

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011
УДК 616.831-02:613.632]-058

М. П. Дьякович¹, П. В. Казакова, И. Ю. Соловьева²

**ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТОКСИЧЕСКОЙ (РТУТНОЙ)
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА***

¹Ангарский филиал УРАМН ВСНЦ экологии человека СО РАМН — НИИ медицины труда и экологии человека; ²Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области

ВОЗ рекомендует определять качество жизни как соотношение индивидом своего положения в жизни общества в контексте его культуры и системы ценностей с планами, возможностями и степенью неустройства. Под качеством жизни больного человека понимают совокупность его переживаний по поводу понимания смысла существования и ценности здоровья, взаимосвязи с внешним миром в соответствии с потребностями и возможностями в условиях болезни [2]. Качество жизни, связанное со здоровьем, в настоящее время стало предметом исследований во многих отраслях медицины, в том числе и неврологии [5, 7, 9]. Результаты исследований по оценке качества жизни больных эпилепсией, рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона представлены в зарубежной и отечественной литературе, но сведения о качестве жизни лиц с хроническими нейротоксикозами профессионального генеза отсутствуют.

Клиническая практика свидетельствует о неполноценности реабилитации больных с профессиональными заболеваниями даже на стадии негрубых функциональных расстройств [8]. В случае такого хронического прогрессирующего неврологического заболевания, как нейротоксикоз профессионального генеза речь может идти лишь о поддерживающей реабилитации, эффективность которой, к сожалению, крайне низка. Результатом прогрессивного течения заболевания в отдаленном постконтактном периоде является развитие токсической энцефалопатии с доминированием психических нарушений органического характера над неврологической симптоматикой [3, 6], что неизбежно снижает качество жизни больных. Проблема нейротоксикозов актуальна для Иркутской области, в профпатологическом бюро медико-социальной экспертизы которой ежегодно проходят освидетельствование 100—110 пострадавших вследствие хронической ртутной интоксикации.

Поскольку функциональное состояние больного можно рассматривать лишь как способность в данное время выполнять некую функцию с определенным результатом, оно не может выявлять то, как человек переносит заболевание и не может считаться индикатором его качества жизни [1]. Субъективные оценки благополучия в различных сферах жизнедеятельности являются показателями определенных психосоциальных характеристик человека, о чем косвенно свидетельствуют данные о влиянии тревожных и депрессивных расстройств на качество жизни, превосходящем влияние на

него самой патологии [11]. Для пациентов показатели физиологических изменений в организме, по которым врач оценивает эффективность лечения, не всегда очевидны. Это отдаляет врача от больного и препятствует рациональному использованию возможностей лечебно-реабилитационного процесса. Знание о качестве жизни больных с ртутной энцефалопатией позволит не только оптимизировать лечебно-реабилитационный процесс, но и оценить его результаты с точки зрения пациента.

Целью настоящей работы являлась оценка качества жизни больных с токсической (ртутной) энцефалопатией профессионального генеза.

Материалы и методы

Объектом медико-социального исследования явились 86 пациентов с ртутной энцефалопатией профессионального генеза, наблюдавшиеся в клинике Института в 2001, 2008 г. Их стаж работы с ртутью составил в среднем $13,6 \pm 0,6$ года, длительность постконтактного периода — $14,8 \pm 0,7$ года, средний возраст — $46,6 \pm 0,8$ года. Все они характеризовались стойкой утратой трудоспособности, имели сходные социально-бытовые условия и образовательный уровень, проживали в одном районе, в период исследования не работали.

Группа сравнения была сформирована из 130 практически здоровых рабочих, имеющих производственный контакт с ртутью, близких по социально-бытовым условиям, проживающих в той же промышленно развитой южной части Иркутской области. Средний возраст обследованных группы сравнения составил $43,2 \pm 0,8$ года, средний стаж — $11,5 \pm 0,7$ года.

