

УДК 616.1:304.3

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРА ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ГОРОДА ТЮМЕНИ

¹Соловьева С.В., ²Наймушина А.Г.¹ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»,
Тюмень, e-mail: sveta_1701_75@mail.ru;²ГОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет»,
Тюмень, e-mail: all6239@yandex.ru

Результаты исследования и анализ данных опросника SF-36 показал, что качество жизни здоровых лиц и пациентов с дисфункциями бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, проживающих на Севере существенно снижено. В то время как у субъективно здоровых жителей г. Тюмени с высоким уровнем самоактуализации распространённость стресс-индуцированных состояний и пограничных психических расстройств составила 127,6 %.

Ключевые слова: качество жизни, самоактуализация, сердечно-сосудистые заболевания, стресс-индуцированные состояния

QUALITY OF THE LIFE AS THE MEDICAL AND BIOLOGIC CHARACTERISTIC OF THE STATE OF HEALTH OF INHABITANTS OF THE NORTH OF THE TYUMEN AREA AND THE CITY OF TYUMEN

¹Soloveva S.V., ²Najmushina A.G.¹Tyumen state medical academy, Tyumen, e-mail: sveta_1701_75@mail.ru;²Tyumen state oil and gas university, Tyumen, e-mail: all6239@yandex.ru

Results of research and the analysis of data of questionnaire SF-36 has shown, that quality of a life of healthy faces and patients with dysfunctions бронхолегочной and the cardiovascular systems living in the north is essentially lowered. While at subjectively healthy inhabitants of Tyumen with high level of self-actualisation prevalence stress-induced of conditions and boundary mental frustration has made 127,6 %.

Keywords: quality of a life, self-actualisation, cardiovascular diseases, stress-induced of a condition

Понятие «качество жизни» как социальный индекс и значимая характеристика жизнеобеспечения человека возникло в 60-е годы в США.

По мнению группы экспертов ВОЗ (1999 г.), «качество жизни – это индивидуальное соотношение целей человека в обществе, его планов и возможностей с положением индивида в жизни общества в контексте культуры и систем ценности этого общества». Другая группа экспертов ВОЗ даёт несколько иное определение: «качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности представляются». Из этого определения следует, что сущность качества жизни имеет преимущественно социально-психологическую природу.

Качество жизни (англ. – quality of life, сокр. – QOL; нем. – Lebensqualität, сокр. LQ) – категория, с помощью которой характеризуют существенные обстоятельства жизни населения, определяющие степень достоинства и свободы личности каждого человека [1, 2]. Как считает Ю.В. Крупнов (2005),

качество жизни, характеризуя и описывая *объективную субъектность*, определяется рефлексивными практиками и знаниями, т.е. принципиально строящимися на основе анализа субъектом средств организации своего мышления и деятельности. Рефлексивность как направленность сознания на себя является фундаментальным свойством работы по определению и организации необходимого качества жизни. Другим свойством является непрерывная сопоставимость качеств жизни различных личностей или общностей между собой как способ определения реальности собственного качества жизни. По нашему мнению, объективным критерием в данном случае может стать определение уровня самоактуализации личности [3].

В биомедицинских исследованиях качество жизни (КЖ) определяется как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.

В настоящее время существует ряд опросников (шкал), которые могут быть разделены на неспецифические (общего типа), т.е. применяемые независимо от но-

зологической формы, и специфические (для лиц с определенным заболеванием). Преимущество общих опросников заключается в том, что их валидность установлена для различных нозологий, что позволяет проводить сравнительную оценку влияния факторов риска на качество жизни, как отдельных субъектов, так и всей популяции. Существенным недостатком данной методики является отсутствие корреляции показателей КЖ с объективными данными клинико-лабораторного исследования пациента.

