

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ГРАЖДАНСКИХ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ БОЕВУЮ ТРАВМУ

**Д.М. Мухамадиев, Р.Х. Муминова**

*Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абу Али ибн Сины*

Стремительность глобальных социальных процессов, характерных для последних десятилетий, оказывает существенное влияние на организм человека и диктует необходимость разработки принципиально новых подходов к определению качества жизни как комплексного показателя оценки состояния здоровья человека.

Несмотря на то, что понятие "качество жизни" возникло в середине 60-х годов XX века, его широкое применение как многофакторного показателя, определяющего здоровье человека, стало возможным после разработки Всемирной организацией здравоохранения методологических критериев его определения: "восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами" (ВОЗ, 1975). Сформировавшийся в конце 90-х годов пристальный интерес исследователей к качеству жизни привел к появлению достаточного числа работ, в которых рассматриваются различные аспекты этой важной и многогранной медико-социальной проблемы (Г.В. Бурковский, 1998; Л.И. Вассерман, 2001; Н.Г. Незнанов, Н.И. Петрова, 2001; А.А. Новик, Т.И. ИONOва, 2004). Проблема определения качества жизни тесно соприкасается с проблемой реабилитации больного, что связано в первую очередь с тем, что проблема субъективного, психологического восприятия жизни у лиц, страдающих различными физическими недугами, приобретает особое, в большинстве случаев решающее значение при разработке критериев их медицинской и социально-психологической реабилитации (Л.И. Вассерман, 2001; А.В. Шмуклер, 1998).

Мировой опыт и повседневная практика показывают, что с учетом многообразия симптоматики и клинических проявлений различных заболеваний определение критериев качества жизни лишь на основе клинических наблюдений представляется крайне недостаточным. Попытки определения качества жизни лишь на основе результатов клинического наблюдения и опросов больных и инвалидов приводят к утере индивидуального подхода к больному, в частности его психологическому состоянию в различные периоды болезни и последующей реабилитации.

Среди современных подходов в проведении исследований качества жизни, основанных на принципах доказательной медицины, особого внимания заслуживают комплексные клинические и социально-психологические исследования, позволяющие более целенаправленно решать проблему повышения отдельных показателей здоровья человека у различных категорий больных, страдающих психическими, соматическими заболеваниями, а также травмами и увечьями различного характера.

Проблема клинической и экспериментально-психологической оценки качества жизни и восстановления социального функционирования гражданских лиц, получивших боевую травму, представляет большую актуальность и практическую направленность для Республики Таджикистан, где в период гражданской войны и до настоящего времени отмечается значительное число случаев травматизации населения в результате подрыва на противопехотных минах. Наблюдаемые аффективные и эмоционально-личностные расстройства при тяжелых физических увечьях в значительной мере обусловлены социальной стигматизацией, ведущей к ограничениям в отношении образования, профессии, социальных контактов.

Большинство клинико-психологических и психиатрических исследований, посвященных различным аспектам изучения реагирования лиц, получивших боевую травму, проводившихся в странах СНГ, посвящено преимущественно исследованию контингентов военнослужащих, либо лиц опасных профессий, получивших травмы при исполнении служебных обязанностей, в то время как проблема психического реагирования гражданско-

го населения на боевую травму все еще недостаточно разработана.

Вместе с тем возрастающее с каждым годом число террористических актов и преступлений, совершаемых с применением взрывчатых веществ, диктует необходимость расширения исследований психиатрических аспектов качества жизни у гражданского населения.

В настоящей статье представлены некоторые результаты внедрения комплексных методик определения качества жизни гражданских лиц, получивших инвалидность в результате боевой травмы, в клиническую практику с применением клинических и экспериментально-психологических методик.

Методом структурированного интервью было обследовано 50 пациентов, получивших травматическую ампутацию нижних конечностей в результате минно-взрывной травмы в период 2003-2005 гг. и проходивших курс лечения и реабилитации в Ортопедическом центре и НИИ экспертизы и восстановления трудоспособности инвалидов Министерства труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Исследование проводилось на различных этапах оказания лечебной, ортопедической и реабилитационной помощи.

