

А.Е. Михайлова, Р.Н. Захарова, Т.М. Климова,
Л.Д. Старостина, А.В. Тимофеева

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СУБЪЕКТА И ЯСНОСТИ Я-КОНЦЕПЦИИ

УДК 611-002: 578.828.6(571.56)

В статье представлены результаты пилотного исследования взаимосвязи качества жизни (КЖ) и ясности Я-концепции среди малочисленных народов Севера. Выявлена низкая субъективная оценка респондентами общего состояния здоровья, жизненной активности, характеризующих физический компонент здоровья. Изучение психологических характеристик установило среднюю, близкую к высокой ясность Я-концепции. Анализ взаимосвязи показателей качества жизни и представлений респондентов о себе показал наличие корреляционной связи между самооценкой качества жизни и ясностью Я-концепции. Респонденты, имеющие высокую ясность Я-концепции, имели более высокие показатели физического, социального функционирования, оценки физического и психологического компонентов качества жизни. Полученные данные свидетельствуют о важности рассмотрения показателей КЖ наряду с психологическими характеристиками малочисленных народов Севера.

Ключевые слова: качество жизни, опросник SF-36, опросник Кэмпбелла, ясность Я-концепции.

The article presents the results of a pilot study of the relationship of quality of life (QOL) and clarity of self-concept among small in number people of the North. Low subjective evaluation of respondents' of general health, vitality, characterizing the physical component of health was revealed. The study of psychological characteristics set average, close to the high, clarity of self-concept (58.8). Analysis of the relationship of quality of life and perceptions of respondents about themselves showed the presence of correlation between self-esteem and quality of life of clarity of self-concept. Respondents who had a high self-concept clarity had higher rates of physical, social functioning, evaluation of physical and psychological components of quality of life. The findings suggest the importance of considering QoL along with the psychological characteristics of small peoples of the North.

Keywords: quality of life, SF-36, self-concept clarity (SSC).

В последние годы учеными установлены негативные сдвиги в состоянии здоровья населения, которые связаны с усложнением общественной жизни, увеличением и изменением характера нагрузок на организм человека, техногенными, экологическими, психологическими, политическими и военными рисками [15]. При этом специальными исследованиями была установлена зависимость здоровья людей на 50–55 % от образа жизни, на 20 % от окружающей среды, на 18–20 % от генетической предрасположенности и лишь на 8–10 % от здравоохранения [7].

Для оценки состояния здоровья человека используются различные методы, одним из которых можно назвать исследование качества жизни, что давно признано в международной практике в качестве высокоинформативного, чувствительного и экономичного метода оценки состояния здоровья населения в целом. Метод позволяет дать количественную оценку характеристик

жизнедеятельности человека – его физического, психологического и социального функционирования [8].

Важным психическим феноменом, связанным с индивидуальным здоровьем, является самосознание. Принято считать, что возникновение самосознания возможно при определенном уровне развития сознания и является необходимым условием становления личности. В психологии личности известно определение С.Л. Рубинштейна, в котором самосознание выступает психическим феноменом, осознанием человеком себя в качестве субъекта деятельности, в результате которого представления человека о самом себе складываются в мысленный «образ-Я» [10]. В свою очередь, основой самосознания выступают: оценка себя как личности, осознание себя, выделение человеком себя из объективного мира [6].

Таким образом, самосознание предполагает сопоставление себя с определенным, принятым данным человеком идеалом «Я», вынесение некоторой самооценки и, как следствие, возникновение чувства удовлетворения или же неудовлетворения собой [12].

Также необходимо выделить такой аспект, как сознательность, которая характеризуется способом осознавать общественные последствия своей деятельности, а также адекватно оценивать различные стороны своей жизнедеятельности, в частности, качество своей жизни. Правильная субъективная оценка различных сто-

рон жизнедеятельности, по сути, является нравственно-психологической характеристикой действий личности, которая основывается на сознании и оценке себя, своих возможностей, намерений и целей [3]. Таким образом, личность с высоким уровнем развития сознания способна правильно понять действительность и, сообразуясь с этим, адекватно оценивать качество жизни.

В нашем исследовании была поставлена **цель** – изучить взаимосвязь параметров качества жизни субъекта и Я-концепции, являющейся выражением сформированности самосознания личности.

Материал и методы. Работа выполнена в рамках базовой части государственного задания Минобрнауки РФ по теме «Адаптационный потенциал и здоровье коренного населения Якутии в условиях модернизации социально-экономической системы».

Проведено пилотное исследование среди взрослого населения поселков Оленек и Харыялах Оленекского улуса. Всего участвовало в анкетировании 97 чел., в том числе 50 (51,5%) женщин и 47 (48,5%) мужчин. Средний возраст составил 39,9±14 лет. Средний возраст мужчин 40,5±16,7 лет, женщин – 39,5±11,1 лет.

В исследование были включены лица обоего пола от 18 лет и старше из различных социальных групп. Сбор данных осуществлялся путем анкетирования респондентов прямым опросом. Изучение социального ста-

НИИ здоровья СВФУ им. М.К. Аммосова: **МИХАЙЛОВА Анна Ефремовна** – к.м.н., с.н.с., nsvnsr.66@mail.ru, **ЗАХАРОВА Раиса Николаевна** – к.м.н., в.н.с., prn.inst@mail.ru, **КЛИМОВА Татьяна Михайловна** – к.м.н., гл.н.с. руководитель группы мониторинга и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, tmi.klimova@s-vfu.ru, **ТИМОФЕЕВА Александра Васильевна** – к.м.н., с.н.с., tav_76@inbox.ru; **СТАРОСТИНА Любовь Дмитриевна** – к.псх.н., доцент Института психологии СВФУ им. М.К. Аммосова, lyudmira@inbox.ru.

