

## ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Докт. мед. наук И. В. ДРОЗДОВА, канд. биол. наук О. А. ХАРЧЕНКО

*Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности, Днепрпетровск*

**Изучены личностные особенности, факторы риска и качество жизни больных артериальной гипертензией. С использованием корреляционного и регрессионного анализа определено их влияние на функционирование и ограничение жизнедеятельности этих лиц. Сделан вывод о необходимости изучения личностных особенностей и факторов окружающей среды для разработки программ лечения и реабилитации больных артериальной гипертензией.**

*Ключевые слова: артериальная гипертензия, личностные особенности, факторы риска, функционирование, ограничения жизнедеятельности.*

Интегративная взаимосвязь артериальной гипертензии (АГ) с эмоциональными состояниями, возникающими в процессе взаимодействия человека с внешним миром, связь систолического артериального давления (САД) с уязвимостью к нервно-психическим нагрузкам, с уровнем ипохондрии и депрессии изучены достаточно хорошо [1, 2]. Однако личностные факторы и их взаимосвязь с факторами окружающей среды как причины, ограничивающие функционирование и жизнедеятельность больных АГ, изучены недостаточно [3, 4].

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где эти больные живут и проводят свое время. Личностные факторы — это индивидуальные характеристики, состоящие из личностных и характерологических черт, внутренней картины болезни и их взаимосвязей. Функционирование и ограничения жизнедеятельности необходимо рассматривать как результат сложных взаимоотношений между изменениями здоровья человека, личностными факторами, включающими личностные и характерологические особенности, внутреннюю картину болезни, качество жизни, и факторами окружающей среды, к которым традиционно относят факторы риска [5].

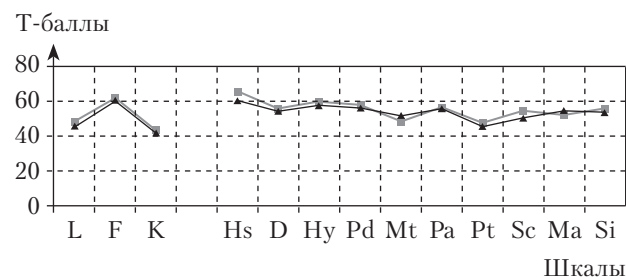
Целью настоящего исследования явилось изучение влияния личностных особенностей и факторов окружающей среды на функционирование и ограничения жизнедеятельности у больных АГ.

Обследовано 164 больных эссенциальной АГ 1-й и 2-й стадий. Их средний возраст составлял  $52,3 \pm 0,5$  года, длительность заболевания — от 2 до 15 лет. Клинические исследования проводились в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи больным эссенциальной АГ 1-й и 2-й стадий [6]. Факторы риска АГ изучены при помощи специально разработанных анкет со-

гласно существующим рекомендациям [7]. Оценка личностных особенностей больных проводилась по методике многостороннего исследования личности [8, 9]. Качество жизни изучали при помощи «Способа оценки качества жизни, преимущественно у лиц с артериальной гипертензией» [10], уровень стресса — по списку стрессовых ситуаций [11].

Статистическая оценка выборки включала первичный статистический анализ, регрессионный и корреляционный анализ [12]. Статистическая обработка результатов исследования производилась с использованием программного обеспечения VerMed и ViStAMed [3].

Усредненный профиль по тесту многостороннего исследования личности больных АГ характеризовался подъемом профиля на шкалах Hs — ипохондрии, D — депрессии, Hy — истерии, Pa — паранойи, а также снижением на шкалах Mt — мужественности-женственности и Pt — психастении (рисунок).



Личностный профиль больных АГ 1-й и 2-й стадий:

- ▲— АГ 1-й стадии,
- АГ 2-й стадии

Конфигурация профиля на шкалах L, F, K свидетельствовала об открытости больных при обсуждении их характера и проблем. Они старались

представить себя в выгодном свете, демонстрируя строгое соблюдение социальных норм, однако были внутренне напряжены и недовольны ситуацией.

Невротические реакции больных были связаны с недостаточностью их физических и психических ресурсов для реализации мотивированного поведения. Их тревога относилась к состоянию здоровья и отражала выраженность ипохондрической тенденции. Беспокойство за состояние своего физического здоровья базировалось на ощущениях сердцебиения, боли в области сердца. Больные предъявляли большое количество жалоб, тщательно изучали собственное соматическое состояние, проявляли пессимизм и неверие в успех медицинской помощи.

