

УДК 616.24-003.6-071.2-072.8-08:615.851

Л.О. Васякіна

**ПСИХІЧНА СКЛАДОВА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗ**

Запорізький державний медичний університет

**Ключові слова:** пневмокониоз, якість життя, психологічні особливості, соціальне функціонування, працездатність, психофеноменологія

Пневмокониози (ПнК) є значною проблемою вітчизняної пульмонології у зв'язку зі зростанням поширеності захворювання, обтяженням його перебігу й ростом інвалідності [18].

Ситуація хвороби різко змінює характер взаємовідносин людини з навколишнім світом. Тому комплексний розгляд взаємозв'язку хвороби та особистості дозволяє говорити про зміну не фізичного та / або психічного статусу хворого, а всієї системи його відносин зі світом і до світу [1;2;6;7;11].

Теоретичною основою цього напрямку у вітчизняній клінічній психології є концепція особистості В. М. Мясіщева (1960, 1974), в якій людина розуміється як єдина біопсихосоціальна система, а особистість – як система емоційно насичених відносин з соціальним оточенням і самим собою. У цій системі хвороба як ситуація невизначеності і непрогнозованого результату може виступати у якості самостійного психотравмуючого фактору, дестабілізуючи «картину світу», руйнуючи самооцінку індивіда, звичний порядок навколишніх подій, міжособистісної взаємодії, і, в цілому, соціального функціонування особистості [3;10;15;16].

Ця обставина привела до вироблення нових міждисциплінарних концепцій, здатних забезпечити методологічну основу для взаємодії соматології та психології. Такою сполучною ланкою стала концепція якості життя (ЯЖ). ЯЖ, пов'язана зі здоров'ям, розглядається як інтегральна характеристика фізичного, психічного і соціального функціонування здорової і хворої людини, заснована на його суб'єктивному сприйнятті. Увага до ЯЖ як основного критерію ефективності лікувально-відновлювальних заходів при відсутності реальної загрози життю пацієнта є значущим результатом гуманізації лікарської практики. Дослідження ЯЖ в медицині було покликане висунути на перший план суб'єктивне в переживанні хвороби, що розуміється переважно в термінах задоволеності – незадоволеності, благополуччя – неблагополуччя. Дослідження зазначених психосоціальних характеристик та їх взаємодії дозволяє розкрити особливості глибинного переживання пацієнтом ситуації хвороби. Особливе значення подібне дослідження набуває у хворих з хронічною соматичною патологією [4;5;12;17].

ЯЖ як показник здоров'я населення поряд з показниками народжуваності, смертності в останні роки привертає увагу вчених різних спеціальностей. Зростання актуальності цієї проблеми пов'язане з усвідомленням необхідності відновлення прав людини у суспільстві. Особливо гостра потреба в її рішенні для зах-

ворювань, які мають чітко виражену соціальну значимість і супроводжуються обмеженням прав людини у суспільстві, до таких захворювань відноситься й ПнК [8;13;14].

ЯЖ – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного й соціального функціонування хворого, заснована на його суб'єктивних властивостях. Принципово важливою відмінністю досліджень ЯЖ від традиційно застосованих в медицині клінічних й інструментальних методів є те, що оцінка стану хворого базується на його суб'єктивному сприйнятті, що не завжди збігається з думкою лікаря й навколишніх. Ця особливість оцінки ЯЖ значною мірою погоджується зі стрижневим положенням концепції реабілітації, яким, як відомо, є апеляція до особистості хворого, що відрізняє реабілітацію від лікування у власному змісті цього слова. Оцінка ЯЖ самим хворим – важливий і надійний показник його загального стану. Вивчення ЯЖ надає лікареві унікальну можливість подивитися очима пацієнта на його захворювання й зміни, що відбуваються в процесі медичних і психосоціальних впливів. Ці дані поряд із традиційним медичним висновком дозволяють скласти цілісну й об'єктивну картину стану хворого.

Оскільки показники ЯЖ можуть змінюватися в часі залежно від стану, обумовленого ендегенними й екзогенними факторами, то потрібен його постійний моніторинг і при необхідності коректування лікувальних і реабілітаційних впливів.