Уровень социальной фрустрации и типы отношения к болезни определяли по методикам Л. И. Вассермана (1995, 1998); соотношение терминальных ценностей — по методикам М. Рокича (1973) и Е. Б. Фанталовой (1992); показатели личностного благополучия — по методике З. Ф. Дудченко (2005). Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивали с помощью опросника SF-36. Социально-бытовые условия, выраженность жалоб, жизненные установки оценивали в ходе стандартизированного интервью. Для математико-статистической обработки данных использовали программу Statistica for Windows v. 8 Ru; применяли метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение

Большинство (52%) больных с энцефалопатией имеют среднее специальное образование, 33% — общее среднее, 15% — высшее. В ходе исследования установлено, что более 90% обследованных имеют благоустроенное жилье, 10% проживают в собственных домах с удобствами на улице и небольшими приусадебными участками. Материальный доход пациентов превыша-

М. П. Дьякович — д-р биол. наук, вед. науч. сотр. (marik914@rambler.ru); П. В. Казакова — медицинский психолог (imt@irmail.ru); И. Ю. Соловьева — врач-невролог (agaritova-ira@mail.ru)

* Исследования выполнены при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, грант № 08-06-00528а.

ет прожиточный минимум по Иркутской области для пенсионеров в 5 раз, для трудоспособного населения в 3,6 раза. Наибольшую часть (63,6%) дохода составляют ежемесячные страховые выплаты в соответствии со степенью утраты профессиональной трудоспособности.

Несмотря на то что 95% пациентов имеют семью, для трети из них — это второй и третий брак. Причинами расторжения брака, по их мнению, являлись в большинстве случаев нарушения сексуальной и нервно-психических функций. Треть (33%) пациентов характеризуют отношения в семье как напряженные, более половины указывают на непонимание и отчужденность со стороны родных, особенно со стороны жены. Более 70% не могут назвать людей, которые могут помочь им в трудную минуту, считая, что их совсем нет, или есть всего 1—2 человека.

Прием и посещение хорошо знакомых людей — соседей, родственников, друзей — редкие явления для 60% пациентов. Общение с людьми другого социального круга и возраста вне семьи у большинства (75%) происходит крайне редко, контакт же с незнакомыми людьми для 48% пациентов вообще не представляется возможным. Указанный факт может быть связан с проявлениями таких поведенческих реакций, как патологическая "смущаемость", усиливающаяся при волнении в присутствии даже знакомых, что характерно для ртутного эретизма. Большинство (60%) пациентов предпочитают одиночество. Снижение частоты социальных контактов сопровождается потерей интереса к активной деятельности, чрезмерной чувствительностью и отсутствием социабельности.

У обследованных отмечено существенное сужение интересов. Так, 89% пациентов отмечают, что до заболевания они вели активный образ жизни, занимались разными видами спорта (чаще всего лыжами, футболом), причем 25% из них были присвоены высокие спортивные разряды. В настоящее время только один из пострадавших продолжает заниматься физической культурой. Характерными для сибиряков рыболовством, таежным промыслом, собаководством увлекались 80% обследованных. В числе своих утерян увлечений 70% пациентов назвали чтение, 15% — шахматы. Практически все пациенты забросили чтение, объясняя это быстрым утомлением глаз из-за снижения остроты зрения, плохим пониманием прочитанного текста. Ничем в настоящее время не увлекаются 60% пациентов, 10% проявляют интерес к телепередачам, 30% занимаются легкой работой по дому.

