

## ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Храмцова В.В.

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», Днепрпетровск, Украина

*Личностные особенности больных тесно связаны с их адаптационными возможностями и влияют на качество жизни этих пациентов. Цель работы: изучить влияние личностных особенностей на качество жизни больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких пылевой этиологии (ХОЗЛ).*

*Обследовано 102 больных с ХОЗЛ пылевой этиологии методиками: «Мини-мульт», «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья». Выделены личностные особенности больных с неконструктивным стилем переживания с сохранением высокого уровня напряжения; с фиксацией на негативных проявлениях и периодической декомпенсацией; с потребностью в социальной защите. Установлено, что личностные характеристики больных с ХОЗЛ пылевой этиологии значительным образом ограничивают функционирование в обществе и влияют на качество их жизни.*

*Изменение структуры личности у больных ХОЗЛ пылевой этиологии влияет на оценку психического и физического статуса и ограничивает их функционирование в обществе.*

**Ключевые слова:** хронические обструктивные заболевания легких, профессиональная патология, личностные особенности, качество жизни, реабилитация.

### Введение

В последнее время все чаще используются методы изучения качества жизни (КЖ) как возможность оценить способность человека адаптироваться к проявлениям болезни и его функционированию в повседневной жизни [5]. Определение КЖ базируется на оценке человеком уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношении [7, 8]. Всемирная Организация здравоохранения определяет КЖ как степень комфорта человека как внутри себя, так и в пределах общества [12]. Это субъективная оценка, которая зависит как от физического и психоэмоционального состояния, так и от уровня свободы, своего места в обществе и личностных качеств.

Особое значение исследование КЖ приобретает у пациентов с хронической соматической патологией, и в частности при хронических обструктивных заболеваниях легких (ХОЗЛ) и профессиональных заболеваниях легких [2], которые, как правило, сопровождаются значительным снижением КЖ. При этом авторы указывают, что у всех пациентов с ХОЗЛ определяется значительное снижение физической активности, а для больных ХОЗЛ пылевой этиологии характерны как более низкие показатели физической активности, так и эмоционального состояния [4]. ХОЗЛ любой этиологии сопровождается дыхательным дискомфортом настолько эмоционально значимым, что превышает болевой синдром [9]. Прогрессирование болезни тесно связано как с физиологическими нарушениями, так и с психоэмоциональными и психологическими изменениями, которые отражаются на КЖ больных [1].

Авторами отмечается, что устранение патологического симптома не обязательно сопровождается улучшением самочувствия пациента, а взгляды больного на процесс лечения не всегда совпадают с целесообразностью, что открывает необходимость дальнейшего изучения влияния личностных особенностей на КЖ больных с профессиональными заболеваниями легких.

### Материалы и методы

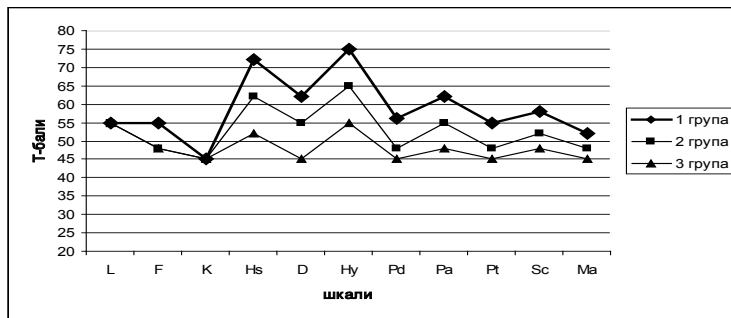
На базе ГУ «УкрГосНИИМСПИ МЗО Украины»

