

Родион Евгениевич Барабанов,

аспирант кафедры возрастной психологии им. Л. Ф. Обуховой, факультета психологии образования Московского государственного университета психологии и образования, психолог отделения комплексной реабилитации ГБУ ЦССВ «Южный», преподаватель кафедры дополнительного профессионального образования Московского психологического и социального университета, г. Москва, Россия

ORCID ID 0000-0002-4044-2685

УДК 159.9.072.43

**ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ
ГОЛОСОВОГО АППАРАТА**

В статье приведены результаты исследования субъективной оценки качества жизни лицами с особыми образовательными потребностями (на примере людей с патологией голосового аппарата) и здоровыми респондентами. Согласно полученным данным определена структура качества жизни лиц с нарушением голоса. По нашему мнению это позволит разработать в рамках образовательного пространства траекторию качественной социально-психологической помощи студентам. Это будет способствовать повышению уровня жизни и реализации индивидуальных образовательных траекторий. Нами было изучено субъективное оценивание качества жизни людей с патологией голосового аппарата и здоровых респондентов. Выявлено категории качества жизни в обеих группах респондентов.

Ключевые слова: качество жизни, особые образовательные потребности, субъективное оценивание, патология голосового аппарата.

На сегодняшний день улучшение качества жизни населения является одной из основных задач развития прикладного аспекта общественных наук. Термин «качество жизни» ученые используют для оценивания общего благополучия отдельно взятого человека или населения в целом. Трудно дать определение этому понятию, поскольку оно состоит из целого набора объективных и субъективных измерений, которые могут изменяться с течением времени или с приобретением человеком нового опыта [2, с. 59]. Каждая дисциплина ориентируется на свои подходы и концепции. Это означает, что термин «качество жизни» приобретает различное толкование и предполагает использование разных способов измерения.

В трудах, посвященных качеству жизни, главным образом преобладает средовой подход, ориентированный на изучение условий жизни (социально-экономических, социально-политических, медицинских). В противовес этому в современных концепциях чаще формулируют идею первостепенной значимости таких социально-психологических параметров качества жизни, как социальная активность, психологическое благополучие, возможности реализации своего личностного потенциала [5, с. 17].

Теоретические основы в отношении психологических составляющих качества жизни, а также факторов, формирующих это качество, были описаны в трудах М. Аргайла (1987), Н. Маликова (2002), Г. Альбрехта (1999), Р. Винховена (1994), Э. Дайнера (1984), И. Джидарьян (1995), Г. Зараковского (2009), К. Рифф (1995), М. Реплей (2003), Т. Савченко (2004), Ф. Пеонидиса (2006), Д. Хайбрана (2007) и др. Однако, несмотря на рост числа исследований проблемы качества жизни у здоровых респондентов и различных групп лиц с особыми потребностями, многие вопросы психологических составляющих качества жизни остаются недостаточно изученными. Для исследований структуры качества жизни при психической и соматической патологиях характерны широкий, и в то же время, фрагментарный ряд методологий, как с точки зрения дизайна исследований, так и используемого инструментария, основанного больше на представлениях разработчиков опросников качества жизни о субъективном мире респондентов [7, с. 27]. Большинство измерителей качества жизни были созданы в Северной Америке и Великобритании, а их перевод и транскультуральная адаптация для использования в других странах сопряжены со значительными затратами времени,



в связи с чем многие опросники существуют только на языке оригинала [15, р. 977].

По мнению некоторых ученых [3, с. 18], с позиции психологических составляющих качество жизни представляет собой трехкомпонентную структуру: 1) *удовлетворенность* (когнитивное оценивание удовлетворенности различными аспектами жизни); 2) *приятные*; 3) *неприятные* эмоции (хорошее или плохое настроение). Так, Е. Diener полагает, что эти три составляющие качества жизни объединяются для того, чтобы создать единый индекс психологического благополучия. Автор считает, что человек будет обладать высоким уровнем качества жизни при условии, если в большинстве случаев он ощущает удовлетворение от жизни и в некоторых ситуациях он может испытывать неприятные эмоции и переживания [17, р. 190]. Представители другого теоретического подхода анализируют качество жизни как позитивное психологическое функционирование индивида. Основателем этого подхода принято считать С. Ryff, которая в своих исследованиях указывает на прямую зависимость между психологическими компонентами качества жизни и структурными элементами данных теорий. По мнению автора, понятие «самопринятие» является основополагающим и связано не только с понятиями «чувство собственного достоинства» и «самоуважение», но и охватывает признание человеком своих сильных и слабых сторон, что и определяет функциональность качества жизни. Эти понятийные категории также могут быть соотнесены с понятием индивидуации К. Юнга и положительным оцениванием индивидуального прошлого человека, представленной в работах Э. Эриксона элементом «эго»-интеграции.