Инструментом исследования явился опросник NAIF (P.Y. Hugenholtz, R.A.M. Erdman, 1995) и адаптированный авторами с учетом этнолингвистических и этнокультуральных особенностей таджикского населения (Д.М. Мухамадиев, Р.Х. Муминова, 2005).

Пилотное тестирование позволило предварительно оценить психометрические свойства опросников: надежность по воспроизводимости методом тест-ретест и внутреннее постоянство с помощью вычисления  $\alpha$ -коэффициента Кронбаха; определить степень, достоверность проводимых измерений (валидность). Валидность определялась корреляцией с данными клиникопсихопатологического обследования, опросником SF-36, шкалой депрессии Бека.

Основным методом получения информации стало индивидуальное заполнение опросников NAIF для оценки качества жизни под контролем квалифицированного специалиста. В ис-

следование не были включены анкеты с противоречивыми ответами. Анализ пропущенных данных был осуществлен простым заполнением средними значениями по шкале. Надо отметить, что бланков с пропущенными вопросами было мало, а анкет с пропущенной шкалой практически не встречалось.

Результаты исследования. В ходе исследования выявлено, что у инвалидов с ампутацией нижних конечностей снижены все показатели качества жизни (таблица). Однако наиболее заметно снижены показатели шкалы экономического положения (14,29 %), зависящего от размеров пособий и пенсий по инвалидности, которые гораздо ниже прожиточного минимума, избыточностью трудоустройства по прежней профессии и невозможностью переквалификации.

Результаты исследования качества жизни инвалидов трудоспособного возраста с ампутационными культями конечностей (в %)

Шкалы	Норма	Инвалиды*	Инвалиды**
Физическая подвижность	90	36,31	51,74
Эмоциональное состояние	96	34,82	50,58
Сексуальная функция	100	42,85	69,31
Социальные функции	90	47,02	57,98
Познавательная функция	100	69,28	70,58
Экономическое положение	100	14,29	27,80
Интегральный показатель	93	45,23	57,50

\* до реабилитации, \*\* после реабилитации.

Низкие показатели по шкале физической подвижности (36,31 %) отражают высокую степень ограничения физической активности инвалида (работа, выполнение повседневных обязанностей и нагрузок) из-за отсутствия конечности.

Низкие показатели по вопросам эмоционального благополучия (психического здоровья), равные 34,82 %, характеризуют наличие депрессии, тревоги и психического неблагополучия, что подтверждено оценкой по шкале депрессии Бека.

Низкие баллы по шкале социального функционирования (47,02 %) свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением как физического, так и эмоционального состояния.

По шкалам познавательной и сексуальной функций также отмечается значительное снижение показателей, что свидетельствует о наличии депрессивного фона у инвалидов.

Обобщение и комплексная оценка качества жизни осуществлялась с помощью интегрального показателя качества жизни инвалидов (ИПКЖ), который до получения протезов и медико-социальной реабилитации достаточно низок и равен 45,23 %.

После проведенной медико-социальной и психологической реабилитации ИПКЖ стал выше и составляет 57,50 % преимущественно за счет увеличения показателей физической подвижности, эмоционального состояния и сексуальной функции.

Полученные результаты исследования инвалидов после комплексной реабилитации позволили выделить следующие группы:

Первая группа — "высокого риска" (32 %), представлена 16 инвалидами. Несмотря на улучшение соматического состояния больных и инвалидов после проведенного лечения и реабилитации, повышения толерантности к физической нагрузке, исчезновения или уменьшения симптомов заболевания, эти лица не вернулись к трудовой деятельности после установления группы инвалидности и не были заняты общественно полезным трудом. В большинстве случаев это было связано с нарушением психического состояния, отсутствием мотивации к труду и наличием социальных проблем. ИПКЖ инвалидов первой группы равен 50,46 %. Независимо от образования для данной группы был характерен депрессивный синдром различной выраженности (наиболее тяжелая депрессия у инвалидов с двусторонней ампутацией ног) и тревожные расстройства.

