

нения, где в основном наблюдали лёгкое (39 случаев, 57,4%) и среднетяжёлое (21 случай, 30,9%) течение дерматоза.

Важной особенностью клинического течения розацеа на фоне демодекоза была высокая частота рецидивов. Так, при наличии клещей рода *Demodex spp.* постоянные обострения (более 4 раз в год) встречались в 4,5 раза чаще (38 случаев, 53,5%), чем у больных без демодекоза (8 случаев, 11,8%) (рис. 2).

ВЫВОДЫ

1. У больных розацеа, осложнённой демодекозом, выявлено более тяжёлое течение заболевания с превалированием пустулёзной формы и большей площадью поражённых участков кожи. Более выраженные клинические симптомы заболевания встречались статистически значимо чаще, чем при розацеа без демодекоза.

2. Сочетание розацеа с демодекозом характеризуется наличием инфильтративно-продуктивной формы и большим количеством больных с высокой частотой рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. — М.: Медицинская книга, 2004. — 165 с.
2. Батырина С.В., Гордеева А.М., Богданова М.А., Булгакова Д.Р. Эффективность геля скинорен в наружной терапии больных угревой болезнью и розацеа // Вест. дерматол. и венерол. — 2005. — №4. — С. 44–46.
3. Коган Б.Г., Головченко Д.Я. Современные подходы в комплексном лечении пациентов с демодекозом и розовыми угрями // Клиническая иммунология, аллергология, инфектология. — 2011. — №1. — С. 38–43.
4. Самцов А.В., Стаценко А.В., Плахов В.Н. и др. Розацеа в комплексной терапии розацеа // Дерматология. — 2002. — №1. — С. 23–24.
5. Юцковская Я.А., Кусая Н.В., Ключник С.Б. Обоснование патогенетической терапии при акнеподобных дерматозах, осложнённых клещевой инвазией *Demodex folliculorum* // Клиническая дерматология и венерология. — 2010. — №3. — С. 60–63.

УДК 617.57-089.873-007-053-1-036.86-055: 614.253.89

Т12

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Фания Мансуровна Биктимирова^{1,2*}, Надежда Павловна Ничипоренко³

¹Казанская государственная медицинская академия,

²Протезно-ортопедический центр «Реабилитация инвалидов», г. Казань,

³Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Выявление особенностей мотивационной сферы и гендерных отличий у инвалидов с ампутационным дефектом конечностей.

Методы. Объектом исследования были 318 пациентов с нарушениями структуры и функций конечностей, обратившихся для протезирования в протезно-ортопедический центр «Реабилитация инвалидов» с 2008 по 2010 гг. Среди людей с ампутационным дефектом конечностей присутствовали 267 (83,3%) мужчин и 51 (16,7%) женщины. Эмпирические данные мотивационной сферы были получены при помощи анкетирования и тестирования 191 человека в возрасте от 18 до 66 лет. Оценивали качество жизни, индивидуально-психологические особенности личности, эмоциональную и мотивационную сферы, окружающую социально-культурную и природную среду.

Результаты. Выраженная affiliативная потребность была характерна для тревожных ($r=0,15$, $p<0,05$) и эмотивных ($r=0,17$, $p<0,01$) личностей и снижена при застревающем типе ($r=-0,26$, $p<0,01$). Стремление быть принятым другими людьми отрицательно коррелировало с потребностью в достижении успеха ($r=-0,19$, $p<0,05$). Affiliативная потребность у женщин оказалась статистически значимо выше по сравнению с мужчинами ($t=2,87$, $p<0,05$). Также женщин отличала выраженная отрицательная взаимосвязь стремления в принятии другими людьми с мотивацией достижения ($r=-0,46$, $p<0,01$), в мужской выборке эта связь оказалась недостоверной ($r=-0,11$). Демонстративные ($r=0,21$, $p<0,05$) и гипертимные ($r=0,24$, $p<0,01$) личности чаще стремились к достижениям и успеху. Педантичные ($r=-0,23$, $p<0,01$), тревожные ($r=-0,28$, $p<0,01$) и циклотимные ($r=-0,28$, $p<0,01$) черты характера были связаны с мотивацией избегания неудач. Мотивация достижения была статистически достоверно выше у мужчин ($t=-2,82$, $p<0,05$). Для женщин с доминирующим мотивом избегания неудач были характерны высокая личностная тревога ($r=-0,38$, $p<0,05$) и депрессия ($r=-0,36$, $p<0,05$). В мужской выборке отмечена отрицательная зависимость силы мотивации достижения и ситуативной ($r=-0,23$, $p<0,01$), личностной ($r=-0,19$, $p<0,05$) тревоги, а также депрессии ($r=-0,36$, $p<0,001$). Из этого следует, что тревожность и депрессия отрицательно сказываются на стремлении к успеху у обоих полов.