Концептуальная разработка психологических составляющих качества жизни в контексте российской науки принадлежит А. Ворониной, которая предлагает рассматривать этот феномен как системное качество человека, формирующееся у него в процессе жизни и основано на сохранении психофизиологических функций. Автор делает вывод, что уровень качества жизни отражает взаимосвязь между психическими и соматическими процессами. Многоуровневая структура качества жизни, разработанная А. Ворониной, состоит из психосоматического здоровья, социальной активности, психического и психологического здоровья, которые в процессе формирования и развития человека дают ему новое видение себя, мира вокруг, а также новые возможности для реализации творческого потенциала [8, с. 142].

В контексте изучения структуры качества жизни различных групп респондентов, в том числе имеющих сомато-психические заболевания, в современных российских условиях, по данным Е. Мильке и Е. Сви-стуновой (2016), у подростков с избыточным весом качество жизни представлено такими категориями, как «положительные отношения с окружающими», «управление окружением», «автономия», «социальная активность» и «самопринятие». Авторы исследо-

вания отмечают, что все они становятся значимыми в связи с тем, что избыточный вес искажает восприятие своего тела подростками, снижая степень принятия себя в целом, из-за чего возникают депрессивные настроения, чувство изолированности и ненужности. У подростков с избыточной массой тела возникает больше трудностей в общении с окружающими, умения отстаивать свои интересы и взгляды, контролировать собственную деятельность.

Исследуя качество жизни детей с интеллектуальной недостаточностью, А. Щербакова и Е. Осипова (2016) отмечают, что многолетняя реабилитационная деятельность позволяет включить детей с выраженной умственной отсталостью в социальный контакт, а также помогает выделить предпочитаемый ими вид деятельности, развить эмоциональный интеллект, что является подтверждением повышения качества их жизни [14, с. 54].

Немало научных работ посвящено изучению структуры качества жизни у больных эпилепсией. В этом отношении ученые [10, с. 123] выделяют минимум пять субсфер, которые в совокупности представляют собой психологическую структуру качества жизни больных эпилепсией. Среди этих субсфер исследователи выделяют «здоровье» (восприятие себя здоровым на когнитивном уровне), «энергичность», «эмоциональное благополучие» (многие пациенты эту субсферу рассматривают как синоним качества жизни вообще), «когнитивное функционирование», «социальное функционирование», «работа» (или «профессиональная активность»). Полученные данные неоднократно были подтверждены на основе многофакторного линейного регрессионного анализа и не вызывают сомнений.

Помимо этого, особое внимание исследователей привлекает группа лиц с врожденными пороками сердца. Качество жизни пациентов после операции Фонтана несколько ниже, чем среднестатистические показатели здоровых респондентов, хотя также достаточно высоки. В этом случае картина качества жизни представлена такими категориями, как «физическое функционирование», «ролевое функционирование», «общее здоровье», «жизнеспособность», «социальное функционирование», «эмоциональное функционирование», «психологическое здоровье». Выявленные показатели качества жизни пациентов с врожденными пороками сердца обеспечивают им ведение активного образа жизни без существенных физических, социальных и психологических проблем. Однако ученых в большей степени интересует другая, не менее серьезная соматическая патология, связанная с нарушением деятельности дыхательной системы, а именно – гортани и голосового аппарата.

Патология голосового аппарата (гортанная патология) является одной из наиболее распространенных в соматической медицине, а в частности в оториноларингологии. Сведения о распространенности нарушений голоса в России и данных других зарубежных авторов весьма разнятся. Согласно



результатам обследования голоса в США, Японии, Израиле и других странах, проведенного Д. Вильсоном (1990), процент голосовых нарушений колеблется от 1,5 до 21 % [2, с. 59]. По данным исследовательской работы Ю. Василенко (2003), частота хронических заболеваний голосового аппарата среди взрослых составила около 60 случаев на 10 000 городских жителей, а среди людей, имеющих речевые профессии, нарушениями голоса страдали до 40 % [3]. Разницу результатов обследования голосовой функции можно объяснить различиями в критериях, лежащих в основе исследований, в возрасте испытуемых и в условиях проведения экспертизы. В последнее десятилетие возрастает число больных молодого трудоспособного возраста, у которых на фоне гортанной патологии развивается инвалидность, что требует специальной организации образовательного и трудового пространства [13, с. 70]. Таким образом, вопрос изучения качества жизни лиц с патологией голоса и сопоставление этих данных с группой здоровых респондентов приобретает актуальность. В рамках образовательного пространства это позволит разработать траекторию качественной социально-психологической помощи студентам, целью которой станет повышение уровня качества жизни и реализация индивидуальных образовательных траекторий.

В связи с традиционным стремлением к объективизации измерения качества жизни, исследования людей, живущих с соматической патологией, сосредоточены на изучении объективных средовых переменных. Так, во многих странах мира проблему изучения и повышения качества жизни лиц с определенным соматическим заболеванием решают путем улучшения социально-экономических условий их существования и оптимизации оказываемой им медико-реабилитационной помощи (как в системе здравоохранения, так и в системе образования и социальной защиты) [1, с. 79]. Одной из целей и тактических задач деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации является повышение качества и увеличение объема услуг по реабилитации и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья. В рамках этой деятельности до 2025 г. Министерство планирует осуществить мероприятия, предусматривающие совершенствование систем медико-социальной экспертизы, реабилитации, сопровождения и социальной интеграции инвалидов, создание равных возможностей для них во всех сферах жизни общества. Это запланировано осуществить путем обеспечения доступности физического, социального, экономического и культурного окружения, здравоохранения и образования, информации и связи.

