

УДК 159.96:616.45 – 001.1/3 – 003.96

*Л.Ф. Шестопалова, Г.С. Рачкаускас, В.А. Кожевникова***ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ШАХТЕРОВ, ПЕРЕЖИВШИХ  
ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПРОИЗВОДСТВА**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Ключевые слова: качество жизни, шахтеры, профессии повышенного риска, посттравматические стрессовые расстройства

В настоящее время в Украине имеются многочисленные профессиональные группы, деятельность которых характеризуется повышенной стрессогенностью (пожарные, сотрудники спецподразделений МВД и МЧС, шахтеры и др.) [1]. Воздействие характерных для профессий повышенного риска стресс-факторов может приводить к различным нарушениям психического здоровья, в частности, к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР) [2].

Изучение распространенности ПТСР среди представителей профессий повышенного риска, проведенное в Институте неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, показало, что у 23% обследованных пожарных и у 24% сотрудников спецподразделений МВД имели место отдельные симптомы ПТСР. Выявлена тенденция к накоплению симптомов ПТСР у данных контингентов по мере увеличения срока служ-

бы и уровня ее стрессогенности [1].

Наряду с другими факторами и условиями, взаимодействие и взаимовлияние которых определяют особенности формирования и течения ПТСР, были выделены специфические «профессиональные» факторы риска и антириска. К ним относятся уровень профессиональной подготовки, степень готовности к деятельности в экстремальных условиях, уровень «стрессогенности» профессиональной деятельности, общий стаж профессиональной деятельности в экстремальных условиях, уровень психопрофилактического обеспечения профессиональной деятельности [3].

Для изучения и оценки эффективности социального, в том числе профессионального, функционирования представителей профессий повышенного риска представляется обоснованным использование показателя качества жизни [4].

**Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на двух шахтах Луганской области. В группу исследования были включены представители профессии повышенного риска (горнорабочие) в количестве 63 человек, все мужчины.

Методы исследования: клинико-психопатологический; анкетирование; психодиагностический метод, реализованный с помощью методики «Качество жизни» [5] и Миссисипской шкалы [6].

Качество жизни является интегративным показателем, с помощью которого оценивались три основных его компонента: 1) субъективное благополучие/удовлетворение, которое отражают шкалы «Физическое благополучие», «Психологическое/эмоциональное благополучие», «Общее восприятие качества жизни»; 2) исполнение социальных ролей (шкалы «Самообслуживание и независимость в действиях», «Межличностное

взаимодействие», «Личностная реализация», «Трудоспособность»); 3) внешние условия жизни, которые оценивались по шкалам «Социально-эмоциональная поддержка», «Гражданская и служебная поддержка», «Духовная реализация» [5].

На основании результатов психодиагностического обследования и данных клинического исследования, все пациенты были разделены на три группы. 1-ю группу составили 20 человек (31,7%), у которых средний балл по Миссисипской шкале составлял  $121,50 \pm 13,47$  балла, что соответствовало полному клиническому варианту ПТСР.

2-ю группу сформировали 28 обследуемых (44,5%), у которых средний показатель данной шкалы равен  $86,29 \pm 6,14$  баллам, что свидетельствует о наличии отдельных симптомов ПТСР. В 3-ю группу вошли 15 человек (23,8%), у которых показатель Миссисипской шкалы составил

67,50±7,93 балла, что говорит об отсутствии симптомов ПТСР.

Средний возраст всех обследуемых составил 42,1±17,4 лет. Данный показатель в трех группах обследуемых достоверно не отличался: средний возраст лиц без симптомов ПТСР составил 38,9±12,3 лет; с отдельными симптомами ПТСР – 41,7±18,2 лет; с клиническим вариантом ПТСР – 44,8±14,6 лет. Стаж работы на шахте в среднем по выборке составлял 15,9±8,6 лет. Этот показатель был также практически одинаковым во всех обследуемых группах: 15,6±11,5 лет, 16,7±9,5 и 15,1±7,5 лет соответственно.

С помощью разработанной анкеты нами были получены дополнительные сведения о различных аспектах профессиональной деятельности, которые могут являться факторами, значимыми для формирования психических расстройств у специалистов, переживших аварии на производстве.

В группе с клиническим вариантом ПТСР 90,0% обследуемых пострадали в результате аварий: получили черепно-мозговые травмы, переломы конечностей, тяжёлые ушибы и др., а также испытывали выраженные негативные эмоциональные переживания вследствие ранения и гибели других людей. Помимо этого 85,0% лиц данной группы были очевидцами аварий в шахте или участвовали в спасательных работах. 50,0% шахтёров с клиническим вариантом ПТСР отмечали наличие различных психотравмирующих ситуаций в анамнезе (в том числе участие в боевых действиях в Афганистане). Все это сви-

детельствует о том, что у большинства обследуемых лиц данной группы имеет место сочетанное воздействие нескольких психотравмирующих факторов.

Среди представителей 2-ой группы 62,4% получали физические или психологические травмы при выполнении профессиональной деятельности. 62,4% были свидетелями различных аварий на шахте или участвовали в спасательных работах. 26,7% обследуемых этой группы переживали в течение жизни иные экстремальные ситуации (опыт ликвидации последствий на ЧАЭС, дорожно-транспортные происшествия и т.д.).