Тому **метою дослідження було:** вивчити ЯЖ та її взаємозв'язок з клініко-феноменологічним станом у хворих з ПнК.

**Контигент та методи.** Дослідження проводилися на протязі 2008 – 2011 років на базі 3-го терапевтичного відділення КЛПУ «ОКЛПЗ». До групи обстежених увійшли 493 хворих на ПнК у віці від 40 до 60 років, із них 269 (95,13 %) чоловіків і 24 (4,87 %) жінок. Група пацієнтів з першою стадією захворювання склала 168, другою стадією 298 осіб. До групи пацієнтів з третьою – 27 хворих.

Для вирішення мети було використано клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний та статистичний методи.

Психічне стан оцінювався відповідно до сучасної міжнародної класифікації хвороб, визначався за наявності ознак достатніх, за критеріями DSM-IVR і МКХ – 10, для діагностики розгорнутого синдрому. Висновки про поширеність окремих форм психічних розладів робилися лише на підставі зазначених критеріїв

Проводилось комплексне обстеження кожного пацієнта, яке включало клінічний огляд (збір скарг, вивчення анамнезу хвороби і життя). Для вивчення якості життя використовували загальний опитувальник ЯЖ ВООЗ-100.

Нами були обстежені 224 хворих на ПнК віком від 40 до 60 років, – у середньому ( $53,2 \pm 3,2$ ) років. Серед них – 4 жінки та 220 чоловіків. Серед обстежених інвалідами III групи було визнано 168 хворих, інвалідами II групи – 56 чоловік.

Для порівняльної оцінки ЯЖ та соціального функціонування нами була обстежена контрольна група з 40 осіб з аналогічними віковими та соціальними показниками.

Предметом дослідження було ставлення пацієнтів з ПнК до хвороби і лікування, до свого соціального функціонування в умовах хвороби.

**Результати та їх обговорення.** При дослідженні ЯЖ встановлено, що ПнК значно знижує рівень ЯЖ хворих за всіма критеріями опитувальника ЯЖ ВООЗ-100 у порівнянні з загально визначеними нормативними показниками. Аналіз результатів дослідження показав, що хворі ПнК оцінюють якість свого життя по більшості з параметрів шкали ВООЗ-100, як середнє. По жодному з параметрів не відзначено полярних оцінок (дуже погана або дуже гарна ЯЖ), але 2 великі сфери з 6 суб'єктивно оцінювалися хворими як цілком благополучні – це духовна сфера й рівень незалежності (табл. 1).

При порівнянні показників ЯЖ хворих ПнК й здорових осіб, установлені достовірні зниження показників у всіх сферах ( $p < 0,01$  й  $0,001$ ).

Істотні розходження відзначені й при порівнянні загальної оцінки ЯЖ у групах. При цьому показники загальної оцінки ЯЖ виявилися вірогідно нижче у хворих ПнК у порівнянні зі здоровими особами контрольної групи ( $p < 0,001$ ). Особливий інтерес представляє оцінка пацієнтами субсфер свого життя.

Виходячи, із отриманих даних найнижчі оцінки знаходились у рамках субсфер «навколишнє середови-

ще» й «фінансові ресурси». Беручи до уваги необхідність постійної покупки дорогих лікарських засобів, наявність інвалідності, а також несприятливу соціально-економічну ситуацію в країні, можна припустити, що суб'єктивна оцінка свого фінансового становища як поганого є об'єктивною. Безсумнівно, погане фінансове становище, незадоволеність навколишнім середовищем, якістю житла негативно впливають на загальну ЯЖ. Залежність від ліків і лікування, відповідно до власного сприйняття хворих, так само досить несприятливо позначається на їхньому житті. Низька задоволеність доступністю і якістю медичної й соціальної допомоги часто проявляється у відповідях обстежених.

Більшість опитаних пацієнтів (64,90 %) незалежно від перебігу захворювання відзначають відносну працездатність, рухливість, можливість виконувати повсякденні справи.

Можна припустити, що досить високі суб'єктивні оцінки в субсферах «працездатність», «рухливість», «здатність до виконання повсякденних справ», частково служать проявом гіпернормативності (прагнення у всьому додержуватися соціальних норм, «бути не гірше інших», завищений рівень домагання, переоцінка своїх сил й ін.).