Вторая группа — "благополучная" (54 %), представлена 27 инвалидами, работающими как по своей (учителя, бухгалтера и инженер-механик), так и по другой специальности (разнорабочими, охранниками, дехканами, обувщиком, предпринимателями, продавцом, работником системы культуры). Их ИПКЖ ра-

вен 58,89 %, что отражает более высокую степень их адаптации и социального функционирования по сравнению с первой группой. Экономическое положение является самым низким в их ИПКЖ.

Третья группа — "учащиеся" (14 %) представлена 7 инвалидами — учащимися различных учебных заведений. Их ИПКЖ наиболее высок и равен 68,17 %.

Как видно из представленного анализа, инвалиды, не вовлеченные в общественно полезный труд или учебу, имеют более высокий риск развития пограничных психических расстройств (депрессий, тревожных расстройств, нарушений адаптации и невротических посттравматических стрессовых расстройств), что нашло свое отражение в низких показателях их ИПКЖ в основном за счет низких показателей эмоционального состояния, социального функционирования и экономического положения. Существенно влияла на качество жизни мотивация к труду. У лиц, работавших до инвалидности и вернувшихся после лечения к труду, изначально низкий показатель качества жизни значительно улучшился, в то время как у тех, кто не вернулся к труду, изначально высокий показатель качества жизни существенно ухудшился, и эти инвалиды использовали заболевание как вполне оправданный повод к уходу на инвалидность, что и привело к снижению качества жизни.

Таким образом, основными факторами, негативно влияющими на динамику качества жизни после болезни, являются низкая мотивация к труду, психологическая дезадаптация и низкая работоспособность.

Анализируя взаимосвязь качества жизни с личностными характеристиками обследованных, следует отметить, что неблагоприятными для социальной адаптации являются неустойчивые черты характера: истерические и в ряде случаев сенситивные черты и выраженность любых личностных черт до степени психопатических. Гармонический склад личности и психастенические черты характера оказывают положительное влияние на процесс социально-психологической адаптации после травмы.

Резюмируя результаты исследования, следует подчеркнуть, что в контингенте лиц, реабилитированных в НИИЭВТИН, пре-

обладали больные и инвалиды, которые после реабилитации вернулись к общественно полезному труду, "благополучная группа", что подчеркивает важность психологической реабилитации как важнейшего звена в адаптации к быту и профессиональной деятельности. Важное значение в комплексе мероприятий должно принадлежать мерам как физической, так и в значительной степени психологической реабилитации, позволяющей уже на начальном этапе ведения больных добиться положительного отношения к своему нынешнему состоянию, и снижения удельного веса неблагоприятных исходов.

Таким образом, методика оценки качества жизни эффективно функционирует и достоверно выявляет различия в качестве жизни до и после реабилитации. Выявлена общая тенденция, выражающаяся в снижении всех показателей качества жизни инвалидов трудоспособного возраста в Таджикистане. Широкое применение данной методики позволит повысить эффективность оказания социально-реабилитационных мероприятий лицам, получившим инвалидность в трудоспособном возрасте.

#### Литература

1. Бурковский Г.В. и др. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. СПб., 1998.
2. Вассерман Л.И. и др. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001.
3. Незнанов Н.Г. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001.
4. Новик А.А., Ионова Т.И.. Исследование качества жизни в медицине. Учеб. пособие для вузов. Москва, 2004.
5. Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Рационализаторское предложение № 3077-Р-287. Способ оценки качества жизни больных и инвалидов в Республике Таджикистан на основе этнокультуральной адаптации международного опросника SF-36. 2005.
6. Мухамадиев Д.М., Муминова Р.Х. Рационализаторское предложение № 3077-Р-287. Способ клинико-психопатологической оценки качества жизни на основе этнокультуральной адаптации экспресс-метода NAIF. 2005.
7. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией: Пособие для врачей. СПб., 2004.
8. Шмуклер А.В. Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 4.