Вывод. При составлении индивидуальной программы реабилитации инвалидов необходимо учитывать гендерные особенности, поскольку взаимосвязи мотивации достижения, affiliации, личностных черт, эмоциональной сферы и характеристик двигательной активности у мужчин и женщин различны.

Ключевые слова: инвалидность, ампутационный дефект конечности, качество жизни, мотивация, тип личности, реабилитация.

GENDER MOTIVATIONAL TRAITS OF THE DISABLED WITH LOWER LIMBS STRUCTURAL AND FUNCTIONAL DEFICIENCIES F.M. Biktimirova^{1,2}, N.P. Nichiporenko³. ¹Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia, ²Prosthetic and orthopedics center «Reabilitaciya invalidov», Kazan, Russia, ³Kazan State Medical University, Kazan, Russia. **Aim.** To define the motivational and gender differences in patients with limb loss. **Methods.** 318 patients [male – 267 (83.3%), female – 51 (16.7%)] with lower limbs structural and functional deficiencies admitted for prosthetics surgery to prosthetic and orthopedics center «Reabilitaciya invalidov», Kazan, Russia, from 2008 to 2010 were included in the study. Empiric data on motivational features were gained using questionnaires and test examinations of 191 patients aged from 18 to 66 years. Quality of life, personality traits, emotional and motivational health, natural, and social and cultural environment were assessed. **Results.** Marked need for affiliation was typical for patients with high anxiety levels ($r=0.15$, $p<0.05$) and emotive ($r=0.17$, $p<0.01$) personalities and is decreased in rigid personalities ($r=-0.26$, $p<0.01$). There was a negative correlation between the urge of being accepted by others and the need for success ($r=-0.19$, $p<0.05$). Affiliate need in women was relevantly higher compared to men ($t=2.87$, $p<0.05$). The strong negative correlation of the need to be accepted by others and motivation for achievement was noticed in women ($r=-0.46$, $p<0.01$), in men the difference was not significant ($r=-0.11$). Demonstrative ($r=0.21$, $p<0.05$) and hyperthymic ($r=0.24$, $p<0.01$) personalities were more often focused on achievement and success. Pedantic ($r=-0.23$, $p<0.01$), anxious ($r=-0.28$, $p<0.01$) and cyclothymic ($r=-0.28$, $p<0.01$) traits were associated with the motivation for tranquility. Motivation for achievement was relevantly higher in men ($t=-2.82$, $p<0.05$). High personal anxiety ($r=-0.38$, $p<0.05$) and depression ($r=-0.36$, $p<0.05$) were characteristic for women with predominant tranquility motivation. A negative correlation of degree of motivation for achievement and situational ($r=-0.23$, $p<0.01$) and personal ($r=-0.19$, $p<0.05$) anxiety, as well as depression ($r=-0.36$, $p<0.001$) was found in men. This concludes that depression and anxiety decrease the willingness to success in patients of both genders. **Conclusion.** When planning a rehabilitation program for disabled, gender differences should be taken into account, because connection between motivation for achievement, affiliation, personal traits, emotional traits and physical activity parameters are different in men and women. **Keywords:** disability, limb loss, quality of life, motivation, personality types, rehabilitation.

В настоящее время инвалидность остаётся одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Для каждого инвалида нужно разрабатывать индивидуальный план реабилитации с учётом нозологической формы, выраженности анатомического дефекта, общего соматического состояния пациента, его социальных запросов и возможностей их реализации. Однако в настоящее время индивидуальная программа реабилитации не учитывает личностные особенности и психологию пациента и тем самым снижает мотивацию, необходимую для восстановления. [7]

В качестве ведущих мотивирующих факторов индивидуальной программы реабилитации инвалида выдвигают анализ и осознание личностью потенциальных возможностей сохранения или восстановления здоровья, связанных как с резервами окружающей социально-культурной среды, так и с индивидуальными личностными, психологическими и физическими свойствами, а наряду с этим освоение методов самостоятельной работы по психологической, физической и социальной реабилитации [3, 4].