Таким образом, большинство государственных программ социального развития и научных исследований, которые проводят в этом направлении, сосредоточены на изучении качества жизни с точки зрения внешних, по отношению к субъекту, условий существования. Вследствие этого работы, посвященные изучению качества жизни лиц с особыми

образовательными потребностями (к которым относятся и лица с патологией голосового аппарата), зачастую сосредоточены на негативных сторонах и последствиях заболевания (низкий уровень жизни, снижение социальной включенности, выявление степени физической и психологической неполноценности). Анализ общетеоретических взглядов на проблему качества жизни в разных отраслях науки подтверждает, что исследователи признают высокую значимость субъективного аспекта качества жизни, который касается внутреннего содержания человеческой жизни – вопросов счастья, субъективного благополучия личности в условиях определенных жизненных обстоятельств [3, с. 190]. Нами была предпринята попытка изучения субъективного оценивания качества жизни лицами с патологией голосового аппарата и здоровыми людьми, выявления категорий качества жизни и их сравнение в обеих группах респондентов.

Эмпирическая база исследования

Для проведения исследования нами была отобрана экспериментальная (ЭГ) и контрольная (КГ) группы, общей численностью 90 человек.

Исследование ЭГ было проведено на базе ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России». За период с декабря 2016 по март 2017 г. в опросе приняли участие 45 респондентов, которые были пациентами отделения фониатрии ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России». Из них 29 взрослых (поздний юношеский период) и 16 подростков (ранний юношеский период) с нарушением голоса в возрасте от 16 до 25 лет (21 юноша и 24 девушки) – учащиеся различных вокально-эстрадных отделений. Средний возраст $20 \pm 1,4$ года. В структуре гортанной патологии преобладала гипотонусная дисфония – 20 респондентов (46 %); узелки голосовых складок – 17 (40 %); мутационная дисфония – 5 (9 %); афония – 3 респондента (5 %).

Исследование КГ было проведено на базе АОЧУ ВО «Московский финансово-юридический университет МФЮА». В период с сентября по декабрь 2016 г. в опросе также приняли участие 45 человек, которые были студентами I–IV курсов бакалавриата, а также колледжа. Из них 36 взрослых (поздний юношеский период) и 9 подростков (ранний юношеский период) в возрасте от 16 до 23 лет (23 юноши и 22 девушки). Средний возраст был $19 \pm 1,3$ года.

Процедура исследования

Процедура исследования представляла написание обеими выборками развернутых эссе на тему качества жизни. Целью такой деятельности было выявление субъективного оценивания качества жизни.

Инструкция. *Поразмышляйте на тему качества жизни человека. Как Вы понимаете качество жизни? Что такое качество жизни для Вас лично? Ответ запишите в виде небольшого эссе (перед ответом укажите свой возраст и пол).*



Пример одного из таких эссе представлен на рисунке 1.

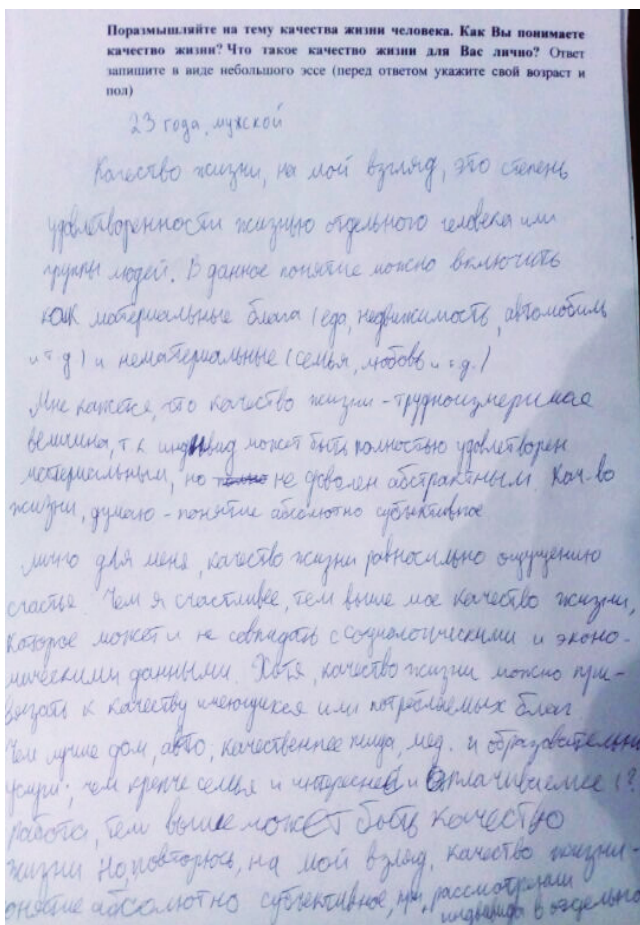


Рис. 1. Образец эссе респондента с патологией голосового аппарата

Результаты исследования

На первом этапе субъективного оценивания качества жизни здоровых респондентов и респондентов с заболеванием голосового аппарата результаты обрабатывали при помощи контент-анализа. На основе экспертного оценивания текстов-самоотчетов были получены 54 категории. Выделение категорий производилось на основе аксиологической модели Спренджера.