Интересным представлялось изучение представлений обследованных о своем здоровье. Заметное ухудшение здоровья после прекращения трудовой деятельности отмечают 60% пациентов, объясняя, что в коллективе они "держались", не думали о болезнях. В то же время 22% пациентов не замечают никакой динамики в состоянии здоровья, считая, что плохо себя чувствовали, еще работая на производстве. Все обследованные отмечают нарушение сна, изменение характера в сторону нетерпимости, раздражительности, вспыльчивости. Следует отметить, что акцентуация патохарактерологических черт способна приводить к нарушению социальной адаптации, а следовательно, и к снижению возможности социальной реабилитации. В динамике наблюдения установлено достоверное снижение доли лиц (с $17,4 \pm 4,1$ до $4,7 \pm 2,3\%$) с адаптивным типом отношения к болезни, при котором формируется мотивация на поддержание своего здоровья. В структуре дезадаптивного типа отношения к болезни преобладает интрапсихическая направленность реагирования, проявляющаяся в угнетенном состоянии, "ухуде" в болезнь.

Изучение отношения к труду до болезни и в отдаленном периоде ее течения показало, что большинство (85%) пациентов в прошлом имели стойкое желание работать, положительно относились к своей профессиональной деятельности и коллективу, понимали важность результатов своего труда. Свою экономическую незащищенность в настоящее время 88% пациентов объясняют отсутствием желания работать. В ходе исследования у 65% пациентов выявлена пассивно-иждивенческая жизненная позиция с требованиями более существенной моральной и материальной компенсации со стороны государства и предприятия, а также исключительной заботы о себе от близких и повышенного внимания от окружающих. Треть (35%) пациентов имеют пассивную жизненную позицию, предпочитая оставаться в "тени", не выделяться, не спорить, а "плыть по течению", демонстрируют полное безразличие к своей судьбе, утрату интереса ко всему тому, что ранее волновало.

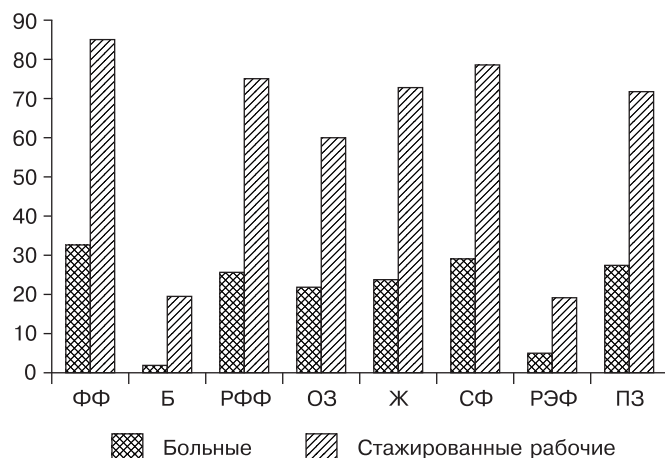
Респонденты из группы сравнения имеют сходный образовательный уровень, в 85% случаях проживают в благоустроенных квартирах. 90% респондентов этой группы состоят в браке, 80% удовлетворены взаимоотношениями в семье и своей профессиональной деятельностью. Доход этих лиц представлен в основном (95%) заработной платой и превышает прожиточный минимум по Иркутской области для трудоспособного населения в 4,7 раза. Следует отметить более благополучную ситуацию по типам жизненных позиций в группе сравнения. Так, 60% опрошенных рабочих имеют активную жизненную позицию, которая соответствует желанию работать для достижения лучшего для себя и своих близких, при этом 28% демонстрируют пассивно-иждивенческую жизненную позицию и 12% — пассивную.

Изучение распространенности бытовых интоксикаций показало, что в группе сравнения доля лиц с вредными привычками была достоверно выше, чем среди пациентов ($69,2 \pm 3,7\%$ против $50 \pm 8,8\%$ курящих и 100% против $53,1 \pm 8,8\%$ употребляющих алкоголь). При этом около трети пациентов из числа не подвергающихся в настоящее время воздействию бытовых интоксикаций отказались от приема алкоголя (40%) и курения (31,3%) в течение последних 5—10 лет, считая, что указанные привычки "ухудшают и так ухудшающееся здоровье". В то же время 58,8% пациентов, употребляющих алкоголь, не могут и не хотят отказаться от этой привычки, несмотря на то что отмечают значительное ухудшение своего состояния после приема алкоголя.

Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, свидетельствует о достоверно более низких значениях (при максимальной оценке в 100 баллов) показателей по всем шкалам у больных с энцефалопатией по сравнению с таковыми у лиц группы сравнения (см. рисунок).

Установленный факт объясняется взаимным влиянием клинических и психосоциальных факторов, которое выражается в прогрессировании профессиональной патологии и увеличении частоты сопутствующих заболеваний, преимущественно неконструктивными типами психологической защиты, интрапсихическим реагированием на болезнь, выявленными ранее [4].

В ходе исследования установлено достоверное отрицательное влияние депрессии на оценку качества жизни по таким субшкалам, как боль ($RS = 0,54$), общее здоровье ($RS = -0,82$), жизнеспособность ($RS = -0,84$), социальное функционирование ($RS = -0,79$), психическое здоровье ($RS = -0,90$). Указанные факты согласуются с мнением американских исследователей о том,



Сравнительная оценка качества жизни больных с ртутной энцефалопатией (баллы).

ФФ — физическое функционирование, Б — физическая боль, РФФ — ролевое физическое функционирование, ОЗ — общее состояние здоровья, Ж — жизнеспособность, СФ — социальное функционирование, РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ — психическое здоровье.

что последствиями депрессии являются в основном психосоциальные нарушения, влияющие на различные аспекты жизни больных [10].

Боль и нарушения физического функционирования, снижающие качество жизни, являются одними из основных проблем по результатам самооценки больных. Наиболее часто пациенты с энцефалопатией предъявляли жалобы на головную боль (80,3%), слабость, утомляемость (63,9%), а также боли в конечностях (59%). Указанные жалобы в 42,4—55,7% случаев оказывали выраженное влияние на общую активность, настроение и способность радоваться жизни, отношения с другими людьми и выполнение домашней работы.

В ходе исследования установлено, что среди больных с энцефалопатией достоверно чаще, чем среди рабочих группы сравнения встречались лица с высоким уровнем социальной фрустрации (83,7% против 47,7%). В динамике наблюдения у пациентов выявлено более выраженное усугубление фрустрированности по таким сферам, как "положение в обществе" и "образ жизни в целом", что может свидетельствовать об усилении социальной депривации.

Пациенты с высоким уровнем социальной фрустрации демонстрируют достоверно более неблагоприятные оценки личностного благополучия ($37,1 \pm 2,1$ балла против $48,2 \pm 2,4$ балла), а также физического функционирования ($0,8 \pm 0,3$ балла против $3,1 \pm 0,8$ баллов). Хотя фрустрация у них достоверно более выражена по всем сферам жизнедеятельности, особо следует отметить такие сферы, как семья (превышение составляет 42%), положение в обществе (37%), образ жизни (36%). При этом лица с разным уровнем социальной фрустрации, не различались по возрасту и степени утраты трудоспособности. Социальная фрустрация как следствие невозможности реализации своих социальных потребностей может быть одним из ведущих механизмов социальной дезадаптации, так как у фрустрированных личностей блокируются мотивации достижений в сфере актуальных потребностей.

В ходе исследования ценностно-потребностной сферы выявлено что у больных с энцефалопатией в большей степени, чем у рабочих группы сравнения, преобладает важность над доступностью ценностей "Здоровье" (89,4% против 37,4%), "Материально обе-

спеченная жизнь" (64,6% против 52,9%), "Интересная работа" (48,8% против 24,6%). Относительный риск расхождений между важностью и доступностью составляет у пациентов 66,5% (у лиц группы сравнения 57,1%), что свидетельствует о выраженности (субъективной значимости) внутриличностного конфликта, влияющего на качество жизни. Усугубляя существующую невротизацию и психопатизацию, он негативно влияет на формирование отношения к болезни и обуславливает стратегию дезадаптивного поведения.