Согласно результатам исследования, проведённого Национальным институтом демографических исследований (INED, Франция) совместно с Национальным институтом здоровья и медицинских исследований (INSERM, Франция), «существует явное и устойчивое неравенство между мужчинами и женщинами в том, что касается

инвалидности», особенно после 65 лет. В более раннем возрасте различия не столь заметны, женщины даже находятся в лучшем положении, например реже нуждаются в госпитализации, затем ситуация меняется на противоположную.

Во многих случаях болезнь, приводящая к инвалидности, определяет сексуальное поведение пациентов. Мужественность инвалидов мужского пола соотносится с представлениями об идеальном мужчине, образ которого — часть местной культуры. Чем дальше мужчина-инвалид отстоит от идеала, тем больше он испытывает психологическое давление, как за счёт внутреннего фактора (самосознания), так и за счёт внешнего фактора (восприятия его другими людьми). Рассматривая гендерные психологические проблемы инвалидов-женщин, представляется целесообразным сравнивать положение и переживания этих людей с положением и переживанием женщин без инвалидности, а не с проектируемым положением женщин (то есть с положением, которое женщины хотели бы занимать в обществе) и тем более не с положением и переживаниями мужчин. Существуют лишь единичные публикации результатов подобных исследований в России [5].

Гендерные различия у инвалидов с ампутированными дефектами конечностей такие же, как у других групп инвалидов с нарушением структуры и функций конечностей.

Нами впервые проведено комплексное

Таблица 1

Распределение пациентов по месту проживания

Регион	г. Казань		Республика Татарстан, город		Республика Татарстан, село, деревня		Чувашская Республика		Российская Федерация	
Пол	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Количество	127	18	67	18	52	10	20	2	4	—
Всего	145		85		62		22		4	
Итого	318									

Примечание: М — мужской пол; Ж — женский пол.

исследование инвалидов с нарушениями структуры и функций конечностей. Мы анализировали качество жизни и индивидуально-личностные характеристики в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья с целью формирования индивидуальной программы медико-социальной реабилитации [1, 8].

Объектом исследования были жители г. Казани, ряда других городов, рабочих поселков, деревень и сёл Республики Татарстан, жители Чувашской Республики и некоторых других регионов России с нарушениями структуры и функций конечностей, обратившиеся для протезирования в Казанский протезно-ортопедический центр (табл. 1). В общей сложности обследованы 318 человек с ограниченными возможностями в возрасте от 18 до 66 лет, из них выбран 191 человек. Сбор эмпирических данных проходил в период с 2008 по 2010 гг.

Распределение пациентов по основным экспертным категориям инвалидности представлено в табл. 2. Детальное описание структуры инвалидности было ранее опубликовано в нашей статье [2].

Обращает на себя внимание преобладание лиц третьей группы инвалидности (178 из 318) и незначительное количество инвалидов первой группы (14 из 318). Инвалиды третьей группы имеют высокий реабилитационный потенциал (наиболее работоспособные и социально обустроенные), а первой и второй — весьма небольшой восстановительный резерв [1, 2].

Эмпирические данные мотивационной сферы были получены при помощи анкетирования и тестирования 191 человека. Проведено комплексное изучение факторов контекста, включённых в схему структуры Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [8]: качества жизни, индивидуально-психологических особенностей личности, эмоциональной и мотивационной сферы, окружающей социально-культурной и природной среды. Анализировали следующие характеристики:

1) качество жизни пациента, оцениваемое с помощью международного опросника SF-36, адаптированного к использованию в

Таблица 2

Распределение по группе и причине инвалидности

Причина инвалидности	Пол	Группа инвалидности			Итого
		Первая	Вторая	Третья	
Общее заболевание	М	6	51	69	126
	Ж	1	12	23	36
	Всего	7	63	92	162
Трудовое увечье	М	3	32	44	79
	Ж	—	5	4	9
	Всего	3	37	48	88
Инвалид с детства	М	2	8	18	28
	Ж	—	2	6	8
	Всего	2	10	24	36
Заболевание, полученное в период военной службы	М	2	16	14	32
Общее количество инвалидов		14	126	178	318

Примечание: М — мужской пол; Ж — женский пол.