после получения информированного согласия было обследовано 102 больных с заболеваниями ХОЗЛ пылевой этиологии II–III стадии, средний возраст  $54,6 \pm 1,2$  года, в основном мужчины, средняя продолжительность заболевания  $14,4 \pm 0,9$  лет. Для исследования личностных особенностей использовалась методика многостороннего исследования личности в модификации Ф. Б. Березина, которая имеет 3 оценочных и 8 клинических шкал и позволяет дать объективную количественную оценку степени выраженности актуальных невротических нарушений и особенностей личности. Изучались клинические шкалы: Нs – ипохондрии, D – депрессии, Ну – истерии, Pd – психопатии, Pa – паранойальности, Pt – психастении, Sc – шизоидности, Ma – гипомании [3]. По степени выраженности личностных нарушений по шкале Ну выделено 3 группы: 1 группа Ну  $\geq 72$  T–баллов, 2 группа Ну 62–68 T–баллов, 3 группа Ну  $< 62$  T–баллов [10]. КЖ исследовали с помощью «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (международный аналог 36-Item Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) [11]. Оценивали показатели КЖ: физическая активность (ФА), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ), боль (Б) – интенсивность возмездия болевых ощущений на ежедневную деятельность за последние четыре недели, общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (ЖЗ), социальная активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психическое здоровье (ПЗ), здоровье по сравнению с прошлым годом (ОР) – дополнительный критерий, характеризующий динамику изменений общего самочувствия в течение года. Статистическая обработка проводилась с помощью стандартного набора программ Microsoft Excel [6].

### Результаты и обсуждение

По данным многостороннего личностного опросника нами выделено 3 вида личностных профилей пациентов: 1 – с нарушением социальной адаптации, 2 – акцентуация, временами затрудняющая социальную адаптацию, 3 – тенденция доминирования истерических проявлений (рис).

В структуре личности пациентов отмечалась



**Рисунок** - Усредненные профили личностных особенностей больных хроническими обструктивными заболеваниями легких пылевой этиологии

тревога различной степени выраженности, которая устранялась за счет соматизации и вытеснения ее неприемлемых переживаний с формированием демонстративного поведения. При этом чаще всего на первый план выступала ориентация на временную ситуацию и роль больного, что затрудняло участие в групповом процессе, при этом длительные и целенаправленные усилия, необходимые для лечебного процесса, подменялись декларативными заявлениями. Также у них отсутствовало желание «противостоять заболеванию», если оно расценивалось больными как возможность получения выгоды.

У пациентов 1-й группы компенсаторная роль психологического защитного механизма выступала в виде неконструктивного стиля переживания, при котором снижалась тревожность, но эмоциональная напряженность оставалась достаточно высокой. При этом борьба с болезнью у этих пациентов превращалась в борьбу за право считаться больным, и по своему содержанию была средством ухода от ответственности и завоевания удобной социальной позиции. Для лиц 2-й группы была присуща фиксация на негативных проявлениях, что являлось пусковым механизмом для периодических декомпенсаций личности. При этом отмечались болезненное восприятие пациентами сомнений относительно своего здоровья и отказ от общения как реакция протеста. Больные 3-й группы стремились быть социально защищенными со стороны лечебных, профсоюзных и социальных организаций в большей степени, чем со стороны семьи. При этом «статус больного» использовался ими бессознательно.

Пациенты с ХОЗЛ пылевой этиологии характеризовались повышением показателей: личностного профиля по шкалам Hs–ипохондрии, Ну–истерии, Pa–паранойи, Sc–шизоидности и снижением по шкалам Pd–психопатии и Pt–психастении.

Им были присущи высокий уровень тревоги, эмоциональная лабильность, чувствительность к средовым воздействиям, демонстративность с высоким уровнем эмоционального напряжения (конверсионная V); борьба с болезнью позволяла избегать ответственности (Hs); фиксация на негативных проявлениях была пусковым механизмом для декомпенсаций личности (Pa); болезненное восприятие сомнений относительно своего здоровья, в виде протестных реакций (Sc).

Личностные характеристики пациентов с ХОЗЛ пылевой этиологии значительным образом ограничивают функционирование в обществе и влияют на качество их жизни. Группам пациентов в зависимо-

сти от уровня Ну-истерии личностного профиля присущи определенные характеристики оценки качества жизни. Анализ шкал по опроснику SF-36 выявил снижение по всем показателям КЖ у пациентов с профессиональными заболеваниями легких, которые были более отчетливы в 1 и 2 группах.