Наличие вестибулярных и координаторных нарушений существенно ограничивает больных с ртутной энцефалопатией в выборе профессии. В то же время у части пациентов на фоне заболевания наблюдаются деформация ценностно-мотивационных установок и смена стратегии социального поведения на аггравационно-рентный тип с отказом от участия в труде, у других — возникновение негативных эмоционально-аффективных реакций в ответ на такие фрустрирующие факторы, как потеря жизненных ориентиров при вынужденной смене социального статуса, сужение круга социальных контактов, значительное расхождение между ожидаемыми и исполняемыми ролевыми наборами. Смещение социальной роли пострадавших из плоскости мужества и героизма ("мы трудились для светлого будущего") в область жертвенности ("нас бросили в ад, мы никому не нужны") под влиянием изменившейся в обществе системы ценностей формирует у них комплекс социальной бесполезности, ведущий к социальной дезадаптации. Лишь 10% пациентов желают посылить трудиться и состоят на учете в Центре занятости населения.

В ы в о д ы

Данные интервьюирования выявили негативные эмоционально-аффективные реакции у пострадавших вследствие хронической ртутной интоксикации на производстве, потерю жизненных ориентиров при вынужденной смене социального статуса, сужение круга социальных контактов, значительное расхождение между исполняемым и ожидаемым ролевыми наборами.

Выявленные отличия в типах жизненной позиции и социабельности у пострадавших можно объяснить прогрессированием болезни в отдаленном ее периоде. Значимыми причинами ухудшения состояния пациентов могут быть не только психоневрологические изменения, являющиеся следствием кумулятивного эффекта нейротоксиканта, но и неспособность личности обеспечить компенсацию нарушенных функций организма адекватными механизмами психологического функционирования, а также наличие внутриличностного конфликта и социальной фрустрации.

Дестабилизирующими факторами в связи с болезнью могут быть хронические боли, провоцирующие депрессивные состояния; длительное медикаментозное лечение, способствующее дестабилизации эмоциональной сферы; осознание пострадавшими ухудшения социального положения; снижение деятельностной активности; семейные конфликты в связи с хроническим заболеванием.

Прогрессирование заболевания и наличие фрустрирующих факторов снижают способность к адекватному эмоциональному реагированию, формируют психосоциальную дезадаптацию, которая поддерживает негативное физическое и психоэмоциональное состояние, снижая эффективность реабилитационного процесса. Возникает замкнутый круг, приводящий к ухудшению качества жизни. Разорвать его может личностно ориентированная медико-социальная реабилитация больных

с учетом клинической стадии заболевания и психосоциальных особенностей.

Представлены результаты динамического медико-социологического исследования, проведенного на связанной выборке пациентов с токсической (ртутной) энцефалопатией профессионального генеза. Показано, что снижение качества их жизни обусловлено не только психоневрологическими нарушениями, но и неспособностью обеспечить их компенсацию адекватными механизмами психологического функционирования, наличием фрустрированности, внутриличностного конфликта в ряде жизненных сфер, дезадаптивного поведения в отношении к болезни.

Ключевые слова: пациенты, качество жизни, токсическая (ртутная) энцефалопатия, внутриличностный конфликт, социальная фрустрация

The study of life quality of patients with toxic (mercurial) encephalopathy of professional genesis

M.P. Dyakovitch, P.V. Kazakova, I.Yu. Solovieva

The article presents the results of dynamic medical sociological survey applied to a sample of patients with toxic (mercurial) encephalopathy of professional genesis. It is demonstrated that the decrease of patients' life quality is due to both psychoneurological disorders and inability to provide their compensation by satisfactory mechanisms of psychological functioning. The frustration, intrapersonal conflict in certain life areas and desadaptable behavior concerning disease are also present.

