

# СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

С.А. ХАЗОВА\*,  
КГУ, Кострома, Россия,  
hazova\_svetlana@mail.ru

Н.С. ШИПОВА\*\*,  
КГУ, Кострома, Россия,  
ronia\_777@mail.ru

Т.Н. АДЕЕВА\*\*\*,  
КГУ, Кострома, Россия,  
adeeva.tanya@rambler.ru

## Для цитаты:

*Хазова С.А., Шипова Н.С., Адеева Т.Н., Тихонова И.В.* Совладающее поведение лиц с ограниченными возможностями здоровья как фактор качества жизни и субъективного благополучия // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 4. С. 101—118. doi: 10.17759/cpp.2018260407

\* *Хазова Светлана Абдурахмановна*, доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры специальной педагогики и психологии, Костромской государственной университет (КГУ), Кострома, Россия, e-mail: hazova\_svetlana@mail.ru

\*\* *Шипова Наталья Сергеевна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной педагогики и психологии, Костромской государственной университет (КГУ), Кострома, Россия, e-mail: ronia\_777@mail.ru

\*\*\* *Адеева Татьяна Николаевна*, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной педагогики и психологии, Костромской государственной университет (КГУ), Кострома, Россия, e-mail: adeeva.tanya@rambler.ru

**И.В. ТИХОНОВА\*\*\*\***,  
КГУ, Кострома, Россия,  
inn.007@mail.ru

Представлен анализ работ по проблеме детерминации качества жизни у лиц с ОВЗ. Предполагается, что совладающее поведение является фактором высокого качества жизни и субъективного благополучия. Выборка (N=102): взрослые инвалиды с детства (n=51), имеющие нарушения зрения (n=16), слуха (n=18), опорно-двигательного аппарата (n=17); лица с типичным развитием (n=51). Средний возраст респондентов 37 лет. Методики: краткий опросник качества жизни ВОЗ QUALITY OF LIFE (WHOQOL)—BREF в адаптации НИИ имени В.М. Бехтерева; шкала субъективного благополучия М.В. Соколовой; опросник способов совладания (S. Folkman, R. Lazarus) в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк. Показано, что независимо от типа нарушений взрослые с ОВЗ имеют достаточно высокое качество жизни. Описаны связи ( $p \leq 0,05$ ) стратегий совладания с показателями качества жизни и субъективного благополучия. Наибольший вклад в качество жизни вносят стратегии дистанцирования ( $p=0,000$ ), избегания ( $p=0,000$ ), положительной переоценки ( $p=0,000$ ). Отдельно рассмотрена детерминация качества жизни копинг-стратегиями в группах лиц с различными нарушениями. Результаты исследования могут быть использованы для построения программ реабилитации и помощи лицам с ОВЗ.

**Ключевые слова:** качество жизни, субъективное благополучие, совладающее поведение, лица с ограниченными возможностями здоровья.

Динамичность современного общества диктует повышение требований к человеку как субъекту собственной жизни, к его способности не просто интегрироваться в стремительно изменяющееся общество, но и быть успешным, продуктивным, несмотря на все «вызовы жизни». Не являются исключением и маломобильные группы населения, прежде всего инвалиды с детства, имеющие ограничения здоровья, связанные с нарушениями развития. Пафос большинства исследований проблем и трудностей социальной адаптации этой группы людей заключается в обосновании необходимости особой социальной заботы и защиты, поскольку чаще всего они рассматриваются как адресаты социальной политики, некий «обобщенный груз, который приходится нести заботящимся о них близким, обществу, государству» [8, с. 57]. Однако есть и противоположная позиция, акцентирующая внимание на адаптивных

\*\*\*\* Тихонова Инна Викторовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной педагогики и психологии, Костромской государственной университет (КГУ), Кострома, Россия, e-mail: inn.007@mail.ru

возможностях людей, находящихся в условиях «затрудненного развития», их способности сохранять и развивать собственную жизнеспособность, совладать с трудностями, демонстрировать высокое качество жизни [7; 9; 18].

Важно отметить, что количество исследований качества жизни разных групп населения неуклонно растет в различных областях знания (философия, социология, экономика, народное образование, психология) [10; 18]. Это ведет, с одной стороны, к накоплению эмпирических данных, которые не всегда возможно систематизировать и структурировать в связи с их большим разнообразием, отсутствием у научного сообщества единого мнения о параметрах оценки и компонентах качества жизни. С другой стороны, это ведет к пониманию интегральности, междисциплинарности данного феномена, необходимости комплексного изучения и невозможности его описания в терминах одной науки.

Тем не менее, присутствует некоторая спецификация понимания качества жизни в зависимости от сферы знания. Так, например, в социальных и экономических науках качество жизни обычно соотносится с объективными и субъективными оценками (оценками отдельного человека или социальной группы) различных сторон жизнедеятельности, условий жизни, эффективности функционирования различных социальных институтов, призванных обеспечивать достойные условия существования и развития общества. В качестве индикаторов для его оценки обычно используются социально-экономические показатели, которые лежат в основе принятия стратегических управленческих решений: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, уровень образования населения, реальный среднедушевой валовой внутренний продукт, материальные блага, уровень удовлетворения потребностей и интересов личности, качество окружающей среды, социальная безопасность и социальная комфортность [8; 12; 19]. В мировой практике для оценки качества жизни используется целый спектр индексов, например, «уровень жизни», «индекс развития человеческого потенциала», «индекс процветания» (*Legatum Prosperity Index*), «всемирный индекс счастья» (*Happy Planet Index*) и т. д.