В повседневной жизни всех больных больше всего беспокоят физические проблемы, которые ограничивают их жизнедеятельность (РФ = 26,3±1,3; 22,9±4,3; 28,8±3,9 балла). Эти лица жалуются на нарушения физического функционирования, что приводит к невозможности выполнения повседневной работы, значительных физических нагрузок, поэтому они негативно оценивают состояние своего здоровья. На ролевое функционирование таких пациентов оказывают значительное влияние как физическое (ФА = 40,2±1,9; 34,7±2,3; 49±1,8 балла), так и эмоциональное состояние (РЕ = 41,5±2,7; 25,5±3,7; 61,1±4,8 балла). На ролевое функционирование влияют эмоциональные состояния, повышенная раздражительность, которые нарушают выполнение каждодневной работы. Характерна сильная фиксация на здоровье и возможности развития осложнений. Эмоциональные состояния чаще всего снижали их социальную активность (СА=37,8±1,9; 59,5±2,6; 83,3±1,9 балов), а жалобы приобретали социальное звучание. Также отмечалось ухудшение по шкале здоровья (ЗЗ=28,4±1,5; 34±1,3; 46,3±2,4 балла) и жизнестойкости (ЖЗ=41,1±0,9; 44,1±1,6; 54,2±1,6 балла), пациенты жаловались на усталость которая снижала работоспособность и влияла на настроение. Снижение настроения, повышенная тревога, раздражительность, на фоне незначительного количества положительных впечатлений существенно ухудшали как психический статус пациента (ПС = 35,9±1,7; 40,3±1,5; 66,6±2,2 балла), так и их общий статус (ОС = 33,6±1,5, 40±0,9; 52,3±1,6 балла). Дефицит энергии, снижение жизнестойкости, чувство беспокойства, рост зависимости от окружающих, психологические и социальные проблемы, потеря работоспособности, все это в полной мере приводит к субъективному восприятию этими лицами физического, психического и общего статуса как очень низкого.

### Заключение

Таким образом, пациенты с хроническими обструктивными заболеваниями легких пылевой этиологии отличаются существенными изменениями структуры личности: вытеснением тревоги, эмоциональной лабильностью, демонстративностью, высокой чувствительностью к воздействию среды, фиксацией на отрицательных эмоциональных переживаниях, что способствует их социальной изоляции и дальнейшей дезадаптации. Существенное снижение показателей качества жизни, прежде всего за счет нарушения физической активности и ухудшения эмоционального состояния значительным образом ограничивает их функционирование в обществе.

Перспективой дальнейших исследований является изучение личностных особенностей, функционального состояния и качества жизни пациентов с ХОЗЛ, необходимые для стратификации риска возможных осложнений и разработки индивидуальных программ реабилитации данного контингента лиц.

## Литература

1. Авдеев С.М. Влияние личностного и клинического профиля на выживаемость пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких // Российский мед. журнал. – 2000. – № 2. – С. 25–26.
2. Ахмедова О.С. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. – С-Пб, 2009. – 205 с.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. – М. : Медицина, 1976. – 186 с.
4. Ладария Е.Г. Исследования качества жизни у больных ХОЗЛ пылевой этиологии // Сборник научных трудов Sworld. – 2011. – www.sworld.com.ua
5. Мещерякова Н. Н. Качество жизни – важнейший интегральный показатель состояния здоровья // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2005. – № 2. – С. 37–39.
6. Митина О. В. Математические методы в психологии. – М. : Аспект Пресс, 2008. – 238 с.
7. Новик А.А., Ионова Т. И. Исследование качества жизни в медицине. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
8. Роль медикаментозного лечения в обеспечении качества жизни больных с обструктивными заболеваниями легких / Т. В. Барановская, Е. И. Давидовская, О. А. Юсупова, И. Н. Кожанова. – Мн. : БелМАПО, 2006. – 41с.
9. Сенкевич Н. Ю. Качество жизни – предмет научных исследований в пульмонологии (По материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТМА-98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания) // Терапевтический Архив. – 2000. – Т. 72. – № 3. – С. 36–41.
10. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ – адаптированный тест ММПИ. – С-Пб.: Речь, 2000. – 133с.
11. Фещенко Ю. І., Мостовой Ю. М., Бабійчук Ю. В. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – №3. – С. 9–11.
12. Чучалин А.Г. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования «ИКАР-ХОЗЛ» // Пульмонология. – 2005. – №1. – С. 93–101.