Основной целью исследования стала сравнительная оценка данных субъективного восприятия КЖ, полученных на основании опросников SF-36, Л. Ридера, А. Jones и клинико-анамнестического метода исследования у субъективно здоровых лиц и пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы исследования

Качество жизни жителей Севера – г. Ханты-Мансийск, г. Сургут (общее число обследованных – 1859 человек) оценили по опроснику SF-36 и экспресс методу Л. Ридера, у жителей г. Тюмени (общее число обследованных 5274 человек, 1822 женщины и 3452 мужчины, в экспериментальной группе – 1345 человек) определяли уровень самоактуализации личности (Jones A., 1986). Основным методом оценки объективной субъективности стал клинико-анамнестический метод обследования и метод прямого опроса. Всем респондентам провели комплексное клинико-лабораторное обследование по стандартной программе (клинический минимум, измерение артериального давления (АД), вычисление индекса массы тела (ИМТ), осмотр терапевта). Эхокардиографическое обследование проводилось на аппаратах «TOSHIBA». Спирографическое исследование у жителей Севера проводилось на Spirosoft SP – 5000 «Fucuda Deushi». Результаты исследования подвергнуты статистической обработке и по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди жителей северных городов 25–55 лет диагностирована артериальная гипертензия I степени (АГ) у 128 мужчин и 135 женщин, дисфункция дыхательной системы – у 133 мужчин и 150 женщин, сочетание АГ I степени и ХОБЛ – у 128 мужчин и 141 женщины.

В ходе многолетних исследований компенсаторно-приспособительных реакций человека к условиям длительного психоэмоционального напряжения и хронического стресса повседневной жизни выявлена большая группа субъективно здоровых мужчин и женщин 25–55 лет, проживающих и работающих в г. Тюмени, при углубленном обследовании которых (СМАД и холтеровское мониторирование, Эхо-КГ, биохимическое

исследование крови) в зависимости от уровня АД впервые диагностирована АГ I-II степени у 443 мужчин и 199 женщин. У 72 мужчин и 309 женщин выявили пограничные психические расстройства (ППР) невротического, депрессивного и психосоматического уровней. У мужчин с ППР зарегистрированы самые высокие показатели уровня общего холестерина ($6,49 \pm 0,12$ ммоль/л), сочетавшиеся с повышенной эхогенностью аорты у 48% пациентов. Ведущим клиническим синдромом у 80% пациентов с ППР и доминирующим стрессором стала эректильная дисфункция (ЭД). Клинико-лабораторное обследование 153 мужчин и 169 женщин не выявило функциональных и морфологических отклонений в состоянии организма у данной категории лиц, но именно в этой группе наблюдали тщательно скрывающиеся психоэмоциональные нарушения, соответствующие картине неспецифического астенического синдрома (АС).

При сравнительной оценке антропометрических данных и кардиогемодинамических параметров у практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 55 лет в зависимости от пола, возраста и места проживания достоверных различий не получено. Физиологические показатели и расчетные индексы органов дыхания и кровообращения у здоровых лиц, проживающих на Севере, в большинстве соответствовали возрастным и находились вблизи верхней или нижней границ нормы. У лиц с ХОБЛ и дисфункцией дыхательной системы имело место удовлетворительное или сниженное состояние основных изученных объемных параметров и снижение скоростных.

В зависимости от места проживания у женщин с артериальной гипертензией I степени достоверных различий показателей морфофункционального состояния сердца не обнаружили. В то время, как у мужчин г. Тюмени, зарегистрированы достоверно более высокие показатели САД (от $146,0 \pm 1,13$ до $148,0 \pm 0,72$ мм рт. ст.) и ДАД (от $90,74 \pm 1,46$ до $97,80 \pm 0,78$ мм рт. ст.) в сравнении с уровнем артериального давления у жителей Севера (САД – от $140,19 \pm 2,07$ до $141,3 \pm 1,18$ мм рт. ст.; ДАД – $92,85 \pm 2,36$ мм рт. ст.). У всех курящих мужчин г. Тюмени вне зависимости от характера дисфункции и у некурящих мужчин при АГ существует равный 10-летний риск смерти от ССЗ по оценке «SCORE». Сочетание высокого уровня базовой тревожности, эректильной дисфункции и акцентуации невротических черт личности по ипохондрическому типу предопределило основной патогенетический механизм развития пограничных психических расстройств у мужчин. Практически

все жители г. Тюмени при первичном осмотре предъявляли жалобы, характерные для неспецифического АС: повышенную утомляемость, нарушения сна, высокую метеозависимость, неприятные ощущения или боли различной локализации, низкое или высокое артериальное давление (АД), головную боль и головокружение.