Слід зазначити, що більшість пацієнтів (69,00 %) були задоволені особистими відносинами, високо оцінюють практичну соціальну підтримку родини й друзів. Здатність справлятися з життєвими труднощами завдяки особистим переконанням (духовна сфера) відзначена в 57,30 % хворих.

При порівнянні суб'єктивної оцінки хворими свого стану з об'єктивними передумовами, що визначалися в процесі дослідження, виявлені різні сполучення й співвідношення об'єктивних і суб'єктивних показників. З урахуванням сказаного нами було виділено кілька груп пацієнтів.

Група 1: хворі, що реально оцінюють свій соціальний стан і функціонування, у хворих цієї групи матеріальні й соціальні експектації в цілому відповідали

Таблиця 1

Показники ЯЖ хворих ПнК й здоровими особами

Показники ЯЖ	Обстежені особи		p 1 – 2
	Хворі на епілепсію (n = 224)	Здорові (n = 40)	
Фізична сфера	11,8 ± 1,6	17,2 ± 1,5	< 0,001
Психологічна сфера	11,6 ± 1,7	16,6 ± 1,4	< 0,001
Рівень незалежності	12,4 ± 1,8	17,2 ± 1,3	< 0,001
Соціальні взаємини	12,2 ± 1,4	18,2 ± 1,2	< 0,001
Навколишнє середовище	11,4 ± 1,5	16,2 ± 1,4	< 0,001
Духовна сфера	12,8 ± 1,2	17,4 ± 1,6	< 0,001
Загальна оцінка ЯЖ	68,4 ± 3,9	108,2 ± 3,2	< 0,001

об'єктивно існуючим передумовам. Розходження показників якості життя переважно відбивали життєві установки пацієнтів й в основному не дисоціювали з їхнім соціальним статусом і функціонуванням.

Група 2: пацієнти, незадоволені своїм соціальним станом і функціонуванням при завищеній самооцінці й експектаціях. Для них було характерно прагнення на вербальному рівні до високого соціального й матеріального становища без урахування реальних обставин і своїх можливостей, що супроводжується невдоволенням життям, обвинуваченням навколишніх у своїх невдачах і відмовою від доступних форм діяльності.

Група 3: пацієнти, незадоволені своїм соціальним станом, але із заниженою самооцінкою й експектаціями, що скорилися з функціонуванням на зниженому рівні.

Група 4: пацієнти, удоволені своїм низьким рівнем соціального функціонування, у них відзначалася примиреність зі своїм положенням, а також занижені вимоги до себе й навколишнього середовища.

Таким чином, аналізуючи результати проведеного дослідження, слід зазначити, що на всіх стадіях ПнК найбільш значущою сферою відносин хворих є сім'я; значимість цієї сфери, збільшується в міру наростання важкості хвороби. Зниження фізичних можливостей хворих накладає відбиток на всі сфери соціального функціонування, серед яких найбільш фрустрованою є сфера міжособистісної взаємодії (спілкування). Незадоволеність зниженням працездатності і корисної зайнятості характерна для початкових стадій хвороби і не типова – для важких. Ставлення до хвороби пов'язані зі стадією хвороби, ефектом лікування, обізнаністю хворих про особливості хвороби, а також з раптовістю (несподіванкою для хворих) постановки по мірі наростання тяжкості хвороби знижується задоволеність лікуванням і одночасно зростає залежність від лікуючого лікаря.

Якість життя хворих на ПнК знижено за всіма основними параметрами. Ступінь цього зниження пов'язана з тривалістю, стадією (вагою) і ефективністю лікування хвороби. Структура якості життя хворих на ПнК визначається особливостями клінічної картини хвороби, в якій емоційна значущість дихального дискомфорту перевершує больовий синдром. Основні параметри якості життя хворих на ПнК та особливості їх соціального функціонування в умовах хвороби взаємопов'язані з емоційно-особистісними характеристиками.