## Literature

1. Avdeev S.M. Vliyanie lichnostnogo i klinicheskogo profilya na vy'zhivaemost' pacientov s xronicheskimi obstruktivny'mi zabolevaniyami legkix // Rosijskij med. zhurnal. – 2000. – № 2. – С. 25–26.
2. Axmedova O.S. Psixologicheskij status i kachestvo zhizni pacientov s xronicheskoy obstruktivnoj bolezny'u legkix: Dis. ... kand. psixol. nauk: 19.00.04. – S-Ptb, 2009. – 205 c.
3. Berezin F.B., Miroshnikov M. P., Rozhanec R. B. Metodika mnogostoronnego issledovaniya lichnosti v klinicheskoy medicine i psixogigiene. – M. : Medicina, 1976. – 186 s.
4. Ladariya E.G. Issledovaniya kachestva zhizni u bol'ny'x XOZL py'levoj e'tiologii // Sbornik nauchny'x trudov Sworld. – 2011. – www.sworld.com.ua
5. Meshcheryakova N. N. Kachestvo zhizni – vazhnejshij integral'ny'j pokazatel' sostoyaniya zdorov'ya // Atmosfera. Pul'monologiya i allergologiya. – 2005. – № 2. – С. 37–39.
6. Mitina O. V. Matematicheskie metody' v psixologii. – M. : Aspekt Press, 2008. – 238 s.
7. Novik A.A., Ionova T. I. Issledovanie kachestva zhizni v medicine. – M. : GE'OTAR-MED, 2004. – 304 s.
8. Rol' medikamentoznogo lecheniya v obespechenii kachestva zhizni bol'ny'x s obstruktivny'mi zabolevaniyami legkix / T.V. Baranovskaya, E. I. Davidovskaya, O. A. Yusupova, I. N. Kozhanova. – Mn. : BelMAPO, 2006. – 41s.
9. Senkevich N. Yu. Kachestvo zhizni – predmet nauchny'x issledovaniy v pul'monologii (Po materialam Mezhdunarodnogo kongressa INTERASTMA-98 i 8-go Nacional'nogo kongressa po boleznyam organov dy'xaniya) // Terapevticheskij Arxiv. – 2000. – Т. 72. – № 3. – С. 36–41.
10. Sobchik L. N. Standartizirovanny'j mnogofaktorny'j metod issledovaniya lichnosti SMIL – adaptirovanny'j test MMPI. – S-Pb.: Rech', 2000. – 133s.
11. Feshhenko Yu. I., Mostovoj Yu. M., Babijchuk Yu. V. Procedura adaptacii mizhnarodnogo opituv'al'nika ocinki yakosti zhittya MOS SF-36 v Ukraini. Dosvid zastosuvannya u xvorix bronhial'noyu astmoyu // Ukrain's'kij pul'monologichnij zhurnal. – 2002. – №3. – С. 9–11.
12. Chuchalin A.G. Kachestvo zhizni bol'ny'x xronicheskoy obstruktivnoj bolezny'u legkix v Rossii: rezul'taty mnogocentrovogo populyacionnogo issledovaniya «IKAR-XOZL» // Pul'monologiya. – 2005. – №1. – С. 93–101.

## INFLUENCE OF PERSONALITY TRAITS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) OF DUST ETIOLOGY

*Khramtsova V. V.*

State Institution "Ukrainian State Scientific-Research Institute of Medical and Social Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine", Ukraine, Dnepropetrovsk

*Personality traits of patients are closely related to their adaptive abilities and affect the quality of life of these patients. Aim of the study: to investigate the influence of personality traits on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease of dust etiology (COPD).*

*102 patients with COPD of dust etiology were examined with the techniques: Life Style Index, SF-36.*

*We highlighted personality traits of patients with maladaptive coping and high level of stress; with the fixation on the negative aspects and periodic decompensation; with need for social protection. We found that personality traits of patients with COPD of dust etiology significantly limit their social functioning and affect their quality of life.*

*Personality changes of patients with COPD of dust etiology affect the assessment of their mental and physical status and limit their functioning in society.*

**Key words:** *chronic obstructive pulmonary disease, occupational pathology, personality characteristics, quality of life, rehabilitation.*

Адрес для корреспонденции: e-mail: xv2004@yandex.ru

Поступила 28.08.2013