На втором этапе, выявленные категории качества жизни были подвергнуты математической обработке, а именно – факторному анализу, который был применен для изучения взаимосвязей между значениями выделенных переменных и определения структуры качества жизни с выявлением факторных нагрузок в определенных категориях (показателях) качества жизни, которые автоматически были объединены в большие группы.

Наряду с этим, в процессе обработки данных, был задействован также H -критерий Крускала–Уоллиса для проверки равенства значений в обеих выборках. Для всех вышеописанных целей использовали программу математической обработки информации SPSS версии 22.0. На основе анализа повернутой матрицы компонентов удалось получить следующие данные.

В группе респондентов, имеющих патологию голосового аппарата, выявлены такие категории качества, как «самопринятие», «самореализация», «продуктивность», «калокагатия (гармония)», «самоценность», «психологическое благополучие», «здоровье», «саморегуляция», «активный образ жизни» (табл. 1). Большинство из этих категорий носят интроспективный характер и обращены ко внутреннему потенциалу человека.

Таким образом, выделенные категории являются значимыми для группы респондентов с патологией голосового аппарата.

Это можно связать с тем, что лица, имеющие нарушение голоса, на момент исследования находились на этапе лечения, что оказывало фрустрирующее воздействие на них, была нарушена коммуникация. Важно отметить, что у представителей ЭГ на фоне заболевания и изменения социальной активности нередко формируется субъективное ощущение неполноценности, а также низкая самооценка и неуверенность в себе [6, с. 39]. Подобные особенности эмоционально-личностной сферы обусловлены попаданием респондентов ЭГ в стрессовую ситуацию, а именно – ситуацию переживания болезни и ограничения профессиональной деятельности, их общий эмоциональный фон характеризуется нестабильностью реакций, тревогой, нарастающей субклинически выраженной депрессией и вегетативным возбуждением. На фоне давности заболевания (у 75 % респондентов около двух лет) уровень стресса чрезмерно повышается вследствие снижения порога стрессоустойчивости в связи с общей астенизацией организма [6, с. 39]. Причиной специфичности для лиц с патологией голосового аппарата перечисленных категорий могут служить имеющиеся признаки психоэмоционального напряжения в связи с длительностью нахождения на амбулаторном и/или стационарном лечении, что вынуждает респондентов на протяжении длительного времени заниматься вопросами собственного здоровья в ущерб образованию, профессиональной деятельности и социальной активности (в такие моменты для них особо значимыми становятся помощь и поддержка родных, друзей, коллег и т. д.) [там же].

Поскольку больные зачастую сталкиваются с ситуацией, когда окружающие задают неудобные вопросы касательно их голоса, заставляющие смущаться или стыдиться, они стесняются себя и других, ощущая физическую неполноценность, опасаются вступать в контакт с посторонними людьми и даже родственниками [там же]. В связи с этим, вполне очевидным является наличие таких субъективных категорий качества жизни, как «самопринятие» и «самоценность». Важно, что лица с нарушением голоса по сравнению со здоровыми людьми в большей степени подвержены страху перед незнакомыми и будущим. Этот страх занимает доминирующую позицию над интересом, который в норме способствует расширению социальных связей и отношений, включению



Таблиця 1

Результаты факторного анализа в ЭГ респондентов с патологией голосового аппарата

Показатели качества жизни	Факторные нагрузки	Структурные компоненты КЖ
Принятие	0,824	Самопринятие
Медицинские услуги	0,599	
Понимание/взаимопонимание	0,579	
Семья/дети	0,562	
Дружба/друзья	0,564	
Общение	0,690	
Удовлетворенность собой	0,545	
Уровень самооценки	0,533	
Здоровье	0,766	Самореализация
Карьера	0,538	
Социальное положение	0,547	
Самореализация/саморазвитие	0,544	
Самостоятельность	0,551	
Самоорганизация	0,570	Продуктивность
Целеполагание	0,695	
Мотивация	0,520	
Востребованность	0,508	
Достижение целей	0,537	
Удовлетворенность собой	0,543	Калокагатия (гармония)
Уровень самооценки	0,579	
Принятие	0,537	
Ощущение нужности	0,625	
Поддержка	0,506	
Хорошие отношения с семьей	0,678	
Понимание/взаимопонимание	0,528	
Отсутствие стресса	0,633	
Гармония	0,785	Самоценность
Активный образ жизни	0,739	
Принятие	0,506	
Поддержка	0,501	
Доверие	0,588	
Качественные медицинские услуги	0,516	
Благоприятные социальные условия	0,519	
Уважение	0,508	
Вера	0,571	Психологическое благополучие
Удовлетворенность собой	0,610	
Отсутствие стресса	0,595	
Хорошее настроение	0,570	
Самореализация/саморазвитие	0,522	
Любимое дело	0,532	
Хорошие отношения с семьей	0,557	
Благополучие близких	0,555	
Мир	0,501	Здоровье
Дециальность	0,548	
Отсутствие стресса	0,518	
Гармония	0,523	
Хорошее настроение	0,544	
Отдых/спокойствие	0,540	
Мир	0,527	
Радость/удовольствие	0,516	
Удовлетворенность собой	0,520	Саморегуляция
Отсутствие стресса	0,508	
Уровень самооценки	0,532	
Здоровье	0,566	
Любовь	0,503	
Целеполагание	0,601	Активный образ жизни
Самореализация/саморазвитие	0,593	
Самоорганизация	0,574	
Гармония	0,511	
Любимое дело	0,512	
Хорошие отношения с семьей	0,571	
Мир	0,522	
Отсутствие стресса	0,632	
Активный образ жизни	0,757	