Поглощенность внимания больных своими соматическими проявлениями приводила к высокой резистентности поведения по отношению к внешним воздействиям, которую окружающие воспринимали как несговорчивость и упрямство. Эти качества и наличие собственной концепции заболевания, а также скептицизм в отношении эффективности врачебных мероприятий весьма затрудняли достижение приверженности к лечению. Колебания настроения, представления о благоприятном и неблагоприятном исходе ситуации приводили то к уверенности больных в наличии опасных осложнений заболевания, то к надежде на излечение.

Высокая способность больных АГ к вытеснению позволяла им эффективно устранять тревогу, но в то же время затрудняла формирование устойчивого поведения для успешного взаимодействия с окружающими. Эти больные игнорировали отрицательные сигналы со стороны окружающих, для них характерны отсутствие оценки производимого впечатления и недостаточная самокритика. Они сохраняли высокую самооценку и стремились «играть себя» в соответствии с принятой в данный момент ролью.

Устранение тревоги у этих больных происходило за счет соматизации и вытеснения ее формированием демонстративного поведения. Они истолковывали жизненные трудности, неспособность оправдывать ожидания окружающих, несоответствие собственному уровню притязаний с точки зрения социально приемлемой и представляющейся им рациональной. Соматические жалобы, отличавшиеся большим постоянством и резистентностью к терапевтическим воздействиям, использовались больными для давления на врачей, родственников, сотрудников с целью получения преимуществ и рационального объяснения недовольства своим местом в группе. В большинстве случаев больные АГ были эмоционально незрелыми личностями, у которых демонстративность и стремление ориентироваться на внешнюю оценку препятствовали прямому асоциальному поведению. Враждебность, протест, неспособность и нежелание считаться с интересами окружающих проявлялись обратно пропорционально социальной дистанции, обнаруживаясь главным образом в отношениях с близкими людьми.

Идентификация с традиционной культурой и социальной ролью мужчины и женщины у боль-

ных АГ выражалась в характере жизненного опыта, эстетических и культурных интересах, профессиональных устремлениях. Мужчины избирательно ограничивали круг своих интересов, были предприимчивы, стремились к преодолению препятствий, доминировали и были склонны к соперничеству в межличностных отношениях. Они нарочито пропагандировали мужественный стиль жизни, демонстрировали силу, выносливость, пренебрежение к мелочам. Женщины были чувствительны к оттенкам эмоций и отношений, капризны, сентиментальны. Они отличались мягкостью, сердечностью, стремлением к защищенности, пассивностью, склонностью подчиняться руководству, сдержанным поведением, но это не исключало высокой самооценки.

Больным АГ были свойственны аффективная ригидность, подозрительность, настороженное обдумывание действий других людей, для них характерны выраженные межличностные конфликты. Поведение таких лиц являлось ответом на действия окружающих, воспринимаемые аффективно как ущемляющие личность, и сопровождалось склонностью объяснять собственные трудности чужими недостатками, некомпетентным, недобросовестным или недоброжелательным отношением к себе.

При осуществлении социальных контактов больные подавляли свою подозрительность и агрессивность, декларируя положительное отношение к окружающим и ситуациям. Однако при тесных контактах агрессивность все же проявлялась, причем степень ее проявления была обратно пропорциональна социальной дистанции. Агрессивность и эгоцентричность этих больных затрудняли правильную ориентацию в ближайшем окружении, и часто они использовали для влияния на окружающих соматические жалобы.

У больных отсутствовали осторожность и осмотрительность в поступках, щепетильность в вопросах морали и наблюдались обнаженный эгоцентризм, сниженная способность к сопереживанию, неконформность установок, грубоватая и жесткая манера поведения.

Личностные особенности этих лиц приводили к существенному преувеличению в восприятии стресса, снижению оценки качества жизни, нарушению рекомендаций по здоровому образу жизни. У больных АГ 1-й и 2-й стадий наиболее распространенными факторами риска были: стресс (соответственно 96,0 % и 100,0 %), наследственная отягощенность (72,0 % и 95,5 %), низкая физическая активность (86,7 % и 83,1 %), злоупотребление углеводами (76,0 % и 83,1 %), высокий социально-экономический статус (57,3 % и 84,3 %). Эти больные злоупотребляли кофе и солью, отличались повышением уровня Hs — ипохондрии и Ну — истерии, среди них было много курильщиков.