В медицине, которая лидирует по количеству публикаций в данной предметной области [10], качество жизни анализируется через противопоставление «здоровье—болезнь» в контексте реабилитации, медико-социальной экспертизы, оценки качества медицинской помощи [8; 9; 10]. Это повлекло за собой возникновение особого понятия — «качество жизни, связанное со здоровьем» (*HRQoL*), которое отражает субъективное восприятие больным (инвалидом) собственного физического, психологического, эмоционального и социального состояния [20; 22]. Исследования в этой области чаще всего касаются качества жизни людей

с различными заболеваниями, больных, перенесших оперативное вмешательство, пожилых людей, либо семей, имеющих детей и взрослых с нарушениями здоровья. Так, например, при изучении качества жизни и удовлетворенности жизнью у лиц, ухаживающих за людьми с ОВЗ, отмечены снижение физического и психологического благополучия, соматические и депрессивные симптомы, нарушения сна и социальная изоляция, а также более низкое качество жизни в целом [17; 22]. В клиническом же аспекте с учетом типа нарушений анализируется качество жизни людей с ограниченными возможностями здоровья, имеющих инвалидность с детства. В большинстве исследований доказано, что в данном случае наиболее значимыми оказываются психологические индикаторы, а не показатели физического функционирования [1; 9; 21].

В психологическом и социологическом подходах понимание качества жизни сопряжено с наличием двух сторон оценки: субъективной, или субъективно-оценочной (степень удовлетворенности субъектов различными сторонами бытия и жизнедеятельности), и объективной (уровень жизни социальных групп, людей, их физическое и эмоциональное состояние, поведенческая активность, материальное и социальное положение, трудовой и семейный статус, социальное взаимодействие и др.) [12; 13; 16].

Социологический подход также исходит из возможностей раскрытия духовного, нравственного потенциала, творческих способностей личности, осознанного исполнения духовно-нравственного, служебного и профессионального долга [12].

Психологическое толкование ставит во главу угла эмоциональное здоровье, ощущение счастья, позитивное самовосприятие [23], значимость событий для человека и его субъективное отношение к ним [19], наличие целей, смысла жизни и жизненных ценностей [7; 9], включенность в социальные отношения в противовес одиночеству [23] и качество социальной поддержки [7; 9]. Важнейшими структурными компонентами качества жизни признаются субъективное благополучие и его когнитивная составляющая — удовлетворенность жизнью. В этом же контексте исследуются и ресурсы личности, позволяющие поддерживать высокое качество жизни [7].

Интересно, что в исследованиях развития личности в затрудненных условиях, связанных с ограничениями по здоровью, показано, что сама ситуация инвалидности может запускать разные стратегии жизни: воспринимаемая как вызов возможностям, она вызывает движение к компенсированному качеству жизни, к самосовершенствованию и самореализации; воспринимаемая с точки зрения выгоды, она провоцирует возникновение «инвалидной стратегии», при которой жизнь выстраивается вокруг физического недостатка [9], снижает качество жизни. Анализ эмпирических данных, полученных отечественными и зарубежными ав-

торами, также подтверждает наличие, по крайней мере, двух групп людей с инвалидностью — характеризующихся высоким либо низким качеством жизни [1; 21]. Это ставит во главу угла вопрос о факторах, определяющих качество жизни субъекта при наличии ограничений по здоровью.

В современных исследованиях чаще всего описываются такие детерминанты качества жизни, как наличие целей, осмысленность жизни, способность к саморазвитию, способность к активации собственного ресурсного потенциала, жизнестойкость и жизнеспособность, а также роль социального окружения, наличие моральной поддержки, позиция по отношению к жизни в ситуации инвалидности, отношение к болезни (нарушению) [1; 2; 6; 7; 16]. Однако анализ публикаций по проблеме адаптации в ситуации тяжелой и хронической болезни, а также в ситуации инвалидности, обусловленной нарушениями развития разной нозологии, приводит нас к выводу о том, что весомым предиктором высокого качества жизни личности может выступать совладающее поведение. Во-первых, совладающее поведение, являясь «жизненным дарованием личности» [5], выполняет важнейшие функции в процессе жизнедеятельности, в том числе и в затрудненных болезнью или инвалидностью условиях развития: обеспечивает минимизацию негативных воздействий и восстановление активности субъекта, приспособление или преобразование жизненной ситуации, поддержание позитивного образа Я, уверенности в своих силах, эмоционального равновесия и достаточно тесных контактов с социумом [1; 3; 6]. Во-вторых, его вклад в адаптацию уже доказан в значительном количестве исследований [2; 3; 6; 14; 21]. Поэтому именно изучение совладающего поведения, как указывает Н.А. Сирота, является приоритетным направлением [14] в контексте исследования как психосоциальной адаптации вообще, так и качества жизни и субъективного благополучия.