Общей закономерностью явилось снижение КЖ жителей Севера с увеличением возраста. Наибольшие баллы зарегистрированы по шкалам «физические функции», «социальные функции» и «боль». Тот факт, что респонденты придают большое значение «физической активности», «боли» и «социальному функционированию» говорит о формировании способности оценить собственное здоровье как основной капитал, интересующий работодателя и партнеров по семье и коллективу. В Законе о качестве жизни ХМАО отмечено, что те льготы и возможности, которые обеспечиваются уровнем жизни в нефтегазовом регионе, человек обязан ценить и хранить. Об этом же свидетельствует и высокая шкала собственной оценки с позиций ценности для других сограждан – социальные функции. Боль – важнейший биологический защитник, и понимание его роли – одна из гарантий раннего обнаружения и избегания опасности. Реальная оценка собственной значимости социальной роли довольно высока. «Эмоциональная функция» выше «физической» у лиц женского пола. ХОБЛ и дыхательная дисфункция существенно снижает значения большинства шкал, но сохраняет на первых местах «физические функции», «ролевые функции», «ролевые эмоциональные функции».

Сложившаяся социальная и физическая самооценка у лиц, проживающих на Севере Тюменской области очень прочна. Видимо, этим объясняется малая обратная миграция жителей Севера, создание семей, наличие трудовых династий. Одна из самых низких в стране смертность, несмотря на суровый климат и высокую биологическую цену адаптации к нему, одна из самых больших рождаемостей – реальные свидетельства обоснованности самооценки.

Обращают на себя внимание более низкие баллы у женщин Севера. Женщины вообще менее охотно участвовали в заполнении опросников, отличались большей чувствительностью к смене обстановки, среди них больше метеотропов, у них завышена самооценка в ответах на вопросы прямого опроса. Объективность пока состоит в том, что, несмотря на, сравнительно с другими территориями, большие социально-экономические возможности женщины в обществе, способность к самообеспечению у нее

ниже: у женщин ниже уровень заработной платы, им труднее устроиться на работу, особенно в пенсионный период. Заболевание ими, естественно, воспринимается более негативно. Не исключен эффект психологической защиты. Сохраняется общая закономерность суммарного распределения по баллам шкал оценки КЖ у мужчин и женщин. Общим является и сохранение значимости отдельных параметров качества жизни, что говорит о большем понимании мужчинами и женщинами сути нарушения удовлетворения потребностей, выполнения функций, достижения целей и самим фактом болезненного страдания, а не его природой. Надежда на себя, на производственную организацию обеспечивают самоопределение больного человека. Значение анализа КЖ у лиц, имеющих определенную социальную роль и адаптацию в ней, как видно, при заболеваниях выявляет те стороны личности и физических свойств человека, на которые следует обращать внимание врачу и самому больному при смене статуса здорового на больного. При работающем законе о КЖ жители Севера получают возможность привлечь к регуляции собственного социального и биологического благополучия утверждённые законом льготы.

При анализе факторов риска, который проводился после сбора информации путём прямого опроса установлено, что наиболее вероятными являются пол, возраст, резкие смены климатических параметров, метеотропия, состояние неудовлетворённости сном, нарушение его, одышка, курение, малоподвижность, холод, внутреннее напряжение, утомляемость. Первые три фактора выявлялись с равной частотой во всех группах, а такой фактор, как одышка достоверно чаще в группе лиц с дыхательной дисфункцией и ХОБЛ.

Разработка «Опросника личностной ориентации» (Personal Orientation Inventory, POI) дала исследователям возможность измерить ценности и поведение, связанные с самоактуализацией и качеством жизни. POI – это опросник самоотчета, разработанный для оценки различных характеристик самоактуализации в соответствии с концепцией А. Маслоу и является валидным для измерения уровня оценки позитивного психического здоровья человека. Серьезным ограничением для использования POI, имеющего 150 пунктов, в исследовательских целях является его длина. А. Jones, R. Crandall (1986) разработали краткий индекс самоактуализации, который положительно коррелирует со всеми значениями гораздо более длинного POI ($r = +0,67$) и с измеренными величинами самоуважения и рационального поведения и