У них ухудшались показатели качества жизни: физической активности, роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боли, социальной активности, роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психического

здоровья, физического и психического статуса. Их физическая активность была ассоциирована с отягощенной наследственностью, злоупотреблением алкоголем, стрессом повседневной жизни. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности у таких лиц коррелировала с женским полом, курением и злоупотреблением кофе, Hs — ипохондрией, D — депрессией, Pa — паранойей, Pt — психастенией, Sc — шизоидностью. Боль у этих больных была сопряжена с женским полом, низкой физической активностью и длительностью заболевания, D — депрессией, Pt — психастенией и Sc — шизоидностью. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности коррелировала со злоупотреблением насыщенными жирами. Психическое здоровье больных ассоциировалось с женским полом и высшим образованием, общим уровнем стресса и стрессом здоровья, Hs — ипохондрией, D — депрессией, Hu — истерией, Pd — психопатией, Pa — паранойей, Pt — психастенией, Sc — шизоидностью, Si — интроверсией. Физический статус больных АГ коррелировал с женским полом, отягощенной наследственностью, низкой физической активностью, курением и злоупотреблением кофе, D — депрессией, Pa — паранойей, Pt — психастенией, Sc — шизоидностью и Si — интроверсией. Психический статус был ассоциирован с женским полом, Pt — психастенией и Sc — шизоидностью.

У этих больных отмечалось увеличение уровня стресса здоровья, повседневной жизни, досуга. Стресс здоровья был сопряжен с уровнем D — депрессии, психическим здоровьем, сравнением самочувствия, общим статусом; стресс повседневной жизни — с физической активностью; стресс досуга — с психическим здоровьем.

Чаще всего у них наблюдалось сочетание 4–7 факторов риска: четыре фактора встречались при 1-й и 2-й стадиях АГ соответственно в 6,7% и 22,5%, пять — в 26,7% и 36,0%, шесть — в 21,3% и 33,7%, семь — в 8,0% и 7,8% случаев. Высокий прогностический риск был у 61,3% и 87,6%, очень высокий — у 13,3% и 6,7% больных АГ 1-й и 2-й стадий.

Модель функционирования и ограничений жизнедеятельности у больных АГ с учетом личностных характеристик и факторов риска была построена при помощи логистического регрессионного анализа [13].

Значимыми для оценки функционирования и ограничений жизнедеятельности у этих лиц являлись такие факторы, как возраст, Sc — шизоидность, Pt — психастения, стресс, связанный со здоровьем, социальное положение, индекс массы тела, стресс аффективных связей, Hu — истерия, употребление значительного количества соли, курение, стресс профессиональной жизни, Mt — мужественность-женственность.

Таким образом, изучение личностных факторов у больных АГ показало, что они характеризовались ипохондрической фиксацией, зажатостью, сверхконтролем, повышенной ориентацией на нормативность в качестве устойчивого свойства

личности, проявляющегося избыточным вниманием к нарушениям физического здоровья (повышение на шкале Hs — ипохондриии), вытеснением тревоги, эмоциональной лабильностью, высокой чувствительностью к средовым воздействиям, демонстративным поведением (конверсионный V), стремлением к преодолению препятствий. Мужчины отличались доминированием и склонностью к соперничеству в межличностных отношениях, женщины — мягкостью, сердечностью, пассивностью и сдержанностью в поведении (снижение на шкале Mt — мужественности-женственности), аффективной ригидностью, склонностью к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях (повышение на шкале Pa — паранойи), осмотрительностью, осторожностью, враждебно-подозрительным отношением, боязливостью, конституционально обусловленной тревожностью, неуверенностью, конформностью (понижение на шкале Pt — психастении).

У этих больных ухудшались показатели качества жизни: физической активности, роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боли, социальной активности, роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психического здоровья, физического и психического статуса. Наиболее значимыми факторами, которые ухудшали их физический статус, были: женский пол, отягощенная наследственность, курение, D — депрессия, Pt — психастения и Sc — шизоидность. Ухудшение психического статуса было связано с женским полом, Pt — психастенией и Sc — шизоидностью, а ухудшение общего статуса — с женским полом, отягощенной наследственностью, злоупотреблением насыщенными жирами, общим уровнем стресса, стрессом здоровья, Hu — истерией, Pt — психастенией, Sc — шизоидностью и Si — интроверсией.