У хворих на ПнК виявляються характерні зміни в системі відносин особистості, зумовлені особливостями перебігу та стадією хвороби. Найбільш значущою сферою відносин на всіх стадіях є сім'я, значимість якої збільшуються в міру наростання тяжкості хвороби. Сферами найбільшою емоційною незадоволеністю хворих на ПнК є сфера фізичного стану і сфера соціального взаємодій, в якій хворими відзначається обмеження і зміна характеру спілкування. Зниження працездатності турбує хворих на початкових стадіях

хвороби більше, ніж на віддалених.

У половини вивчених хворих на ПнК відзначається адекватне ставлення до своєї хвороби. Значний відсоток хворих (40,00 % і більше) на всіх стадіях мають гіпнозогностичне ставлення до хвороби, що виявляється в недооцінці тяжкості свого стану і прогнозу захворювання; зокрема, 59,50 % вивчених хворих продовжують інтенсивно курити. Такому ставленню до хвороби сприяє виявлене у 94% хворих відсутність обізнаності про хворобу. Рівень інформованості про хворобу виявився пов'язаний з характером виконання лікарських призначень і ставленням до лікування: понад 50% хворих, які не мають уявлення про особливості своєї хвороби, ставляться до лікування негативно або нейтрально (не позитивно).

Емоційний стан пацієнтів з ПнК характеризується відсутністю надмірно виражених ознак тривоги, напруги, психологічного дискомфорту, що приводять до порушення соціальної адаптації. Найбільш вираженим компонентом у структурі психічного стану є астеничний компонент тривожності. На всіх стадіях хвороби рівень особистісної тривожності вище, ніж рівень ситуативної (актуальною) тривоги.

У структурі якості життя хворих на ПнК найбільшою мірою представлений астеничний компонент (незадоволеність життям у зв'язку зі зниженням розумової і фізичної працездатності). У міру розвитку хвороби і переходу на наступну стадію хвороби відбувається значне зниження фізичних можливостей, істотно впливає на всі аспекти життєдіяльності хворих. У найменшій мірі в структурі якості життя хворих на ПнК представлений компонент, що відбиває зміни соціального функціонування у зв'язку з больовим синдромом, не характерним для даного захворювання.

Основні параметри якості життя хворих на ПнК, що відображають суб'єктивну задоволеність хворих різними аспектами свого існування в умовах хвороби, взаємопов'язані з такими клінічними характеристиками, як стадія (тяжкість) хвороби, тривалість захворювання, вплив ПнК на життєдіяльність хворих, ефект лікування. Параметри якості життя взаємопов'язані також з клініко-психологічними характеристиками хворих: незадоволеність своїм фізичним станом і соціальним функціонуванням корелюють з низьким рівнем інформованості про свою хворобу.

#### **Висновки**

Показники фізичного, психологічного та соціального функціонування при ПнК достовірно нижче популяційної норми контрольної групи, настання ремісії захворювання супроводжується поліпшенням параметрів якості життя.

При ПнК, асоційованими з супутніми захворюваннями, відзначаються більш низькі показники якості життя в порівнянні з хворими без супутніх захворювань. Це обумовлено більш інвалідизуючим перебігом захворювання, що призводить до виражених змін у функціональному та соціальному статусах під впливом поєднаної патології.

Зниження якості життя у хворих на ПнК знаходиться в пропорційній залежності від ступеня важкості і тривалості захворювання, наявності супутньої патології.

Найбільш вираженим компонентом у структурі психічного стану є астеничний компонент тривожності. На всіх стадіях хвороби рівень особистісної тривожності вище, ніж рівень ситуативної (актуальною) тривоги.

Психічна складова у структурі якості життя хворих на ПнК найбільшою мірою представлена астеничним компонентом – незадоволеністю життям у зв'язку зі зниженням розумової і фізичної працездатності. У найменшій мірі в структурі якості життя хворих на ПнК представлений компонент, що відбиває зміни соціального функціонування у зв'язку з больовим синдромом.

Параметри якості життя тісно взаємопов'язані з психофеноменологічними характеристиками хворих на ПнК і напряду корелюють з незадоволеністю своїм фізичним станом і соціальним функціонуванням.

