения трёх основных компонентов функционирования семейной системы: отношения, личный рост и управление системой. Каждый компонент, в свою очередь, содержит несколько шкал: сплоченность, экспрессивность, конфликт, независимость, ориентация на достижения, интеллектуально – культурная ориентация, ориентация на активный отдых, морально – нравственные аспекты, организация, контроль .

Для анализа данных был использован метод корреляционного анализа Пирсона с применением компьютерной программы SPSS-19 с достоверностью 0,05.

2.Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса (см. приложение 2)

Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий.

Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга.

Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году, дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Е.Р. Исаевой, Е.А. Трифоновой, О.Ю. Щелковой, М.Ю. Новожиловой.

Опросник состоит из 50 утверждений, группируемых в 8 шкал: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство–избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

3.Методика исследования самоотношения С.Р. Пантелеева. ( см. приложение 3)

Методика предназначена для выявления структуры самоотношения личности, а также выраженности отдельных компонентов самоотношения: закрытости, самоуверенности, саморуководства, отраженного самоотношения, самооценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения.

Многомерный опросник исследования самоотношения создан С.Р.Пантелеевым в 1989 году, содержит 110 утверждений распределенных по 9 шкалам: открытость, самоуверенность, саморуководство, зеркальное Я, самооценность, самопринятие, самопривязанность, конфликтность, самообвинение.

По результатам выявлено, что различий по выраженности показателей шкал по методикам «Способы совладающего поведения» и «Методика исследования самоотношения» между группами не обнаружилось. В зоне значимости находятся различия по методике «Шкала семейного окружения» по шкале «морально – нравственный аспект». В двух группах различаются средние значения по степени семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям. В группе больных артритом средний показатель составил 5,2, в группе больных артрозом – 6,2. Больные второй группы больше отдают предпочтение нравственным ценностям и положениям. Далее рассмотрим различия во взаимовлиянии, которые у нас получились .

Согласно методике «Шкала семейного окружения», «сплоченность» в семьях больных артритом и артрозом относительно высокая. Для больных артритом характерно решение проблем внутри семьи, не опираясь на прошлый опыт. А для больных артрозом характерно самостоятельное решение проблем за счет поддержки семьи.

«Экспрессивность» в этих группах различается не значительно. И больные артритом, и больные артрозом в равной степени могут открыто действовать и выражать свои чувства в семье. В группе больных артрозом выявлено больше корреляций, что указывает на зависимость отношения к самому себе от взаимодействия внутри семьи.

В ситуации конфликта для больных артритом свойственно сдерживание эмоций, а для больных артрозом характерна активность в поведении, которая не всегда обладает целенаправленностью.

Независимость от семьи проявляется в большей степени у больных артритом. Они чувствуют себя самостоятельными за пределами семьи, что в свою очередь не появляется у больных артрозом, более зависимых от семейного окружения.

Предписывание характера достижения какой-либо деятельности у больных артритом вызывает повышенную закрытость, проявляется страх не показать хороший результат. У больных артрозом, наоборот, повышается чувство ответственности, желание быть лучшим.

Степень активности членов семьи в интеллектуальной и культурной сферах у больных артритом и больных артрозом почти одинакова. У больных артритом наблюдается наличие изменений личности в себе, а для больных артрозом - изменение в структуре социальных отношений.

Чем больше семья ориентирована на активный отдых, тем лучше себя в ней чувствуют больные артрозом. Для больных артритом этот фактор менее значим, проявляется ценность собственного «Я».

Степень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям у больных артритом ниже, чем у больных артрозом. У больных артрозом проявляется необходимость поддержки со стороны окружающих.

Организация в семье важна для больных артритом и для больных артрозом. Но при возникновении проблем и конфликтных ситуаций у первых проявляются личностные изменения, а у вторых – изменения внутри в семье.

Контроль отношений внутри семьи свойственен для обеих групп. Но у больных артритом это влечет проявление чувств и эмоций, а у больных артрозом снижается активность, они чувствуют себя менее самостоятельными внутри семьи.

По методике «Способы совладающего поведения» мы выявили:

при проявлении такой стратегии поведения как «конфронтация» больные артритом пытаются выйти из проблемной ситуации, разрабатывая план действий. У больных артрозом наблюдается изменение внутриличностных механизмов.

По шкале «дистанцирование» корреляций больше в группе больных артрозом. Больные артритом пытаются приспособиться к трудной жизненной

ситуации. Для больных артрозом характерно обвинение себя в возникновении заболевания.

При наличии самообладания у больных обеих групп проявляется чувство значимости перед окружающими людьми, в частности перед своей семьей. Также происходят личностные изменения.

Представители обеих групп ищут социальную поддержку. Больные артритом прибегают также к разным стратегиям поведения при болезни, больные артрозом ищут ресурсы в себе для преодоления болезни. Также заметны изменения внутриличностных конструктов.

Если больные признают свою роль в возникновении заболевания, то они пытаются отрицать эту проблему. При этом наблюдается страх того, что они потеряют свою значимость перед окружающими их людьми.

При проявлении такой стратегии как «бегство-избегание» больные артритом пытаются отрицать болезнь за счет ее положительного переосмысления. В группе больных артрозом за счет отрицания проблемы, возникает представление о неодобрении со стороны окружающих .

Больные артритом пытаются решить проблемные ситуации опираясь на прошлый опыт. Больные артрозом надеются на то, что в трудной ситуации им помогут окружающие их люди.

Больные артритом могут рассматривать болезнь как стимул для личностного роста, раскрывая при этом свои возможности. Больные артрозом отрицают свою роль в возникновении заболевания.