человека в происходящие вокруг него события [5; 7]. В этом случае мы выделяем такие категории, как «активный образ жизни» и «самореализация».

В группе здоровых респондентов выявлены такие категории, как «принятие/понимание», «мотивационная направленность», «самореализация», «социальная направленность», «смыслжизненные ориентации», «общение», «жизнестойкость», «самоотдача» (табл. 2). Таким образом, выделенные категории являются значимыми для этой группы респондентов.

Полученные результаты (табл. 2) можно связать с тем, что в КГ респонденты находились вне лечебных мероприятий, поэтому их учебной и профессиональной деятельности ничто не угрожало. Они пребывали в относительно благоприятных условиях по сравнению с членами ЭГ, которые были отлучены от своих повседневных обязанностей и деятельности и должны были соблюдать голосовой режим. Можно допустить, они больше подвергались влиянию стрессовых воздействий. Членов КГ отличает от ЭГ наличие

Таблица 2

Результаты факторного анализа в КГ здоровых респондентов

Показатели качества жизни	Факторные нагрузки	Структурные компоненты КЖ
Принятие	0,917	Принятие/взаимопонимание
Любовь	0,814	
Ощущение нужности	0,805	
Поддержка	0,674	
Хорошее настроение	0,583	
Понимание/взаимопонимание	0,540	
Гармония	0,557	
Целеполагание	0,932	Мотивационная направленность
Мотивация	0,922	
Востребованность	0,763	
Свобода личности	0,757	
Самореализация/саморазвитие	0,540	
Достижение целей	0,533	
Путешествия	0,548	
Карьера	0,821	Самореализация
Социальное положение	0,763	
Доверие	0,652	
Самореализация/саморазвитие	0,625	
Образование	0,554	
Самоорганизация	0,562	
Медицинские услуги	0,867	
Социальные услуги	0,824	Социальная направленность
Политическая обстановка	0,822	
Благоприятные социальные условия	0,615	
Любимое дело	0,583	
Одежда	0,880	Смыслжизненные ориентации
Еда	0,713	
Любимое дело	0,660	
Образование	0,554	
Отдых/спокойствие	0,754	
Благополучие близких	0,608	
Уважение	0,845	Общение
Хорошие отношения с семьей	0,623	
Понимание/взаимопонимание	0,588	
Благополучие близких	0,518	
Дружба/друзья	0,514	
Общение	0,563	
Хобби	0,586	Жизнестойкость
Самореализация/саморазвитие	0,566	
Отдых/спокойствие	0,554	
Семья/дети	0,703	
Дружба/друзья	0,618	
Вера	0,542	
Самостоятельность	0,635	
Самоорганизация	0,554	Самоотдача
Поддержка	0,501	
Свобода личности	0,537	
Самореализация/саморазвитие	0,557	
Вера	0,860	
Дециальность	0,785	
Самоотдача	0,936	
Радость/удовольствие	0,583	



жизнестойкости и самоотдачи, что может усиливать устойчивость к фрустрации и способствовать развитию социальной активности. Также в процессе обработки данных на основе *H*-критерия Крускала–Уоллиса были выявлены достоверные различия между исследуемыми группами по следующим параметрам.

1. Для группы респондентов с патологией голосового аппарата характерна более высокая значимость ценностей здоровья, общения, понимания/взаимопонимания и принятия на уровне самопринятия ($p \leq 0,05$), самоорганизации, саморазвития и социального положения на уровне реального поведения – самореализации ($p \leq 0,01$), целеполагания, уровня самооценки и удовлетворенности собой на уровне активной деятельности (активной трудовой жизни) – продуктивности ($p \leq 0,05$), ощущения нужности, хороших отношений с семьей, отсутствия стресса, гармонии и активного образа жизни на уровне гармоничного функционирования личности – калокагатии ($p \leq 0,05$) и активного образа жизни ($p \leq 0,01$), отсутствия стресса, удовлетворенности собой, веры и доверия на уровне осознания смысла в своей жизни – самооценности ($p \leq 0,05$), хорошего настроения, хороших отношений в семье, благополучия близких, здоровья, спокойствия, дециальности и отсутствия стресса на уровне психологического благополучия ($p \leq 0,05$) и общего здоровья ($p \leq 0,05$). Социальная направленность для них – это важная, но не главная сфера в жизни ($p \leq 0,05$). Кроме того, для лиц с патологией голосового аппарата более значимыми являются ценности саморегуляции ($p \leq 0,05$), а менее значимы – ценности смысложизненных ориентаций ($p \leq 0,05$). Для них характерна большая ориентация на свои чувства ($p \leq 0,05$), переживания ($p \leq 0,05$), способность адаптироваться к переменам в жизни ($p \leq 0,05$), убежденность в том, что в жизни многое зависит от внешних условий ($p \leq 0,05$).

