

19.00.04

**<sup>1</sup>Ф.М. Биктимирова, <sup>2</sup>В.В.Потапова, <sup>3</sup>М.В.Федоренко**<sup>1</sup>Казанская государственная медицинская академия, Казань, rinltd@list.ru<sup>2</sup>Казанский (Приволжский) федеральный университет,  
Институт психологии и образования, кафедра психологии,  
Казань, potarova\_vika@mail.ru<sup>3</sup>Казанский (Приволжский) федеральный университет,  
Институт психологии и образования, кафедра психологии,  
Казань, fedorenko60@mail.ru

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕЛЬСКО-ГОРОДСКОЙ КУЛЬТУРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ**

*В статье представлены результаты эмпирического исследования характерологических особенностей и эмоционального статуса инвалидов с нарушениями структуры и функций конечностей в зависимости от сельско-городской культурной принадлежности. Показано, что в зависимости от места проживания инвалидов имеются достоверные различия в показателях: качества жизни (физическое функционирование); ситуативной и личностной тревожности; характерологических особенностей (возбудимость и педантичность). Для повышения эффективности программ реабилитации инвалидов с нарушениями структуры и функции конечностей необходимо учитывать эти особенности.*

Ключевые слова: *инвалиды, психологические особенности личности, сельские и городские жители, качество жизни, характер.*

Современная повседневная жизнь в городах и селах разрабатывается с учетом максимального удовлетворения потребностей человека в защищенности от воздействия агрессивной внешней природной среды, с учетом соматических условий организма, эмоциональных, эстетических, запросов личности. Каждый шаг человека обеспечивается массой функциональных приемов и технологией с использованием искусственных приспособлений, без освоения которых человек становится, по сути, беззащитен, а вся инфраструктура - бесполезна. У инвалидов ограничения именно в освоении данных приемов и приспособлений или, напротив, в их полном отсутствии. Создается впечатление, что современный образ жизни люди создавали, игнорируя потребности инвалидов в освоении ими пространства населенного пункта или даже собственного дома, что является дискриминацией этой группы населения.

В Программе Всемирной организации здравоохранения в интересах социального развития определена цель социальной интеграции - «создание общества для всех, в котором все лица, каждый из которых обладает правами и обязанностями, призваны играть активную роль. Такое охватывающее всех общество должно основываться на уважении всех прав человека и основных свобод, культурном и религиозном многообразии, социальной справедливости и учете особых потребностей уязвимых и находящихся в неблагоприятном положении групп, демократическом участии и господстве права». [1]

Материалы и методы:

Объект исследования – качество жизни и психологические особенности личности с ограниченными возможностями здоровья. Респонденты: 199 человек городских жителей (группа «Город») и 63 человека сельских жителей (группа «Село») с нарушениями структуры и функций конечностей, обратившихся для протезирования в Казанский протезно-ортопедический центр, жители Республики Татарстан и других регионов России.

Цель исследования – сравнительный анализ особенностей личности и показателей качества жизни, характерологических особенностей и эмоционального статуса инвалидов с нарушениями структуры и функций конечностей в зависимости от сельско-городской культурной принадлежности.

Эмпирические данные были получены посредством методик:

1. методика SF-36 качество жизни (SF-36 health status survey). Результаты представляются в виде 8 шкал: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; психическое здоровье. [4]

2. шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (State – Trate – Anxiety – Inventorey (STAI) адаптированной Ханиным), опросник позволяет дифференцировано измерять тревожность как а) личностное свойство, б) состояние; [2]

3. шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, DBI) – от отсутствия до тяжелого проявления;

4. характерологический опросник Шмишека (Schmieschek Fragebogen) - Леонгарда (Leonhard Karl accentuated personalities). Определяются 10 типов акцентуаций характера: гипертимность; возбудимость; эмотивность; педантичность; тревожность; циклотимность; демонстративность; застреваемость; дистимность; экзальтированность. [2]

Количественная обработка полученных данных проводилась посредством прикладного пакета Microsoft Excel и программы STATISTICA 7.0 (расчет средних данных, достоверность отличий с использованием t-критерия Стьюдента и Фишера).