По «Методике исследования самоотношения» были выявлены следующие результаты:

Проявление замкнутости у больных артритом влечет за собой проявление уверенности в себе и самостоятельности в решении проблем, а у больных артрозом наблюдается сопротивление трудностям и отрицание проблем.



Самоуверенность у больных артритом проявляется в высокой степени. Это помогает противостоять внешним обстоятельствам. У больных артрозом уверенность в себе появляется лишь при поддержке окружающих людей.

«Саморуководство» свойственно обеим группам. В первой группе проблемы решаются за счет снижения ее значимости, а во второй группе больные пытаются решить конфликтную ситуацию, но у них появляются сомнения и несогласия с самим собой, что ведет к возникновению внутреннего конфликта.

У больных артритом характерна ориентированность на взаимодействие с другими людьми при решении проблем, больные артрозом пытаются перенести вину в возникновении заболевания на других людей.

Больные обеих групп стремятся сохранить свои качества в неизменном виде, так как оценивают их достаточно высоко.

Больные артритом планируют собственные действия с учетом объективных условий, а больным артрозом свойственна эмоциональная вовлеченность в проблему.

Больные артритом принимают ответственность за возникновение заболевания и пытаются решить эту ситуацию. В случае возникновения сомнений проявляются отрицательные эмоции в адрес своего «Я». Больные артрозом не предпринимают попыток разработать план действий для выхода из сложившейся ситуации, при этом отрицательные эмоции направлены на семью.

Больные обеих групп проявляют стремление измениться в лучшую сторону, пытаясь избавиться от своих недостатков.

Таким образом, по результатам трех методик мы получили следующие выводы:

Больные артритом не разрабатывают план решения проблемы. Для них характерно сдерживание эмоций. При возникновении конфликтных ситуаций и способов их решений наблюдаются внутриличностные изменения. Больные артритом адаптируются к трудным жизненным ситуациям за счет

различных стратегий поведения. Пытаются отрицать проблему за счет ее положительного переосмысления. Больные артритом более самостоятельны, опираются на себя, на свой прошлый опыт. Зависимости от семьи не наблюдается. Больные более ориентированы на ценность собственного «Я», чем на семью. При участии семьи в жизни больных повышается закрытость личности. Решая проблему в одиночку, они чувствуют себя более уверенными. Эта уверенность им помогает противостоять внешним обстоятельствам. Больные не обвиняют семью в возникновении заболевания.

При возникновении заболевания у больных артрозом наблюдаются внутриличностные изменения. Если они самостоятельно не могут разрешить проблемную ситуацию – то у них развивается внутренний конфликт. Характерно решение проблем за счет поддержки семьи. Отношение к себе складывается в зависимости от взаимодействия внутри семьи. Зависимы от семейного окружения. Больные артрозом надеются, что в трудной жизненной ситуации им помогут окружающие люди. Перед своей семьей стараются быть лучшими. При возникновении конфликтных ситуаций наблюдаются изменения внутри семьи. Больные не чувствуют себя самостоятельными. Отрицают свою роль в возникновении заболевания. Отрицательные эмоции направлены на семью.

Полученные результаты показали, что поиск социальной поддержки и опора на семью характерны в большей степени для больных артрозом. Больные артритом менее нуждаются в этом, так как более самостоятельны. Для принятия болезни и попытки ее преодоления больным артрозом необходим семейный копинг.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проделанная работа по изучению теоретической литературы по проблеме исследования позволяет нам сделать следующие выводы:

Трудная жизненная ситуация—это ситуация, которая нарушает привычный ритм жизни человека, с которой он не всегда может справиться самостоятельно с помощью привычных схем поведения. При этом источник жизненной трудности обнаруживается как в собственных действиях индивида, так и во влиянии окружающей среды. Болезнь может рассматриваться как вариант трудной жизненной ситуации.

Ситуация болезни состоит из двух компонентов: объективного и субъективного. Выделяют три ситуации болезни : первая, или начальная; вторая, или промежуточная; третья, или конечная .

В ситуации болезни человек стремится адаптироваться к данной ситуации, используя при этом механизмы социально – психологической адаптации. Одним из таких адаптационных механизмов является копинг.

Психологическое назначение копинга - как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации, в которой он оказывается.

Выделяют следующие виды копинга: индивидуальный, диадический, семейный (групповой) копинг. Семейный копинг – это процесс взаимного влияния и взаимозависимости. Семейно вырабатываются адаптационные стратегии, которые зависят от ряда факторов: структуры семьи и взаимоотношений в ней, а также от типа болезни и её особенностей

Опытно-практическая работа в рамках данного исследования по изучению семейного копинга больных артритом и артрозом включала в себя: сбор материалов по заданным методикам ( «Шкала семейного окружения», «Способы совладающего поведения» Лазаруса, «методика исследования самооотношения»); корреляционный анализ данных и описание полученных результатов.

Ход и результаты опытно-практической работы показали, что для больных артритом характерно: самостоятельность, независимость от семьи, сдерживание эмоций, самоуверенность, отрицание проблемы за счет ее положительного переосмысления. При возникновении конфликтных ситуаций и способов их решений наблюдаются внутриличностные изменения. Больные артритом адаптируются к трудным жизненным ситуациям за счет различных стратегий поведения.

Для больных артрозом свойственно: опора на семью, поиск социальной поддержки, при возникновении заболевания у больных артрозом также наблюдаются внутриличностные изменения. Отрицают свою роль в возникновении заболевания.

В целом, по проделанной работе нами было выявлено, что: семья выступает ресурсом для адаптации к болезни у больных артрозом; семейный копинг как механизм адаптации выступает более эффективным методом приспособления больного к ситуации болезни, чем у больных артритом. Больные артрозом больше нуждаются в семейном копинге, в связи с тем, что артроз связан с разрушением суставов и не поддается лечению.