#### Література:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. Практическое руководство / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. 400с.
2. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Ю. А. Александровский. – М.: ГОЭТАР-МЕД, 2004. – 240 с.
3. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – Л.: ЛГУ, 1969. – 338 с.
4. Бажин Е. Ф. Метод исследования уровня субъективного контроля / Е. Ф. Бажин, Е. А. Гольякина, А. М. Эткин // Психологический журнал. – 1983. – Т. 5, № 3. – С. 152 – 162.

5. Бассин Ф. В. О развитии взглядов на предмет психологии / Ф. В. Бассин // Вопросы психологии. – 1971. – № 4. – С. 101 – 113.
6. Белялов Ф. И. Психические расстройства в практике терапии / Ф. И. Белялов. – М.: Медпресс-информ, 2005. – 256 с.
7. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
8. Бехтерев В. М. Гипноз / В. М. Бехтерев. – Д.: Сталкер, 1999. – 384 с.
9. Бизюк А. П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. – СПб.: Изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 2003. – 16 с.
10. Бодаев А. А. Введение в кн.: Мясичев В. Н. Психология отношений: Избранные труды / Под ред. А. А. Бодаев. – М.; Воронеж: «МОДЕК», 1998. – 362 с.
11. Бодров В. А. Психологический стресс / В. А. Бодров. – М.: Просвещение, 1995. – 390 с.
12. Бройтгамм В. Психосоматическая медицина / В. Бройтгамм, П. Кристьян, М. Рад. – М.: ГОЭТАР МЕД, 1999. – 376 с.
13. Вассерман Л. И. О системном подходе к оценке психической адаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Беребин, Н. И. Косенков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16 – 25.
14. Вассерман Л. И. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах / Л. И. Вассерман, С. А. Громов, В. А. Михайлов // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 103 – 115.
15. Вассерман Л. И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Академия, 2004. – 730 с.
16. Волков В. Т. Личность пациента и болезнь / В. Т. Волков, А. К. Стрелис, Е. В. Караваева, Ф. Ф. Тетенов. – Томск: Сибирский мед. ун-т, 1995. – 328 с.
17. Воробьев В. М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии / В. М. Воробьев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 33 – 39.
18. Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства / В. Я. Гиндикин. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.

### ПСИХИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗОМ

Л. А. Васякина

На основании изучения клинических, психофеноменологических, психопатологических и социально-психологических особенностей 493 больных пневмококоном (ПнК) в возрасте от 40 до 60 лет, из них 269 (95,13 %) мужчин и 24 (4,87 %) женщин установлено, что показатели физического, психологического и социального функционирования при ПнК достоверно ниже популяционной нормы контрольной группы, а снижение качества жизни у больных находится в пропорциональной зависимости от степени тяжести и длительности заболевания, наличия сопутствующей патологии. Наиболее выраженным компонентом в структуре психического состояния является астенический компонент тревожности. Психическая составляющая в структуре качества жизни больных ПнК наибольшей степени представлена астеническим компонентом – неудовлетворенностью жизнью в связи со снижением умственной и физической работоспособности. Параметры качества жизни тесно взаимосвязаны с психофеноменологическими характеристиками и напряду коррелируют с недовольством своим физическим состоянием и социальным функционированием.

**Ключевые слова:** пневмококоном, качество жизни, психологические особенности, социальное функционирование, работоспособность, психофеноменология

### PSYCHIC COMPONENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PNEUMOCONIOSIS

L. A. Vasyakina

On the basis of clinical, psychophenomenological, psychological and social-psychological characteristics of 493 patients with pneumoconiosis (PnC) at the age of 40 to 60 years, of which 269 (95,13 %) males and 24 (4,87 %) women found that rates of physical, psychological and socio functioning PnC with significantly lower rates of population control group, and reduced quality of life of patients is proportional to the severity and duration of disease, presence of co morbidities. The most dramatic part of the mental state structure of anxiety component is asthenia. Mental component in the structure of the quality of life of patients with most PnC component is represented by asthenia - dissatisfaction with life in connection with a reduction in mental and physical performance. Parameters of quality of life are closely linked to the psycho-phenomenological characteristics and are directly correlated with dissatisfaction with your physical condition and social functioning.

**Keywords:** pneumoconiosis, the quality of life, psychological singularities, social functioning, efficiency, psychophenomenology