Между тем, в отечественной психологии фактически отсутствуют исследования роли совладающего поведения в обеспечении качества жизни инвалидов, в то время как в зарубежной науке эта проблема освещается достаточно широко. Так, например, было установлено влияние на качество жизни проблемно-ориентированного копинга, а также духовного совладания (обращение к религии и религиозность), которое положительно коррелирует с самооценкой общего здоровья и жизнеспособности. Авторы выделяют наибольшее влияние социально-ориентированных копинг-стратегий и стратегий, направленных на самоподдержку (например, поддержание собственных интересов) [22; 24]. Однако по большей части речь идет о респондентах, имеющих соматические заболевания, в то время как инвалиды с детства, причиной инвалидности которых являются нарушения развития разного генеза, крайне редко находятся в фокусе внимания исследователей как в силу значительной социальной обособленности этой

группы, так и в силу сложности проведения самого исследования (невозможности группового обследования, сложности предъявления материала и фиксации результатов, необходимости использования специальной аппаратуры и сурдоперевода и т. д.).

Все вышесказанное (противоречивые данные о качестве жизни и субъективном благополучии людей с ограниченными возможностями здоровья, доказанный вклад совладающего поведения в социальную адаптацию, благополучие и продуктивность личности, практически полное отсутствие эмпирических данных о его роли в обеспечении качества жизни инвалидов с детства вообще и на нозологически дифференцированных выборках) приводит нас к выводу о целесообразности рассмотрения совладающего поведения этой социальной группы в контексте качества жизни и субъективного благополучия. Поэтому *целью* нашего исследования является изучение специфики совладающего поведения взрослых инвалидов с детства разных нозологических групп и его связи с их качеством жизни и субъективным благополучием. Находясь на позициях «синтетического» подхода [10] к пониманию качества жизни, мы рассматриваем его через субъективную оценку респондентами разных сторон жизнедеятельности: комфортности и доступности социальной и физической среды; удовлетворенности различными сторонами бытия и жизнедеятельности, материальным благосостоянием через особенности; физического и эмоционального состояния; социального взаимодействия и социальной поддержки, специфику самовосприятия и уровень субъективного благополучия.

## Метод

**Выборка.** В выборку исследования вошли взрослые, 51 человек, 23 мужчины, 28 женщин, которые имеют статус «лицо с ограниченными возможностями здоровья», подтвержденный справкой бюро медико-социальной экспертизы с указанием причины инвалидности «инвалид с детства». Из них 16 человек имеют нарушения зрения (остаточное зрение не более 0,01%); 18 — нарушения слуха (тугоухость III—IV степени); 17 — нарушения опорно-двигательного аппарата (спастический, атаксический, дискинетический церебральный паралич, гемиплегия, спастическая диплегия). Группу сравнения составили условно здоровые респонденты (с типичным развитием) — 51 человек (17 мужчин, 34 женщины). Возраст респондентов — от 17 до 63 лет ( $M=37,04$ ;  $SD=12,43$ ).

### **Методики.**

*Краткий опросник качества жизни ВОЗ — QUALITY OF LIFE (WHOQOL) — BREF* в адаптации НИИ имени В.М. Бехтерева, позволяющий оценить физическое, психологическое и социальное функциониро-

вание, качество социальной поддержки, особенности самовосприятия, а также восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья [4].

*Шкала субъективного благополучия* (Соколова, 1996) [15].

*Опросник способов совладания — The Ways of Coping Questionnaire (WCQ)* (Folkman, Lazarus, 1988; Крюкова, Куфтяк, 2007) [5].

Для обработки полученных данных использовался пакет программ «Statistica 12», с помощью которого осуществлялся сравнительный (критерий U Манна—Уитни) и корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена  $r_s$ ).

## Результаты и обсуждение

На первом этапе обработки данных был проведен сравнительный анализ показателей качества жизни и субъективного благополучия. Так, анализ оценки инвалидами и условно здоровыми респондентами качества жизни и субъективного благополучия статистически значимых различий не подтвердил, т. е. обе группы респондентов одинаково высоко оценивают свое физическое, психологическое и социальное благополучие, поддержку со стороны близких, удовлетворены условиями среды, обладают позитивным самовосприятием, в принципе удовлетворены своей повседневной деятельностью, не склонны к депрессивным состояниям. Однако в то же время непосредственная оценка качества жизни ( $M_1=3,74$ ,  $\sigma_1=0,82$ ;  $M_2=3,72$ ,  $\sigma_2=0,58$ ) и состояния здоровья в обеих группах ( $M_1=3,23$ ,  $\sigma_1=1,00$ ;  $M_2=3,34$ ,  $\sigma_2=1,01$ ) находится в средних значениях. В данном случае мы имеем дело с теми же тенденциями, что зафиксированы и в других исследованиях [1; 9; 21].

Представляется, что в основе таких оценок качества жизни в группе инвалидов лежат два важнейших когнитивных механизма. Во-первых, это тенденция воспринимать собственное развитие как вариант нормы, что становится возможным благодаря изменению взглядов на нормативное, в основе которого в настоящее время, по мнению ряда авторов, лежит уже не физическое, а психологическое функционирование [1; 6]. Во-вторых, это когнитивные защитные механизмы, приводящие к компенсаторному завышению собственных возможностей, что также уже отмечалось в некоторых исследованиях [1; 18]. Что касается специфики этих показателей у разных нозологических групп, единственным достоверным различием является различие в самооценке здоровья: незрячие (*специальный термин Всероссийского общества слепых для обозначения инвалидов по зрению I (слепые) и II (слабовидящие) групп*) респонденты оценивают его несколько выше, чем глухие и респонденты с ОДА ( $U=70,0$ ;  $p\leq 0,009$ ).