Сравнительный анализ различий в показателях качества жизни, характерологических особенностей и эмоционального статуса инвалидов с нарушениями структуры и функций конечностей в зависимости от сельско-городской культурной принадлежности выявил достоверные отличия по шкале физическое функционирование SF-36 ( $t = -2,5$ ;  $p = 0,01$ ), по шкалам возбудимость ( $t = 2,1$ ;  $p = 0,03$ ), педантичность ( $t = -1,8$ ;  $p = 0,03$ ), экзальтированность ( $t = -1,8$ ;  $p = 0,03$ ) характерологического опросника Леонгарда-Шмишека, по шкале ситуативной ( $t = -2,1$ ;  $p = 0,03$ ) и личностной ( $t = -2,9$ ;  $p = 0,003$ ) тревожности по данным опросника STAI.

По шкале физическое функционирование SF-36 самые высокие показатели в группе «Село» (85,7) они достоверно отличаются от данных по группе «Город» (77,1) при  $t = -2,5$ ;  $p = 0,01$ . Это самые высокие показатели из всех шкал, а самые низкие по шкале социальное функционирование, достоверно не отличаются (46,6 и 45,2). Баллы по остальным шкалам (68 - 75) также достоверно не отличаются. Чем выше показатели по шкалам SF-36 (от 1 до 100), тем выше показатель качества жизни. Физическое состояние инвалидов, проживающих в сельской местности, в меньшей степени ограничивает их в выполнении физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.), чем городских жителей. Низкие баллы по шкале социальное функционирование свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния, как у сельских жителей, так и у городских.

Анализируя показатели характерологического опросника Леонгарда-Шмишека, делаем выводы о том, что у городских жителей достоверно отличаются показатели по возбудимому типу 13,8, против 12,8 у сельских при  $t = 1,7$ ;  $p = 0,08$ . Городским жителям более свойственна повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями. Достоверно отличаются и показатели по педантичному типу. Здесь более проявляются черты педантичности у сельских жителей 11,9 против, 10,4 ( $t = -1,8$ ;  $p = 0,06$ ) - это ригидность, инертность психических процессов, долгое переживание травмирующих событий. Также, сельских жителей отличает большая экзальтированность, т.е. чрезмерная впечатлительность, патетичность, паникерство, подверженность отчаянию. Их показатели экзальтированности выше – это 14,0, против 12,5 при  $t = -1,8$ ;  $p = 0,07$ .

Обе группы («Город» и «Село») высоко тревожны, причем у сельских жителей показатели достоверно выше, они более тревожны. У сельских жителей показатель личностной тревожности 48,4, у городских 44,5 при  $t = -2,9$ ;  $p = 0,003$ , показатель ситуативной тревожности 41,5 против 38,6 при  $t = -2,1$ ;  $p = 0,01$ .

Показатели по шкале DBI в группах «Город» и «Село» достоверно не отличаются (11,7 и 13,9), характеризуются как субдепрессия. [2]

Психологию городского и сельского образа жизни определяют особенности обеспечения инвалидов техническими средствами, которые одинаковы для жителей города и для жителей села, но условия их использования существенно различаются. Например, асфальтированные улицы городов, соответствующим образом оборудованные напольными покрытиями городские квартиры в большей степени пригодны для использования инвалидных кресел-колясок и других средств, облегчающих передвижение людей с нарушенными функциями опорно-двигательного аппарата, чем грунтовые улицы сельских населенных пунктов и деревянные полы сельских домов. [3]

Результаты исследования и выводы рекомендуется использовать для повышения эффективности программ реабилитации инвалидов с нарушениями структуры и функции конечностей.

### **Список литературы**

1. *Аухадеев Э.И.* Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, - новый этап в развитии реабилитологии // *Казанский мед ж.* – 2007. - №1. – С. 5 – 9.
2. *Бурлачук Л.Ф., С.М. Морозов.* Словарь-справочник по психодиагностике // СПб.: Питер Ком., 1999. – 528 с.
3. *Clarke PJ, Ailshire JA, Nieuwenhuijzen ER, de Klein-de Vrankrijker MW.* Participation among adults with disability: The role of the urban environment. // *Social Science & Medicine*, 2011; №72. P. 1674-1684 .
4. *Ware J.E. Jr., B.Gandek.* Health status indicators, reliability, validity, SF-36 Health Survey, translations, cross-cultural. *Journal Clin Epidemiol*, 1998: 51 (11): pp 903–912