Лишь 33,4% обследуемых 3-ей группы являлись пострадавшими в результате различных аварий во время выполнения профессиональной деятельности. 40% отмечают, что были очевидцами аварий (обвалы, пожары) или принимали участие в спасательных работах. 14,3% обследуемых этой группы отмечали в анамнезе факты дополнительной травматизации, не связанные с профессиональной деятельностью (дорожно-транспортные происшествия и т.д.).

Таким образом, лица, у которых был выявлен полный клинический вариант ПТСР, либо наблюдались его отдельные признаки, достоверно чаще подвергались физической и психологической травматизации во время профессиональной деятельности, а также являлись свидетелями аварий на шахте или принимали участие в спасательных работах, имели в анамнезе опыт переживания различных экстремальных ситуаций.

### Результаты исследования и их обсуждение

Для изучения изменений параметров качества жизни в зависимости от наличия и выраженности симптомов ПТСР во всех группах обследо-

мых использовалась методика «Качество жизни». Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели качества жизни у обследованных шахтёров

Показатели качества жизни	Группы обследуемых		
	с ПТСР	с отдельными симптомами ПТСР	без симптомов ПТСР
Здоровье	3,21±1,76 <sup>†</sup>	6,07±2,43	7,00±2,39
Эмоциональное состояние, настроение	3,29±1,82 <sup>†</sup>	5,64±2,90*	7,71±1,94
Трудоспособность	4,14±2,48 <sup>†</sup>	6,93±3,02	8,71±1,68
Удовлетворённость работой	4,43±2,34**	6,57±2,77	8,07±2,70
Взаимоотношения в семье	5,14±3,11 <sup>†</sup>	8,29±2,49	9,07±1,33
Отношения с друзьями	4,57±2,44 <sup>†</sup>	8,86±1,75	9,64±0,63
Материальное положение	2,57±1,50**	4,50±2,38	5,57±2,56
Удовлетворённость ситуацией в обществе	3,57±2,06**	6,07±3,10	5,21±3,12
Общее восприятие качества жизни	3,14±2,11 <sup>†</sup>	5,71±2,64	6,71±2,09

**Примечание:** достоверность различий по критерию Стьюдента ( $p < 0,05$ ): \* - между группами обследуемых без симптомов и с отдельными симптомами ПТСР; \*\* - между группами обследуемых с отдельными симптомами ПТСР и с клиническим вариантом ПТСР; достоверность различий по критерию Стьюдента ( $p < 0,001$ ): ! - между группами обследуемых с отдельными симптомами ПТСР и с клиническим вариантом ПТСР;

Наиболее низкие показатели в группе с полным вариантом ПТСР выявлены по шкалам «Материальное положение» ( $2,57 \pm 1,50$  балла), «Общее восприятие качества жизни» ( $3,14 \pm 2,11$ ), «Здоровье» ( $3,21 \pm 1,76$ ), «Эмоциональное состояние и настроение» ( $3,29 \pm 1,82$ ). Наиболее высоко обследуемые 1-ой группы оценили взаимоотношения в семье ( $5,14 \pm 3,11$  балла) и отношения с друзьями ( $4,57 \pm 2,44$ ).

Представители 2-ой группы наиболее низко оценивали своё материальное положение ( $4,50 \pm 2,38$  балла), эмоциональное состояние и настроение ( $5,64 \pm 2,90$ ), общее восприятие качества жизни ( $5,71 \pm 2,64$ ). Наиболее высоко данная группа обследуемых оценила свои взаимоотношения в семье ( $8,29 \pm 2,49$ ) и отношения с друзьями ( $8,86 \pm 1,75$  балла). Таким образом, обследуемые с полным вариантом ПТСР, как и лица с отдельными симптомами, менее всего были удовлетворены как субъективным благополучием, так и внешними условиями жизни. Вместе с тем, представители обеих групп высоко оценивали уровень своего социального функционирования. Однако, все параметры качества жизни у обследуемых с ПТСР были достоверно ниже, чем у лиц с его отдельными симптомами ( $p < 0,05$  и  $p < 0,001$ ).

В 3-ей группе обследуемых наиболее низкие показатели (по сравнению с максимально возможными 10 баллами) были выявлены по шкалам «Удовлетворённость ситуацией в обществе» ( $5,21 \pm 3,12$  балла) и «Материальное положение» ( $5,57 \pm 2,56$  балла). Оценка общего восприятия качества жизни соответствовала  $6,71 \pm 2,09$  баллам. Наиболее высоко лица без симптомов ПТСР оценили взаимоотношения в семье ( $9,07 \pm 1,33$ ) и отношения с друзьями ( $9,64 \pm 0,63$  балла). Так, обследуемые данной группы менее всего были удовлетворены внешними условиями жизни, в то же время наиболее высоко оценивали выполнение своих социальных ролей. Сравнивая полученные данные 2-ой и 3-ей групп следует отметить, что достоверные различия были получены только по одному параметру – «Эмоциональное состояние и настроение» ( $p < 0,05$ ). Это может свидетельствовать о том, что социально-психологическая дезадаптация обследованных нами представителей профессий повышенного риска проявляется, в первую очередь, нарушениями в эмоциональной сфере.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее значимыми факторами риска формирования признаков ПТСР у обследованных нами шахтеров являются: физические трав-