2. Для условно здоровых же респондентов характерным является принятие/взаимопонимание ($p \leq 0,05$), мотивационная направленность – уверенность в возможности влиять на события и следовать своим целевым установкам ($p \leq 0,05$), более значимы ценности социальной направленности и обще-бытовых ориентаций: медицинские и социальные услуги, политическая обстановка, любимое дело, одежда, еда, отдых и т.д. ($p \leq 0,05$). Работу рассматривают как источник получения денег для существования и развития социального статуса; одной из главных целей является обеспечение финансового благополучия ($p \leq 0,05$). Вместе с тем, для здоровых респондентов важным фактором является общение и самоотдача ($p \leq 0,05$).

Таким образом, полученные результаты выявили различия в субъективного оценивания качества жизни лиц с патологией голосового аппарата и здоровыми респондентами. Эти различия проявились в ценностных ориентациях и субъективном понимании качества жизни и ее структурных компонентах. При этом структурно только лишь компонент «самореализация» присутствует в КГ и ЭГ респондентов, поскольку здоровые люди и те, кто имеет какой-

либо соматический недостаток, стремятся к раскрытию собственных возможностей, выражению внутренней сущности на внешнем социокультурном уровне. Вопрос в этом случае возникает лишь один: как психологические составляющие качества жизни влияют на развитие внутренней картины болезни у лиц с патологией голосового аппарата?

Таким образом, исследование качества жизни и его структуры у респондентов с особыми образовательными потребностями (на примере лиц с патологией голосового аппарата) и здоровых людей позволило выявить основные структурные составляющие качества жизни, что в последующем даст возможность описать понятие качества жизни и определить влияние на качество жизни различных факторов и личностных характеристик, среди которых могут быть мотивационная направленность, жизненные ориентации, совладающее поведение, внутренний/внешний контроль, саморегуляция, самооценивание, самоуважение, самопринятие, оптимизм/пессимизм, жизнерадостность, жизнестойкость, психические защиты и т. д. На основе полученных данных мы сможем оценить реабилитационный потенциал у больных с патологией голосового аппарата и найти особый подход к их психологической реабилитации как в условиях лечебно-оздоровительной, так и образовательной среде.

Использованные литературные источники

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Мысль, 1991. – 299 с.
2. Айвазян С. А. Россия в межстрановом анализе синтетических категорий качества жизни населения. Часть I: Методология анализа и пример ее применения / С. А. Айвазян // Мир России. – 2002. – Т. X. – № 4. – С. 59–96.
3. Алмакаева А. М. Субъективное восприятие качества жизни: теоретико-методологические и методические аспекты анализа : дис. ... канд. соц. наук / А. М. Алмакаева. – Самара, 2007. – 143 с.
4. Андреевкова Н. В. Сравнительный анализ удовлетворенности жизнью и определяющих ее факторов / Н. В. Андреевкова // Мониторинг общественного мнения. – 2010. – № 5 (99). – С. 189–215.
5. Аргайл М. Психология счастья; пер. с англ. / общ. ред. и вступ. ст. М. В. Кларина / М. Аргайл. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2003. – 272 с.
6. Барабанов Р. Е. Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса / Р. Е. Барабанов, Е. Б. Фанталова // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т. 5. – № 4. – С. 39–49 (DOI: 10.17759/cpse.2016050403).
7. Бурковский Г. В. Сравнительный анализ двух инструментов для измерения качества жизни психически больных (ВОЗКЖ-ЮО и ЛКОЛП) / Г. В. Бурковский, Е. В. Левченко, Р. Тейлор // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2008. – № 1. – С. 23–27.
8. Воронина А. В. Проблема психического здоровья и благополучия человека: обзор концепций и опыт



структурно-уровневого анализа / А. В. Воронина // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 21. – С. 142–147.

9. Головина Г. М. Структура показателя общей удовлетворенности жизнью / Г. М. Головина // Качество жизни: критерии, оценки. Отечественный и зарубежный опыт : Тезисы Международного научного семинара (Москва, 2–25 октября). – М. : ВНИИТЭ, 2002. – С. 17–19.

10. Гусев Е. И. Качество жизни и стресс у больных с симптоматической парциальной эпилепсией / Е. И. Гусев, А. Б. Гехт, Л. Е. Мильчакова и др. // Сборник статей Российской Академии наук. – 2002. – С. 123–127.