Анализ копинг-стратегий респондентов с ОВЗ и типичным развитием позволяет отметить общие тенденции в совладающем поведении — среднюю выраженность большинства стратегий и сходство предпочитаемых способов реагирования (табл. 1). Тем не менее, зафиксированы и статистически значимые различия — респонденты с ОВЗ чаще избегают решения проблемы ( $U=1754,5$ ;  $p\leq 0,02$ ) и обращаются за социальной поддержкой ( $U=1712,5$ ;  $p\leq 0,01$ ), но в то же время существенно реже предпринимают усилия по самоконтролю эмоций и действий ( $U=1671,5$ ;  $p\leq 0,009$ ) и принимают на себя ответственность за происходящее ( $U=1303,5$ ;  $p\leq 0,000$ ).

Таблица 1

**Выраженность стратегий совладающего поведения**

Копинг-стратегия	Лица с ОВЗ		Лица с типичным развитием	
	М	$\sigma$	М	$\sigma$
Конфронтативный копинг	50,7	18,0	50,8	21,6
Дистанцирование	50,0	22,1	44,3	23,36
<b>Самоконтроль**</b>	61,7	17,2	69,6	17,9
<b>Поиск социальной поддержки**</b>	67,9	14,5	57,9	24,7
<b>Принятие ответственности***</b>	57,8	25,1	79,8	30,1
<b>Бегство/избегание*</b>	40,5	22,1	31,9	18,4
Планирование решения проблемы	61,9	18,9	60,3	23,3
Положительная переоценка	59,3	24,6	58,6	21,0

*Примечание:* жирным шрифтом выделены стратегии, по уровню выраженности которых зафиксированы значимые отличия: «\*» —  $p\leq 0,05$ ; «\*\*» —  $p\leq 0,01$ ; «\*\*\*» —  $p\leq 0,001$ .

Есть значимые различия и между респондентами разных нозологических групп. Так, незрячие респонденты чаще, чем обе другие группы, предпринимают активные усилия, ориентированные на поиск решения проблемы ( $U=75,0$ ;  $p\leq 0,015$ ), в то время как респонденты с нарушениями слуха чаще, чем другие инвалиды, прибегают к дистанцированию от проблемы ( $U=75,0$ ;  $p\leq 0,009$ ). Наконец, респонденты с нарушениями ОДА реже двух других групп выбирают поведение по типу бегства/избегания ( $U=63,5$ ;  $p\leq 0,003$ ). Далее анализировались корреляционные связи (коэффициент корреляции Спирмена  $r_s$ ) между стратегиями совладания и показателями качества жизни и субъективного благополучия в группе респондентов с ОВЗ (табл. 2).

Ожидаемыми и легко объяснимыми являются улучшение самовосприятия и социального благополучия при активных усилиях личности



Таблица 2

**Значимые корреляции стратегий совладания и показателей качества жизни и субъективного благополучия**

Шкалы	Качество жизни	Состояние здоровья	Самовосприятие	Микросоциальная поддержка	Социальное благополучие	Субъективное благополучие
Дистанцирование	-	-	0,35**	-	0,40***	-
Положительная переоценка	0,65***	0,53***	0,37**	-	0,35**	0,44***
Поиск социальной поддержки	-	-	0,38**	0,49***	-	-
Планирование решения проблемы	-	-	0,36**	-	0,35**	-
Бегство/избегание	0,38**	-	-	-	0,28*	0,59***

Примечание: «\*» –  $p \leq 0,05$ ; «\*\*» –  $p \leq 0,01$ ; «\*\*\*» –  $p \leq 0,001$ .

по разрешению проблемы, а также связь поиска социальной поддержки с самовосприятием и качеством социальных отношений (микросоциальная поддержка). Однако наиболее интересными являются положительные связи стратегии дистанцирования с самовосприятием и социальным благополучием и стратегии бегства/избегания с качеством жизни, удовлетворенностью социальной средой и ее доступностью и показателем субъективного благополучия. Напомним, что данные стратегии совладающего поведения в настоящее время уже не оцениваются как однозначно неэффективные [5].

В контексте затрудненных условий развития они как раз могут играть позитивную роль, позволяя человеку мысленно отделяться от ситуации и уменьшать ее значимость, воспринимать ее менее серьезно, либо надеяться на чудо и улучшать свое самочувствие за счет сна, еды и т. д., т. е. могут выполнять «охранительную», защитную, функцию, поскольку часто у инвалида нет возможности реально влиять на обстоятельства и изменять их. Поэтому обращение к данным стратегиям поведения связано с улучшением самовосприятия и самоотношения, снижением негативных эмоциональных проявлений и возрастанием социального благополучия. Аналогичную роль играет и *положительная переоценка*, позволяющая реинтерпретировать травмирующие обстоятельства в контексте личностного роста.

Интересными являются различия в структуре корреляционных плеяд в зависимости от типа нарушений (рис. 1).

Наименьшее количество связей качества жизни и субъективного благополучия со стратегиями совладания наблюдается в группе респондентов с нарушением слуха — социальное благополучие возрастает по мере возрастания усилий по планированию решения проблемы и конфронтативного копинга, предполагающего агрессивные действия по изменению ситуации. Использование конфронтативного копинга для преодоления с трудной ситуацией становится понятным, если учесть, во-первых, психологический смысл этой стратегии — отстоять свои права и, во-вторых, особенности респондентов с тотальной глухотой: конкретность мышления и отсутствие инструментальных возможностей для нормального социального взаимодействия (отсутствие слуха, речи). Это ведет к невозможности выбора более адекватных в данной ситуации стратегий поведения, например, получения эмоциональной и информационной социальной поддержки, типичных для других нозологических групп. Поэтому и поиск решения проблемы, и конфронтация в данном случае могут рассматриваться как проблемно-ориентированные действия, позволяющие сохранять социальное благополучие.