Российской Федерации;

2) уровень тревожности (ситуативной тревожности как состояния и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека), определяемый по шкале реактивной (ситуативной) и личностной тревожности (разработана Спилбергером Ч.Д., адаптирована Ханиным Ю.Л.);

3) уровень депрессии (тест Бека);

4) характерологические особенности пациента, диагностированные с помощью методики акцентуаций характера К. Леонгарда (тест Шмишека);

5) мотивация — потребность в аффилиации;

6) мотивация достижения успеха (Мехрабиан А.).

Потребность в аффилиации (от англ. присоединять, присоединяться) — социальная потребность человека в принятии другими людьми, стремление в создании тёплых, эмоционально близких отношений. Данная потребность реализуется в дружбе, привязанности, любви, общении. Близкие отношения с другим человеком снижают тревогу, смягчая последствия физиологического или психологического стресса. Нарушения аффилиации ведут к отчуждённости, одиночеству и изоляции, хотя со стороны такие люди могут казаться независимыми и самодостаточными.

Ампутация конечности сама по себе представляет для личности серьёзную стрессовую ситуацию, которая в подавляющем большинстве случаев, не будучи психологически обработанной, превращается в хроническую травму. Последствиями психологической травмы становятся нарушения в эмоциональной и мотивационной сферах личности, а также в создании и поддержании отношений привязанности. Люди, имеющие психологическую травму в анамнезе, либо стремятся к полному слиянию в отношениях, подчиняя себя и партнера зависимости, либо избегают привязанности и не способны установить с другим человеком подлинную близость.

В целом по выборке аффилиативная потребность была напрямую связана с тревожным ($r=0,15$, $p < 0,05$) и эмотивным ($r=0,17$, $p < 0,01$) характером, в то время как застревающие черты личности способствовали снижению потребности в привязанности ($r=-0,26$, $p < 0,01$).

Выраженность стремления быть принятым другими людьми отрицательно коррелировала с потребностью в достижении

успеха ($r=-0,19$, $p < 0,05$), что подтверждено другими исследованиями мотивации [6].

Аффилиативная потребность не была напрямую связана с качеством жизни. Также она не зависела от возраста, уровня двигательной активности и качества протезирования. Эти факты, включая малое количество корреляций мотива аффилиации со всеми проанализированными параметрами, свидетельствуют о том, что в реабилитационных процессах не стоит делать ставку на потребность пациента в близости и привязанности. С другой стороны, по мнению исследователей мотивации, ситуации, сопряжённые с тревогой и неуверенностью, сопровождающиеся чувством одиночества и беспомощности, могут вызывать нарушение аффилиации. И тогда в близких отношениях с другими людьми может располагаться богатый ресурс психологического благополучия личности.

Гендерные особенности проявились в статистически значимо большей аффилиативной потребности у женщин по сравнению с мужчинами ($t=2,87$, $p < 0,05$). Также женщин отличала выраженная отрицательная взаимосвязь стремления в принятии другими людьми с мотивацией достижения ($r=-0,46$, $p < 0,01$), в мужской выборке эта связь оказалась недостоверной ($r=-0,11$).

Мужчины, перенёвшие ампутацию конечности, при высокой ситуативной тревоге были склонны избегать близости ($r=-0,19$, $p < 0,05$). Этот факт противоречит известной закономерности, что люди в состоянии стресса стремятся к близости и созданию отношений привязанности. Проявившаяся тенденция свидетельствует о том, что ампутация конечности оставляет в психике мужчины глубокий травматический след, деформируя способность создавать и поддерживать отношения. В женской выборке потребность в аффилиации никак не связана с особенностями эмоциональной сферы.

Другая изученная нами мотивация имеет в своей основе потребность в достижении успеха — стремление к успеху в той или иной деятельности, неудовлетворённость достигнутым, настойчивость в достижении целей и преодолении препятствий, выраженное желание превзойти уже достигнутые результаты и соревноваться с другими людьми или с самим собой. Противоположным полюсом является мотив избегания неудачи. Его проявления состоят в том, что активность человека основана на стремлении избежать неприятностей, сохранить безопасность и

свести к минимуму любой возможный риск.

Корреляционный анализ показал, что мотивация достижения снижается с возрастом ($r=-0,17$, $p < 0,05$), активность пожилых людей основана скорее на избегании неудачи.

