

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 [†] | 6,07±2,43 | 7,00±2,39 |
| Эмоциональное состояние, настроение | 3,29±1,82 [†] | 5,64±2,90* | 7,71±1,94 |
| Трудоспособность | 4,14±2,48 [†] | 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 [†] | 8,29±2,49 | 9,07±1,33 |
| Отношения с друзьями | 4,57±2,44 [†] | 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 [†] | 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., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых 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 стресових розладів у осіб, які пережили екстремальні події // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, вип. 2 (37). — С. 241–244.

Поступила в редакцию 27.05.2004