Результаты в группе незрячих в значительной мере повторяют описанные нами выше тенденции. Избегание решения (если ситуация воспринимается как неразрешимая) позволяет просто ее игнорировать

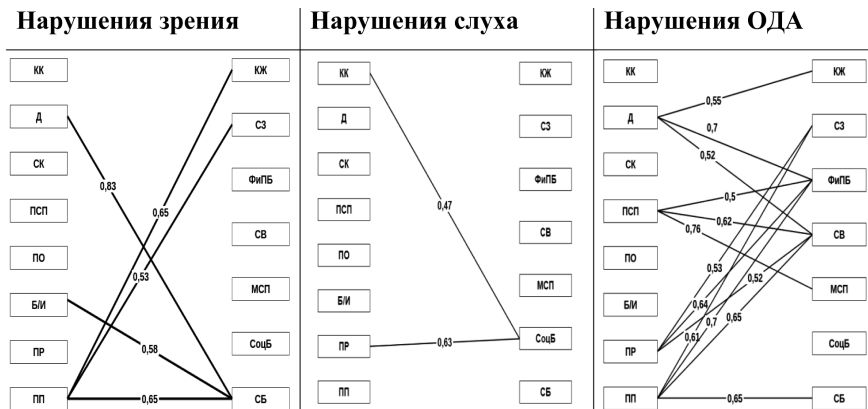


Рис. 1. Корреляционные плеяды при разных типах нарушений:

КК — конфронтативный копинг; Д — дистанцирование; СК — самоконтроль; ПСП — поиск социальной поддержки; ПО — принятие ответственности; Б/И — бегство/избегание; ПР — планирование решения; ПП — положительная переоценка; КЖ — качество жизни; СЗ — состояние здоровья; ФипБ — физическое и психологическое благополучие; СВ — самовосприятие; МСП — микросоциальная поддержка; СоцБ — социальное благополучие; СБ — субъективное благополучие

при невозможности изменить. Сочетание стратегий дистанцирования (мысленного отдаления от ситуации и уменьшения ее важности) и положительной переоценки ситуации (когнитивных усилий по изменению смысла ситуации и оценки ее как вызова) дает возможность этой группе респондентов оценивать качество жизни, состояние здоровья, субъективное благополучие как высокие и при этом не иметь эмоциональных расстройств и быть удовлетворенными жизнью.

Что касается группы респондентов с НОДА, то здесь связь стратегий совладания, качества жизни и субъективного благополучия наиболее сильная: фактически все параметры в той или иной мере связаны со стратегиями совладающего поведения за исключением социального благополучия. Вероятно, это связано с тем, что социальное благополучие в данной методике рассматривается как удовлетворенность качеством среды, ее доступностью и способностью удовлетворять потребности инвалида, что является объективной данностью, не зависящей от личных усилий человека. Фактически, субъективное благополучие и качество жизни людей данной группы зависят от способности активно использовать разные стратегии: когнитивные — мысленное дистанцирование и реинтерпретацию ситуации социальные — использование возможностей социальной сети для получения поддержки (информационной, эмоциональной, действенной); проблемно-ориентированные — поиск наиболее приемлемого решения на основе анализа условий.

Важно, что во всех трех случаях ни стратегия самоконтроля, ни стратегия принятия ответственности не связаны с качеством жизни. Интересно, что наши данные соотносятся с результатами немногочисленных исследований копинг-поведения инвалидов с детства, полученными другими авторами, и фиксируют общие закономерности поведения независимо от возраста и нозологии — меньшую активность стратегий совладания и их более узкий репертуар [2; 3; 6]. Формирование данных стратегий может выступать как задача психотерапевтической работы. Полученные в исследовании данные могут быть положены в основу программ психологической помощи инвалидам различных нозологических групп в развитии навыков совладания для повышения качества жизни и субъективного благополучия.

В заключение отметим, что представленные данные характеризуют взаимосвязи копинг-поведения и показателей качества жизни взрослых инвалидов с детства с сенсорными нарушениями и нарушениями ОДА, проживающих в небольшом провинциальном городе численностью населения до 300000 человек, и не могут быть экстраполированы на взрослых, как с другими формами дизонтогенеза, так и проживающих в более крупных городах, без предварительной эмпирической проверки.

## Выводы

Большинство взрослых инвалидов с детства независимо от нозологии отмечают хорошее и даже высокое качество жизни. Они, как и условно здоровые взрослые, достаточно высоко оценивают свое психологическое и социальное благополучие, поддержку со стороны близких, обладающую позитивным самовосприятием, удовлетворены своей повседневной деятельностью и эмоциональным состоянием.

Существенного снижения оценки физического компонента качества жизни и состояния здоровья не зафиксировано, т. е. физические ограничения играют в оценке качества жизни незначительную роль, что позволяет говорить о работе когнитивных защитных механизмов, приводящих к компенсаторному завышению собственных возможностей.