11. Журавлева Н. А. Динамика ценностных ориентаций личности в российском обществе / Н. А. Журавлева. – М. : Институт психологии РАН, 2006. – 335 с.

12. Заракровский Г. М. Качество жизни населения России: Психологические составляющие / Г. М. Заракровский. – М. : Смысл, 2009. – 319 с.

13. Казарина О. В. Научное обоснование совершенствования фониатрической помощи в Российской Федерации : дис. ... канд. мед. наук / О. В. Казарина. – М., 2014. – 130 с.

14. Щербакова А. М. Субъективное качество жизни детей с ограниченными возможностями здоровья, включенных в программы совместной игровой деятельности / А. М. Щербакова, Е. А. Осипова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016. – № 2 (16). – С. 54–63.

15. Albrecht G. L. The disability paradox: high quality of life against all odds / G. L. Albrecht, P. J. Devlieger // Social Science and Medicine. – 1999. – Vol. 48. – No. 8. – P. 977–988.

16. Berto P. Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatments / P. Berto // Pharmacoeconomics. – 2002. – Vol. 20. – No. 15. – P. 1039–1059.

17. Diener E. Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses / E. Diener, R. J. Larsen // Journal of Personality and Social Psychology. – 1984. – No. 5. – P. 96–101.

18. Diener E. Measuring Quality Of Life: economic, social and subjective indicators / E. Diener // Social Indicators Research. – 1997. – No. 40. – P. 190–216.

19. Taylor J. Factors predictive of resilience and vulnerability in new-onset epilepsy / J. Taylor, A. Jacoby, G. A. Baker et al. // Epilepsia. – 2011. – Vol. 52. – No. 3. – P. 610–618.

References

1. Abulhanova-Slavskaya, K. A. (1991). *Strategiya zhizni [The strategy of life]*. Moscow [in Russian].

2. Ayvazyan, S. A. (2002). *Rossiya v mezhranovom analize sinteticheskikh kategoriy kachestva zhizni naseleniya. Chast I: Metodologiya analiza i primer ee primeneniya [Russia in the intercountry analysis of synthetic categories of the quality of life of the population. Part I: Analysis methodology and an example of its application]*. Mir Rossii – The World of Russia. 4, 59–96 [in Russian].

3. Almakaeva, A. M. (2007). *Sub'ektivnoe vospriyatie kachestva zhizni: teoretiko-metodologicheskie i metodicheskie aspekty analiza [Subjective perception of the quality of life: theoretical, methodological and methodological aspects of analysis]*. Samara [in Russian].

4. Andreenkova, N. V. (2010). *Sravnitelnyy analiz udovletvorennosti zhiznyu i opredelyayuschih ee faktorov [Comparative analysis of life satisfaction and its determinants]*. Monitoring obshchestvennogo mneniya – Monitoring of public opinion. 5 (99), 189–215 [in Russian].

5. Argayl, M. (2003). *Psihologiya schastyia [Psychology of Happiness]*. 2nd ed. St. Petersburg [in Russian].

6. Barabanov, R. E., Fantalova, E. B. (2016). *Osobennosti emotsionalno-lichnostnoy sfery i lits s narusheniem golosa [Features of the emotional-personal sphere in persons with voice disorder]*. *Klinicheskaya i spetsialnaya psihologiya – Clinical and special psychology*. 4, 39–49 (DOI: 10.17759/cpse.2016050403) [in Russian].

7. Burkovskiy, G. V., Levchenko, E. V. & Teylor R. (2008). *Sravnitelnyy analiz dveh instrumentov dlya izmereniya kachestva zhizni psihicheski bolnykh (VOZKZH-YuO i LKOLP) [Comparative analysis of two tools for measuring the quality of life of mentally ill people (VOKZH-SOO and LKOLP)]*. *Obozrenie psihiatrii i meditsinskoy psihologii im. V. M. Bekhtereva – Survey of psychiatry and medical psychology named after V. M. Bekhterev*. 1, 23–27 [in Russian].

8. Voronina, A. V. (2005). *Problema psihicheskogo zdorovya i blagopoluchiya cheloveka: obzor kontseptsiy i opyt strukturno-urovneвого analiza [The problem of mental health and human well-being: a review of concepts and experience of structural-level analysis]*. *Sibirskiy psihologicheskii zhurnal – Siberian Psychological Journal*. 21, 142–147 [in Russian].

9. Golovina, G. M. *Struktura pokazatelya obshchey udovletvorennosti zhiznyu [The structure of the indicator of total satisfaction with life]*. *Kachestvo zhizni: kriterii. otsenki. Otechestvennyy i zarubezhnyy opyt – Quality of life: criteria, estimates. Domestic and foreign experience*. 17–19. [in Russian].

10. Gusev, E. I., Gekht, A. B. & Milchakova, L. E. (2002). *Kachestvo zhizni i stress u bolnykh s simptomaticheskoy partsialnoy epilepsiyey [Quality of life and stress in patients with symptomatic partial epilepsy]*. *Sbornik statey Rossiyskoy Akademii nauk – Collected papers of the Russian Academy of Sciences*. 123–127 [in Russian].