Демонстративные ($r=0,21$, $p < 0,05$) и гипертимные ($r=0,24$, $p < 0,01$) личности в большей степени стремились к достижениям и успеху. Педантичные ($r=-0,23$, $p < 0,01$), тревожные ($r=-0,28$, $p < 0,01$) и циклотимные ($r=-0,28$, $p < 0,01$) черты характера были связаны с мотивацией избегания неудач.

Выраженность мотивации достижения отрицательно коррелировала с ситуативной ($r=-0,26$, $p < 0,01$), личностной ($r=-0,22$, $p < 0,05$) тревожностью и депрессией ($r=-0,41$, $p < 0,001$), то есть улучшение эмоционального состояния пациента позитивно сказывалось на мотивации. А учитывая тот факт, что стремление к успеху напрямую зависит от уровня двигательной ($r=0,18$, $p < 0,05$) и общей ($r=0,20$, $p < 0,05$) активности пациента, то на эту связь можно опираться, мотивируя пациента к лечению и реабилитации.

Гендерные отличия проявились в том, что мотивация достижения оказалась статистически значимо сильнее у мужчин ($t=-2,82$, $p < 0,05$). Для женщин с доминирующим мотивом избегания неудачи были характерны высокая личностная тревога ($r=-0,38$, $p < 0,05$) и депрессия ($r=-0,36$, $p < 0,05$). В мужской выборке отмечена отрицательная зависимость силы мотивации достижения с ситуативной ($r=-0,23$, $p < 0,01$), личностной ($r=-0,19$, $p < 0,05$) тревогой и депрессией ($r=-0,36$, $p < 0,001$). Из этого следует, что тревожность и депрессия отрицательно сказываются на стремлении к успеху у обоих полов.

У мужчин уровень двигательной и общей активности был положительно взаимосвязан с мотивацией достижения (соответственно $r=0,20$, $p < 0,05$ и $r=0,24$, $p < 0,01$), но не влиял на потребность быть принятым другими людьми. У женщин корреляции между этими переменными хотя и были положительными (соответственно $r=0,15$ и $r=0,19$), но не достигали 5% порога статистической значимости; также не выявлено достоверной взаимосвязи аффилиативной потребности с уровнем двигательной активности и её возможностью. Эти факты свидетельствуют о том, что в реабилитационных программах для мужчин, мотивируя

пациента, можно опираться на стремление к улучшению результатов и преодолению препятствий, в то время как для женщин эта мотивация, как и стремление быть принятой другими людьми, мало влияет на восстановительные процессы.

ВЫВОДЫ

1. Мотивационная сфера инвалидов с ампутированным конечностью связана с характерологическими особенностями личности и состоянием эмоциональной сферы.

2. Мотивация аффилиации и мотивация достижения напрямую не влияют на качество жизни пациента, эта связь опосредована эмоциональными состояниями тревожности и депрессии.

3. При составлении индивидуальной программы реабилитации инвалидов необходимо учитывать гендерные особенности, поскольку взаимосвязи мотивации достижения, аффилиации, личностных черт, эмоциональной сферы и характеристик двигательной активности у мужчин и женщин различны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аухадеев Э.И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, — новый этап в развитии реабилитологии // Казан. мед. ж. — 2007. — №1. — С. 5-9.
2. Биктимирова Ф.М. Структура инвалидности, связанная с ампутиацией конечностей // Казан. мед. ж. — 2011. — №2. — С. 281-284.
3. Иксанов Х.В., Тазиев Р.В., Аухадеев Э.И., Идиатуллина Э.Р. Освоение новых методических подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов // Медико-социал. эксперт. и реабил. — 2006. — №1. — С. 13.
4. Пузин С.Н., Иксанов Х.В., Аухадеев Э.И. Методология и практика развития медико-социальной реабилитации инвалидов как региональной социальной системы (по материалам Республики Татарстан). — М., 2008. — 93 с.
5. Ткаченко В.С. Медико-социальные основы независимой жизни инвалидов. Учебное пособие. — М.: Дашков и К., 2010. — С. 303-308.
6. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения. — СПб.: Речь, 2001. — 240 с.
7. Шестаков В.П. Методологические аспекты оценки качества и эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов // Вестн. С.-Петербург. мед. акад. им. И.И. Мечникова. — 2005. — №1. — С. 43-46.
8. International Classification of Functioning, Disability and Health. — Geneva, 2001. — <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (дата обращения: 01.10.2012).