Key words: patient, life quality, toxic (mercurial) encephalopathy, toxic (mercurial) encephalopathy, social frustration

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л. И. и др. // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — СПб., 2001. — С. 103—114.
2. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А. // Сиб. психол. журн. — 2007. — № 26. — С. 112—119.
3. Думкин В. Н., Рыжкова М. Н., Милков Л. Е. Отдаленные последствия хронических профессиональных нейроинтоксикаций: Метод. рекомендации. — М., 1987.
4. Дьякович М. П. и др. // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2010. — № 1. — С. 36—41.
5. Ионова Т. И. // Неврол. вестн. — 2010. — Т. 42, вып. 1. — С. 88—94.
6. Колесов В. Г. и др. // Журн. неврол. и психиатр. — 2005. — № 1. — С. 25—29.
7. Решетников А. В., Ефименко С. А. Социология пациента. — М., 2008.
8. Тарасова Л. А., Думкин В. Н. // Профессиональные заболевания / Под ред. Н. Ф. Измерова. — М., 1996. — С. 136—200.
9. Meyers A., Gage H., Hendricks A. // Arch. Neurol. — 2000. — Vol. 57. — P. 1224—1227.
10. Solomon D. A. et al. // J. Clin. Psychiatry. — 1995. — Vol. 56. — P. 5—13.
11. Surtees P. G., Wainwright N. W. J. // Br. J. Psychiatry. — 2003. — Vol. 183. — P. 299—303.

Поступила 30.09.10

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ "СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ" В 2011 Г.

Теория и методология

- Ивенская Т. А., Элланский Ю. Г., Худогонов И. Ю., Хлынин С. В. Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников 1 (18)
- Изуткин Д. А. Анализ подходов к понятию "здоровье" в зарубежной социологии 2 (10)
- Решетников А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть III) 1 (3)
- Решетников А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть IV) 2 (3)
- Шишкина Е. А. Экологическая культура как медико-социальная категория 1 (15)

Социологические аспекты деятельности здравоохранения

- Абаева О. П. Медико-социальные проблемы, связанные с реализацией права пациента подросткового возраста на автономию при медицинской помощи 1 (27)
- Глухова Г. А. Изучение удовлетворенности пациентов оказанием высокотехнологичной медицинской помощи 1 (30)
- Щепин О. П., Коротких Р. В., Растегаев В. В., Растегаева И. Н. Результаты изучения состояния профилактики заболеваний и диспансеризации населения на селе 1 (23)

Социология здоровья

- Журавлева И. В. Основные мотивы заботы о здоровье в студенческой среде 1 (32)
- Иванова Л. Ю. Интерес студентов к проблематике здорового образа жизни 2 (54)

Кузьмин С. А. Анализ организации медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе 2 (57)

Социология медицинской профессии

- Блюдников С. А., Михальченко Д. В. Воспроизводство научных кадров медицины в условиях высшей школы (по результатам медико-социологического анализа) 2 (29)
- Бравве Ю. И., Федорова Т. К., Песков С. А., Величина Н. Н., Масленников А. Б. Основные направления деятельности Государственного Новосибирского областного клинического диагностического центра в контексте модернизации здравоохранения 2 (22)
- Санёров В. Н. Деонтологические аспекты отношения врача к обществу 2 (31)
- Сорокин Д. В. Самооценка квалификации преподавателями системы дополнительного профессионального образования врачей-стоматологов 2 (34)
- Шурупов Р. В. Формирование социальной роли врача-педагога в системе непрерывного последиplomного образования (на материалах эмпирического исследования 2006—2010 гг.) 2 (14)

Социология пациента

- Абриталин Е. Ю., Федоров Н. В. Социальное функционирование больных с фармакорезистентными депрессиями 2 (47)
- Мордык А. В., Пузырева Л. В., Подкопаева Т. Г. Социальный статус пациентов противотуберкулезного диспансера и его влияние на отношение к лечению 2 (44)
- Селихова М. С., Григорян В. А. Репродуктивный потенциал и контрацептивное поведение женщин после оперативного родоразрешения 2 (52)