11. Zhuravleva, N. A. (2006). *Dinamika tsennostnykh oriyentatsiy lichnosti v rossiyskom obshchestve [Dynamics of value orientations of the individual in Russian society]*. Moscow [in Russian].

12. Zarakovskiy, G. M. (2009). *Kachestvo zhizni naseleniya Rossii: Psihologicheskkiye sostavlyayushchiye [Quality of life of the population of Russia: Psychological components]*. Moscow [in Russian].

13. Kazarina, O. V. (2014). *Nauchnoye obosnovaniye sovershenstvovaniya foniatricheskoy pomoshchi v Rossiyskoy Federatsii [Scientific explanation of the improvement of phoniatic care in the Russian Federation]*. Moscow [in Russian].

14. Shcherbakova, A. M. & Osipova, E. A. (2016). *Subyektivnoye kachestvo zhizni detey s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorovia. vkluchennykh v programmy sovmestnoy igrovoy deyatel'nosti [Subjective quality of life of children with limited health opportunities included in the programs of joint game activity]*. *Voprosy psikhicheskogo zdorovia detey i podrostkov. – Questions of mental health of children and adolescents*. 2 (16), 54–63 [in Russian].



15. Albrecht, G. L. & Devlieger, P. J. (1999). *The disability paradox: high quality of life against all odds*. Social Science and Medicine. Vol. 48, 8, 977-988.

16. Berto, P. (2002). *Quality of life in patients with epilepsy and impact of treatments*. Pharmacoeconomics. Vol. 20, 15, 1039-1059.

17. Diener, E. & Larsen, R. J. (1984). *Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses*. Journal of Personality and Social Psychology. 5, 96-101.

18. Diener, E. (1997). *Measuring Quality of Life: economic, social and subjective indicators*. Social Indicators Research. 40, 190-216.

19. Taylor, J. Jacoby, A. & Baker, G. A. et al. (2011). *Factors predictive of resilience and vulnerability in new-onset epilepsy*. *Epilepsia*. Vol. 52, 3, 610-618.

Barabanov Rodion, Postgraduate Student of L. F. Obukhova Chair of Developmental Psychology, Department of Psychology of Education, Moscow State University of Psychology and Education; Psychologist of Comprehensive Rehabilitation Department, State government-financed institution "Yuzhnyi" Family education promotion center; Teacher of Department of Supplementary Vocational Education of Moscow Psychological and Social University, Moscow, Russia

SURVEY OF QUALITY OF LIFE STRUCTURE IN PERSONS WITH PATHOLOGICAL DEFECTS OF VOCAL APPARATUS

The article presents the results of the study of subjective assessment of quality of life by individuals with special educational needs (for example, people with pathology of the vocal apparatus) and healthy respondents. According to the obtained data, the structure of the quality of life of persons with a speech impairment is determined. In our opinion, in the educational space, this will allow developing a trajectory of high-quality social and psychological assistance to students. This will contribute to raising the standard of living and the realization of individual educational trajectories. We examined the subjective evaluation of the quality of life of people with pathology of the vocal apparatus and healthy respondents, and identified the categories of quality of life in both groups of respondents.

Today improving the quality of life is one of the main tasks that guide the development of the applied science of

the general sciences. The term "quality of life" is used by scientists to assess the general welfare of a single person taken or volatility in the world. It is difficult to define this concept, because it consists of a whole range of objective and subjective measures, which can be changed with the time or with the acquisition of a new experience by a person

In the works devoted to the quality of life, the main idea is based on the method of reproduction, based on the study of the conditions of life (co-economic, co-operative, political, medical). In opposition to this, in modern concepts, they are formed in the manner of the primordial knowledge of such co-operative and psihologicheskikh parameters of the quality of life, as a socially active, psychedelic behemoth, the possibility of the realization of one's own personal potency.

Key words: *quality of life, special educational needs, subjective evaluation, pathology of the voice apparatus.*

Барабанов Р. С., аспірант кафедри вікової психології ім. Л. Ф. Обухової, факультету психології освіти Московського державного університету психології та освіти, психолог відділення комплексної реабілітації, викладач кафедри додаткової професійної освіти Московського психолого-соціального університету, м. Москва, Росія

ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ З ПАТОЛОГІЄЮ ГОЛОСОВОГО АПАРАТУ

У статті наведено результати дослідження суб'єктивного оцінювання якості життя особами з особливими освітніми потребами (на прикладі людей з патологією голосового апарату) і здоровими респондентами. Відповідно до отриманих даних визначено структуру якості життя осіб з порушенням голосу. На нашу думку, в межах освітнього простору це дасть змогу розробити траєкторію якісної соціально-психологічної допомоги студентам. Це сприятиме підвищенню рівня життя та реалізації індивідуальних освітніх траєкторій. Нами було вивчено суб'єктивне оцінювання якості життя людей з патологією голосового апарату і здорових респондентів. Виявлено категорії якості життя в обох групах респондентів.

Ключові слова: *якість життя, особливі освітні потреби, суб'єктивне оцінювання, патологія голосового апарату.*