Совладающее поведение взрослых с ОВЗ, несмотря на выраженность активных стратегий решения проблемы и регуляции эмоционального состояния, чаще, чем совладающее поведение условно здоровых взрослых, ориентировано на получение социальной поддержки и избегание решения, в том числе за счет когнитивных усилий по уменьшению значимости ситуации и ее реинтерпретации с точки зрения личностного роста; реже — на самоконтроль и принятие ответственности. При этом совладающее поведение взрослых с разными типами нарушений имеет незначительную специфику.

Совладающее поведение инвалидов с детства связано с их качеством жизни и субъективным благополучием, при этом в группе лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата эти связи являются наиболее сильными.

Важнейшую роль в поддержании высокого качества жизни и субъективного благополучия играют стратегии дистанцирования, избегания, поиска социальной поддержки, планирования решения проблемы и положительной переоценки, которые повышают как качество жизни в целом, так и отдельные его компоненты.

### Благодарности

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект 17-06-00812-ОГН «Жизненные траектории лиц с ОВЗ через призму качества жизни»).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Горьковая И.А., Микляева А.В. Характеристика качества жизни подростков с нарушениями зрения в контексте их жизнестойкости [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 4. С. 47—60. doi:10.17759/cpse.2017060404

- Иванова Е.А., Куфтяк Е.В. О детерминации совладающего с трудностями поведения у лиц с нарушением зрения // Вестник КГУ. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2008. № 3. С. 215—221.
- Киселева А.А., Кузьмин М.Ю. Особенности копинг-стратегий у лиц с ограниченными возможностями здоровья // Acta Biomedica Scientifica. 2017. Т. 2. № 5. С. 129—135. doi:10.12737/article\_59e85cb40173f3.06872828
- Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. Глобальный веб-сайт. URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/russian\\_whoqol.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/russian_whoqol.pdf) (дата обращения: 15.09.2018).
- Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. Кострома: КГУ имени Н.А. Некрасова, 2004. 344 с.
- Куфтяк Е.В. Дети с дефицитами развития: особенности психологических защит и копинг-стратегий // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 3. С. 25—33.
- Леонтьев Д.А. Развитие личности в норме и в затрудненных условиях: вызовы и ресурсы // Культурно-историческая психология. 2014. № 3. С. 97—106.
- Лотова И.П. Качество жизни инвалидов как междисциплинарная проблема // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015. № 18 (2). С. 53—57.
- Лебедева А.А. Позитивная психология как альтернатива традиционному клиническому подходу к изучению качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2012. Т. 1. № 2. С. 17—28. URL: <http://psyjournals.ru/jmfp/2012/n2/52252.shtml> (дата обращения: 02.12.2018).
- Мартышенко С.Н. Концептуальные модели управления качеством жизни. Аналитический обзор // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. 2014. № 2. РЭУ [Электронный ресурс]. URL: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_21802955\\_92658059](https://elibrary.ru/download/elibrary_21802955_92658059) (дата обращения: 19.06.2018).
- Проценко А.С., Абишев Р.Э. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерии качества жизни // Современная медицина: актуальные вопросы. Новосибирск: СиБАК, 2012. С. 90—95.
- Расказова Е.И. Методы диагностики качества жизни в науках о человеке // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2012. № 3. С. 95—107.
- Савченко Т.Н., Головина Г.М. Субъективное качество жизни: подходы, методы оценки, прикладные исследования. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. 170 с.
- Сирота Н.А., Ярославская М.А. Роль совладающего поведения в психологической адаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2014. Т. 3. № 5. С. 5. URL: [www.http://medpsy.ru/climp/2014\\_3\\_5/article03.php](http://medpsy.ru/climp/2014_3_5/article03.php) (дата обращения: 12.06.2018).
- Соколова М.В. Шкала субъективного благополучия. Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 1996. 12 с.

16. Соловьев В.В., Петрунина Е.В. Концептуальные аспекты анализа качества жизни лиц с ОВЗ потенциально опасных регионов // Интеллектуальные технологии и средства реабилитации и абилитации людей с ограниченными возможностями здоровья / Под ред. С.А. Бобко. Москва: МГГЭУ, 2017. С. 18—24.
17. Хазова С.А., Ряжева М.В. Динамика совладающего поведения родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вестник КГУ. Серия: Психология. Педагогика. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2012. Т. 18. № 3. С. 203—209.
18. Хазова С.А., Шипова Н.С. Качество жизни взрослых инвалидов с детства // Вестник КГУ. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2017. № 3. С. 96—100.
19. Юдина Н.А. Психологические подходы к изучению субъективного качества жизни // Известия Уральского федерального университета. Сер. 1. Проблемы образования, науки и культуры. 2017. Т. 23. № 2 (162). С. 104—110.
20. Karimi M., Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? // *PharmacoEconomics*. 2016. Vol. 34 (7). P. 645—649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9
21. Khazova S. et al. The life quality of adults with disabilities: Psychological analysis of the subjective indicators // *Social Welfare: Interdisciplinary Approach*. 2017. Vol. 7 (2). P.123—137.
22. Santos P.R. et al. Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study // *BMC Nephrology*. 2017. Vol. 18 (1). P. 197.
23. Shiovitz-Ezra S. et al. Quality of Life and Psychological Health Indicators in the National Social Life, Health, and Aging Project // *Journals of Gerontology. Series B. Psychological Sciences and Social Sciences*. 2009. Vol. 64B (1). P. 130—137. doi:10.1093/geronb/gbn020
24. Yu Y. et al. Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China // *Journal of Clinical Nursing*. 2013. Vol. 22 (15—16). P. 2160—2171. doi:10.1111/jocn.12251