Характерными для больных АГ были сочетания 5–6 основных факторов риска с наиболее частыми комбинациями стресса, отягощенной наследственности, злоупотребления углеводами и низкой физической активности. Значительная распространенность факторов риска увеличивала долю лиц с высоким и очень высоким риском возникновения сердечно-сосудистых осложнений — до 74,6% и 94,3% соответственно при 1-й и 2-й стадиях АГ.

Изучение взаимосвязей между факторами окружающей среды и личностными особенностями больных АГ дало возможность выделить значимые параметры для модели функционирования и ограничений жизнедеятельности. Наиболее существенными у больных АГ являются возраст, Sc — шизоидность, Pt — психастения, стресс, связанный со здоровьем, социальное положение, индекс массы тела, стресс аффективных связей, Hu — истерия, употребление значительного количества соли, курение, стресс профессиональной жизни, Mt — мужественность-женственность.

Использование медико-социального подхода к оценке функционирования и ограничений

жизнедеятельности у больных АГ дало возможность определить личностные факторы и факторы окружающей среды; современные статистические методы позволили выделить основные взаимосвязи, дать оценку их влияния на формирование ограничений жизнедеятельности, что существенно повышает возможность объективизации функционирования и ограничений жизнедеятельности у этих лиц. Причины нарушения функционирования и ограничения жизнедеятельности у больных

АГ на уровнях личностных факторов и факторов окружающей среды, в равной степени с причинами на уровнях структуры и функции, активности и участия, их объективизацию и выделение основных взаимосвязей необходимо учитывать при разработке программ восстановления нарушений функционирования, уменьшения ограничений жизнедеятельности, повышения социальной активности больных АГ.

#### Л и т е р а т у р а

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С. Могилевского.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.— 352 с.
2. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина: Руков. для врачей.— М.: МЕДпресс-информ, 2006.— 568 с.
3. Кришталь В. В., Дроздова И. В., Дзяк В. Г. Нозогении при артериальной гипертензии.— Днепропетровск: Пороги, 2008.— 288 с.
4. Смуглевич А. Б., Сыркин А. Л. Психокardiология.— М.: МИА, 2005.— 778 с.
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.— Женева: ВОЗ, 2001.— 342 с.
6. Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія»» // <http://www.ifp.kiev.ua>.
7. Директивы по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2007 года // Медицина світу.— 2007.— Т. XXI, № 1.— С. 20–39.
8. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене).— М.: Медицина, 1976.— 175 с.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: Учеб. Пособие.— Самара: БАХРАХ, 2002.— 172 с.
10. Дроздова І. В. Якість життя хворих на артеріальну гіпертензію // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія.— 2004.— № 3.— С. 29–33.
11. Годфруа Ж. Что такое психология.— М.: Мир, 1992.— 491 с.
12. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка та ін.— К.: МІВВЦ, 2001.— 388 с.
13. Афифи А., Эйзен С. Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ: Монография.— М.: Мир, 1982.— 488 с.

## ВПЛИВ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ І ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

І. В. ДРОЗДОВА, О. О. ХАРЧЕНКО

Вивчено особистісні характеристики, фактори ризику та якість життя хворих на артеріальну гіпертензію. З використанням кореляційного та регресійного аналізу визначено їх вплив на функціонування та обмеження життєдіяльності цих осіб. Зроблено висновок щодо необхідності вивчення особистісних особливостей і факторів навколишнього середовища для розробки програм лікування та реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію.

*Ключові слова:* артеріальна гіпертензія, особистісні особливості, фактори ризику, функціонування, обмеження життєдіяльності.

## THE INFLUENCE OF PERSONALITY PECULIARITIES AND ENVIRONMENTAL FACTORS ON THE FUNCTION AND LIMITATIONS OF VITAL ACTIVITY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

I. V. DROZDOVA, O. A. KHARCHENKO

Personality peculiarities, risk factors and quality of life of the patients with arterial hypertension were investigated. Using correlation and regression analysis their influence on the function and limitation of vital activity in these persons were determined. The authors conclude about the necessity of investigation of personality peculiarities as well as environmental factors for working out the programs of treatment and rehabilitation of the patients with arterial hypertension.

*Key words:* arterial hypertension, personality peculiarities, risk factors, function, vital activity limitation.

Поступила 28.10.2009