мы, полученные в результате аварий в шахте; выраженные негативные эмоциональные переживания вследствие ранения или гибели других людей; участие в спасательных работах; наличие в анамнезе различных психотравмирующих ситуаций, не связанных с профессиональной деятельностью (опыт ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, служба в «горячих» точках, в том числе в Афганистане, дорожно-транспортные происшествия и т.д.). Положение о накоплении симптомов ПТСР у данных категорий лиц с увеличением стажа профессиональной деятельности в рамках нашего исследования подтверждения не нашло.

Для обследованных нами представителей профессий повышенного риска, вне зависимости от наличия и степени тяжести симптомов ПТСР, характерно снижение в той или иной степени (по сравнению с максимально возможными 10 баллами) субъективной оценки всех параметров качества их жизни. Лица без симптомов ПТСР наиболее низко оценивали внешние условия жизни, что выражалось в неудовлетворенности своим материальным положением и ситуацией в обществе. Обследуемые с признаками ПТСР, наряду с внешними условиями жизни, отмечали неудовлетворённость аспектами субъективного благополучия. Это проявлялось в низких оценках таких показателей качества жизни, как эмоциональное состояние и настроение, физическое здоровье. Причем, у лиц с клиническим вариантом ПТСР эти параметры были достоверно ниже, чем у обследуемых с отдельными симптомами. Наиболее высоко все обследованные нами представители профессий повышенного риска оценили взаимоотношения в семье и с друзьями, т.е. уровень микросоциального функционирования.

Таким образом, изучение показателя качества жизни позволяет выявить различные аспекты нарушений социального функционирования у лиц, чья профессиональная деятельность характеризуется повышенной стрессогенностью. Установлено, что в условиях хронического воздействия экстремальных факторов (как это имеет место у специалистов, принадлежащих к профессиональным группам повышенного риска), как правило, не происходит повышения порога «психологической чувствительности» к жизнеопасным ситуациям, что приводит к истощению личностных адаптивных ресурсов, а затем и к формированию тех или иных психопатологических реакций. Процессы психической адаптации человека к жизнеопасным («антивитальным»)

ситуациям имеют свои особые закономерности, механизмы и динамику, что необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий [7]. Эти результаты свидетельствуют о том, что профессиональная деятельность в условиях жизнеопасных ситуаций обязательно требует специального пси-

хологического сопровождения.

Полученные данные необходимо учитывать при разработке комплексных профилактических и лечебно-реабилитационных программ, направленных на улучшение личностного, социального, в т.ч. профессионального, функционирования представителей профессий повышенного риска.

*Л.Ф. Шестопалова, Г.С. Рачкаускас, В.А. Кожевнікова*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ШАХТАРІВ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ЕКСТРЕМАЛЬНІ ПОДІЇ В УМОВАХ ВИРОБНИЦТВА**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Показано, що у шахтарів, що пережили життєвонебезпечні ситуації в умовах виробництва, показники якості життя достовірно знижуються. Існує залежність між ступенем зниження якості життя потерпілих і вираженістю симптомів ПТСР. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3 (13). — С.77-80)

*L.F. Shestopalova, G.S. Rachkauskas, V.A. Kozhevnikova*

## **RESEARCH OF LIFE'S QUALITY OF MINERS WHO WERE INVOLVED IN EXTREME SITUATIONS AT WORKING PLACE**

Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine, Regional clinical psychoneurological hospital of Lugansk

It is shown, that at miners who were involved in life-threatening situations on working places, the indexes of life's quality were positively decreased. There is a dependence between the degree of decreasing of life's quality of the victims and expressiveness of the PTSD symptoms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.77-80)

### *Литература*

1. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Методичні рекомендації / Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. — Харків, 2002. — 47с.  
2. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. Медико-психологічні аспекти екстремальних подій і проблема посттравматических стрессових расстройств //Межд. мед. журн. - 2000. - Т.6, №3. - С. 31-34.  
3. Шестопалова Л.Ф. Клинико-психологическое исследование факторов и условий формирования посттравматических стрессовых расстройств у лиц, переживших экстремальные события //Укр. вісник психоневрології. - 2002.- Т.10, вип. 2(31). - С. 158-159.

4. Mezzich Juan E., Cohen Neal at al.: Validation of an efficient quality of life index: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. - Hamburg, Germany, 6-11 August 1999. - P. 427-428.  
5. Марута Н.О. Особливості показника якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади //Укр. вісник психоневрології. - 2003.- Т.11, вип. 4(37). - С. 65-67.  
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001. — 272 с.  
7. Шестопалова Л.Ф. Медико-психологічні аспекти профілактики посттравматичних стрессових розладів у осіб, які пережили екстремальні події // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, вип. 2 (37). — С. 241–244.

Поступила в редакцию 27.05.2004