## COPING BEHAVIOR OF PERSONS WITH DISABILITIES AS A FACTOR OF QUALITY OF LIFE AND SUBJECTIVE WELL-BEING

S.A. KHAZOVA\*,  
Kostroma State University, Kostroma, Russia,  
hazova\_svetlana@mail.ru

N.S. SHIPOVA\*\*,  
Kostroma State University, Kostroma, Russia,  
ronia\_777@mail.ru

T.N. ADEEVA\*\*\*,  
Kostroma State University, Kostroma, Russia,  
adeeva.tanya@rambler.ru

I.V. TIKHONOVA\*\*\*\*,  
Kostroma State University, Kostroma, Russia,  
inn.007@mail.ru

The article presents an analysis of the problem of determining disabled-since-childhood adults' quality of life. We suggested that coping behavior was a factor of high quality of life and subjective well-being. The sample (N=102) included disabled-since-childhood adults' (N=51) with visual (N=16), hearing (N=18) and mobility disabilities (N=17) and adults with typical development (N=51). The respondents' average age is 37 years. Methods: the brief questionnaire WHOQOL-BREF in the adaptation of the V.M. Bechtereв Research Institute; M.V. Sokolova's Subjective Well-Being Scale; The Ways of Coping Questionnaire (Folkman, Lazarus, adapted by Kryukova T.L., Kuftyak E.V.). The results indicate a sufficiently high quality of

### For citation:

Khazova S.A., Shipova N.S., Adeeva T.N., Tikhonova I.V. Coping Behavior of Persons with Disabilities as a Factor of Quality of Life and Subjective Well-Being. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 4, pp. 101—118. doi: 10.17759/cpp.2018260407. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Khazova Svetlana Abdurakhmanovna*, Doctor in Psychology, Professor, Chair of Special Education and Psychology, Kostroma State University, Kostroma, Russia, e-mail: hazova\_svetlana@mail.ru

\*\* *Shipova Natal'ya Sergeevna*, Ph.D., Associate Professor, Chair of Special Education and Psychology, Kostroma State University, Kostroma, Russia, e-mail: ronia\_777@mail.ru

\*\*\* *Adeeva Tat'yana Nikolaevna*, Ph.D., Associate Professor, Chair of Special Education and Psychology, Kostroma State University, Kostroma, Russia, e-mail: adeeva.tanya@rambler.ru

\*\*\*\* *Tikhonova Inna Viktorovna*, Associate Professor, Chair of Special Education and Psychology, Kostroma State University, Kostroma, Russia, e-mail: inn.007@mail.ru



life of adults with disabilities regardless of the type of disorders. The links between coping strategies, indicators of quality of life and subjective well-being are described. Distancing, avoidance and positive reevaluation strategies make the greatest contribution to the quality of life. We conducted a separate analysis of the determination of the quality of life by coping strategies in groups of people with various disabilities. The results of the study can be used to develop rehabilitation programs and help people with disabilities.

**Keywords:** quality of life, subjective well-being, coping behavior, adults with disabilities (disabled-since-childhood adults).

### Acknowledgements

The study was supported by RFBR, project № 17-06-00812 “Life trajectories of persons with disabilities through the prism of quality of life”.

### REFERENCES

1. Gorkovaya I.A., Miklyaeva A.V. Characteristics of Quality of Life in Adolescents with Visual Impairments in the Context of their Hardiness [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education], 2017. Vol. 6 (4), pp. 47—60. doi:10.17759/cpse.2017060404. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Ivanova E.A., Kuftyak E.V. O determinatsii sovladayushchego s trudnostyami povedeniya u lits s narusheniem zreniya [On the determination of the coping behavior in people with seeing disabilities]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika* [Kostroma State University Bulletin. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics], 2008, no. 3, pp. 215—221.
3. Kiseleva A.A., Kuzmin M.Yu. Osobennosti koping-strategii u lits s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Investigation of coping strategies of the students with disabilities]. *Acta Biomedica Scientifica*, 2017. Vol. 2 (5), pp. 129—135. doi:10.12737/article\_59e85cb40173f3.06872828
4. Kratkii oprosnik VOZ dlya otsenki kachestva zhizni [Elektronnyi resurs] [WHO Brief Questionnaire for the Quality of Life assessment]. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya. Global'nyi veb-sait [WHO: Global Website]. Available at: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/russian\\_whoqol.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/russian_whoqol.pdf) (Accessed 15.09.2018).
5. Kryukova T.L. Psikhologiya sovladayushchego povedeniya [Psychology of the coping behavior]. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, 2004. 344 p.
6. Kuftyak E.V. Deti s defitsitami razvitiya: osobennosti psikhologicheskikh zashchit i koping-strategii [Children with developmental disabilities: peculiarities of psychological defences and coping behavior]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov* [Mental Health of Children and Adolescents], 2017, no. 3, pp. 25—33.
7. Leontyev D.A. Personality Development in Normal and Complicated Conditions. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2014. Vol. 10 (3), pp. 97—106. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Lotova I.P. Kachestvo zhizni invalidov kak mezhdistsiplinarnaya problema [Quality of the life of the disabled people as the interdisciplinary problem]. *Mediko-*

- sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya [Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation], 2015. Vol. 18 (2), pp. 53–57.
9. Lebedeva A.A. Positive psychology as an alternative to traditional clinical approach to study of quality of life in people with physical disabilities [Elektronnyi resurs]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Journal of Modern Foreign Psychology], 2012. Vol. 1 (2), pp. 17–28. (In Russ., abstr. in Engl.)
  10. Martysenko S.N. Kontseptual'nye modeli upravleniya kachestvom zhizni. Analiticheskii obzor [Conceptual models of life quality management. Analytical review]. *Regional'naya ekonomika i upravlenie: elektronnyi nauchnyi zhurnal* [Regional economy and management: electronic scientific journal], 2014. Vol. 2 (38). Available at: <https://eee-region.ru/article/3806/> (Accessed 19.06.2018).
  11. Protsenko A.S., Abishev R.E. Sovremennye tendentsii otsenki effektivnosti meditsinskoj pomoshchi cherez kriterii kachestva zhizni [Modern trends in evaluating the effectiveness of medical care through the criteria of quality of life]. *Sovremennaya meditsina: aktual'nye voprosy* [Modern Medicine: Current Issues]. Novosibirsk: SiBAK, 2012, pp. 90–95.
  12. Rasskazova E.I. Metody diagnostiki kachestva zhizni v naukakh o cheloveke [Methods of diagnosing the quality of life in the sciences of man]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Moscow University Psychology Bulletin], 2012, no. 3, pp. 95–107.
  13. Savchenko T.N., Golovina G.M. Sub"ektivnoe kachestvo zhizni: podkhody, metody otsenki, prikladnye issledovaniya [Subjective quality of life: approaches, assessment, applied research]. Moscow: Publ. Institut psikhologii RAN, 2006. 170 p.
  14. Sirota N.A., Yaroslavskaya M.A. Rol' sovladayushchego povedeniya v psikhologicheskoi adaptatsii k zabolevaniyu u bol'nykh khronicheskimi nespetsificheskimi zabolevaniyami legkikh [The role of coping behavior in the psychological adaptation to the disease in patients with chronic nonspecific lung diseases]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: elektron. nauch. zhurn.* [Clinical and medical psychology: research, training, practice: electron. scientific journals], 2014. Vol. 3 (5), p. 5. Available at: [www.http://medpsy.ru/climp/2014\\_3\\_5/article03.php](http://www.medpsy.ru/climp/2014_3_5/article03.php) (Accessed 12.06.2018).
  15. Sokolova M.V. Shkala sub"ektivnogo blagopoluchiya [The scale of subjective well-being]. Yaroslavl': NPTs "Psikhodiagnostika", 1996. 12 p.
  16. Solov'ev V.V., Petrunina E.V. Kontseptual'nye aspekty analiza kachestva zhizni lits s OVZ potentsial'no opasnykh regionov [Conceptual aspects of analyzing the quality of life of people with disabilities in potentially dangerous regions]. In S.A. Bobko (ed.). *Intellektual'nye tekhnologii i sredstva reabilitatsii i abilitatsii lyudei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya* [Intellectual technologies and means of rehabilitation and habilitation of people with disabilities]. Moscow: MGGEU, 2017, pp. 18–24.
  17. Khazova S.A., Ryazheva M.V. Dinamika sovladayushchego povedeniya roditelei, vospityvayushchikh rebenka s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Dynamics of coping behavior of parents raising a child with disabilities]. *Vestnik KGU. Seriya: Psikhologiya. Pedagogika. Sotsial'naya rabota. Yuvenologiya. Sotsiokinetika* [Kostroma State University Bulletin. Series: Psychology. Pedagogy. Social work. Juvenology. Sociokinetics], 2012. Vol. 18 (3). pp. 203–209.

18. Khazova S.A., Shipova N.S. Kachestvo zhizni vzroslykh invalidov s detstva [Quality of life for adults with disabilities since childhood]. *Vestnik KGU. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika* [Kostroma State University Bulletin. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics], 2017, no. 3, pp. 96—100.
19. Yudina N.A. Psikhologicheskie podkhody k izucheniyu sub"ektivnogo kachestva zhizni [Psychological approaches to study of subjective quality of life]. *Izvestiya Ural'skogo federal'nogo universiteta. Ser. 1. Problemy obrazovaniya, nauki i kul'tury* [Ural Federal University Proceedings. Series 1. Issues in Education, Science and Culture], 2017. Vol. 23 (2), pp. 104—110.
20. Karimi M., Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *PharmacoEconomics*, 2016. Vol. 34 (7), pp. 645—649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9
21. Khazova S. et al. The life quality of adults with disabilities: Psychological analysis of the subjective indicators. *Social Welfare: interdisciplinary approach*, 2017, no. 7 (2), pp. 123—137.
22. Santos P.R. et al. Religious coping methods predict depression and quality of life among end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 2017. Vol. 18 (1), p. 197. doi:10.1186/s12882-017-0619-1
23. Shiovitz-Ezra S. et al. Quality of life and psychological health indicators in the national social life, health, and aging project. *Journals of Gerontology. Series B. Psychological Sciences and Social Sciences*, 2009. Vol. 64B (1), pp. 130—137. doi:10.1093/geronb/gbn020
24. Yu Y. et al. Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *Journal of Clinical Nursing*, 2013, Vol. 22 (15—16), pp. 2160—2171. doi:10.1111/jocn.12251