убеждений. Шкала имеет приемлемую ретестовую надежность и не восприимчива к выбору ответов «социальной желательности». У всех мужчин и женщин г. Тюмени, вне зависимости от характера дисфункции уровень самоактуализации был выше 45 баллов и свидетельствовал о высоком КЖ респондентов. Клинический метод исследования и метод прямого опроса выявили значимые личностные проблемы у всех жительниц г. Тюмени – внутриличностный конфликт работающей женщины. Последний сопровождается чувством вины и заниженной самооценкой личных достижений в сравнении с коллегами противоположного пола. Ретроспективно оценивая события жизни, женщины делают вывод о том, что не смогли реализовать мечты юности и принесли себя в жертву патриархальному укладу семейных отношений или карьере, но подобный шаг не был по достоинству оценен окружающими. При этом женщины в своих неудачах склонны винить либо себя, либо близких им людей. У здоровых женщин с АС и пациенток с АГ доминировали субъективные симптомы нарушения деятельности ССС в виде выраженного болевого синдрома, высокой метеочувствительности и разнообразных неспецифических общемозговых симптомов на фоне плохой переносимости физической нагрузки. У мужчин г. Тюмени отличительной особенностью оценки состояния здоровья явилось становление субъективного чувства страха потери доминирующей роли в социуме.

У всех мужчин – жителей г. Тюмени уровень образования соответствовал профессиональной компетенции и удовлетворял основную потребность в самореализации личности. Практически все респонденты в качестве основного стрессора, связанного с работой, называли проблемы межличностных отношений с коллегами, жесткие условия конкуренции и страх потерять доминирующую роль в социуме, а не условия организации трудовой деятельности и финансовые трудности. Мужчины были привержены доминирующему ролевому поведению в семье, хотя и допускали равные права и возможности женщин в достижении профессиональных успехов, поддерживали и одобряли карьерный рост супруги, дочери, сестры. В то же время, лучшая социальная адаптация партнерши вызывала у мужчин страх потери доминирующей роли в семье, которая компенсировалась со слов мужчин любовно-эротическими связями вне брака.

Таким образом, общую стратегию адаптации к новой социально-культурологической и экологической среде обитания во многом определяет гендерная идентичность личности. Гендерные различия явля-

ются вторичными продуктами социальных ролей, которые поддерживают или подавляют в мужчинах и женщинах определенные стереотипы поведения. Ориентация личности на традиционные патриархальные ценности и формирование гендерного стереотипа существенно снижает адаптационный потенциал, как женщин, так и мужчин.

Заключение. Результаты исследования и анализ данных опросника SF-36 показал, что качество жизни здоровых лиц и пациентов с дисфункциями бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, проживающих на Севере, существенно снижено, хотя жители северного региона Западной Сибири обладают лучшей социальной поддержкой, так как в 2006 г. Правительство ХМАО приняло «Закон о качестве жизни населения ХМАО». Напротив, детальное клинико-anamnestическое обследование позволило выявить значимые личные проблемы у лиц с высоким уровнем самоактуализации, которые свидетельствуют о худшей социально-психологической адаптации жителей г. Тюмени.

Не следует забывать о том, что основным методом оценки КЖ является мнение самого пациента, так как качество жизни – объективный критерий субъективности. Субъективные симптомы, полученные при тщательном сборе анамнеза также достоверны, как и результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования поскольку являются ощущениями пациента, связанными с патологическим процессом и имеют особое значение для диагностики преморбидных состояний. Согласно постулату А. А. Ухтомского: «субъективные показатели объективны для тех, кто умеет их понимать и расшифровывать».

Список литературы

1. Крупнов Ю.. Рефлексивные практики, инфраструктуры и государственность – основа реконструкции России // Рефлексивные процессы и управление: тезисы IV Международного симпозиума (7–9 октября 2003). – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. – С. 64–67.
2. Крупнов, Ю.В. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.kroupnov.ru/pubs/2005/01/09/10178/>
3. Jones, A. Validation of a short index of self-actualization / A. Jones, R. Crandall // Personality and Social Psychology Bulletin. – 1986. – Vol. 12. – P. 63–73.

Рецензенты:

Болотнова Т.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней поликлинической терапии и семейной медицины ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», г. Тюмень;

Васильев А.П., д.м.н., главный научный сотрудник ТКЦ, научный руководитель отделения коронарной недостаточности. Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», г. Тюмень.