туса проводилось с помощью социо-демографической карты. Исследование качества жизни респондентов проведено с использованием русской версии общего опросника SF-36 (The 36-item MOS Short-Form Health Survey) [18]. Для оценки степени осознанности представления о самом себе использовался опросник Кэмпбелла [17].

Статистическая обработка проведена в пакете Statistic 8.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ социо-демографической характеристики респондентов свидетельствует, что большинство респондентов составили группу семейных людей – 57 (58,8%), имеющих среднее специальное образование – 43 (44,3%), занятых на полный рабочий день – 81 (83,5%). Среди опрошенных 55 (56,7%) респондентов живут в домах муниципальной собственности (аренда) или в квартире родственников/родителей. Следует сказать, что большинство (63,9%) респондентов проживают в неблагоустроенном доме.

Удовлетворенность жилищными условиями можно определить как низкую, учитывая, что удовлетворены условиями жилья только 19,6%, полностью не удовлетворены 21 чел. (21,6%), затруднились ответить/не указали – 13 (13,4%), остальные выбрали ответы «скорее удовлетворен/скорее не удовлетворен».

На момент анкетирования 29 (29,9%) респондентов указывали на наличие хронического заболевания.

Показатели качества жизни респондентов, связанного со здоровьем, представлены в табл.1. Результаты показывают, что низкие значения показателей качества жизни отмечались

по шкалам общего состояния здоровья (ОСЗ) и жизненной активности (ЖА). Связь показателей КЖ в зависимости от пола не выявлена. В исследованиях, проведенных в России, отмечается снижение показателей качества жизни с возрастом [4, 13]. По нашим данным, также отмечались снижение физического функционирования (ФФ), а также усиление болевых ощущений с возрастом (Б).

Респонденты с более высоким уровнем образования отмечали более низкую выраженность болевых ощущений ($r=0,34$; $p=0,000$), чем лица с низким уровнем образования.

Обнаружена положительная связь между показателями физического, ролевого физического функционирования и статусом занятости. Так, среди работающих респондентов показатели физического функционирования были выше (ФФ, $r=0,22$; $p=0,025$), их трудовая и бытовая деятельность не была ограничена физическим состоянием (РЭФ, $r=0,03$; $p=0,001$).

По данным опросника, шкала боли (Б) свидетельствует об отсутствии влияния болевых ощущений на повседневную деятельность работающих ($r=0,29$; $p=0,004$). Установлено, что у работающих респондентов эмоциональное переживание, связанное с болевыми ощущениями, не препятствовало им вести полноценную жизнь, в отличие от неработающих, среди которых были и лица трудоспособного возраста (РЭФ, $r=0,24$; $p=0,016$).

По данным опроса, лица, не состоящие в официальном браке, меньше испытывали боль ($r=-0,21$; $p=0,038$), чем те, которые были связаны семейными узами. Данный факт можно объяснить более молодым возрастом не семейных респондентов.

Среди опрошенных респондентов были те, которые страдали хроническими заболеваниями. Корреляционная матрица не установила связей со шкалами опросника SF-36, кроме шкалы жизненной активности (ЖА). Данные указывают на наличие сужения диапазона проявлений собственного потенциала у респондента при

наличии хронического заболевания ($r=-0,27$; $p=0,008$).

Полученные результаты согласуются с имеющимися в литературе данными о том, что особенно при хронических заболеваниях пациентам приходится вынужденно изменить свой образ жизни, что отрицательно влияет на качество жизни [1, 2, 5, 14, 16].

В свою очередь, психологическими исследованиями было отмечено существование связи между здоровьем индивида, его внутренней целостностью, с одной стороны, и степенью самооценки, с другой [11]. С целью выявления адекватности субъективной оценки КЖ респондентами были исследованы степень осознанности и представления о самом себе, результаты которого представлены в табл. 2.

Из данных табл. 2 видно, что более половины (58,8%) респондентов имели среднюю ясность Я-концепции, ближе к высокой. У четверти респондентов (25,8%) выявлена средняя степень ясности Я-концепции. Средняя ясность Я-концепции, близкая к низкой, обнаружена у 12,4%, а крайне высокие значения данного показателя имеются лишь у 3,1% респондентов. В нашей выборке лиц с крайне низкими значениями этого показателя не оказалось. При анализе модальных значений среди респондентов, показавших среднюю, близкую к высокой (58,8%), значения Я-концепции, наиболее часто встречаемым является значение 30 ($M=30$), что гораздо ближе к среднему уровню ясности Я-концепции.

При статистической проверке модальных значений в зависимости от пола, возраста, образования и других социальных факторов, кроме источника дохода, не выявлено. Среди респондентов, у кого источником дохода является заработная плата, большинство имели среднюю ясность Я-концепции, ближе к высокой. Отчасти это можно объяснить более адекватной самооценкой, включенностью в социум посредством трудовых отношений.

Следует сказать, что ясность Я-концепции и самооценка респон-

Таблица 1

Показатели шкалы опросника SF-36

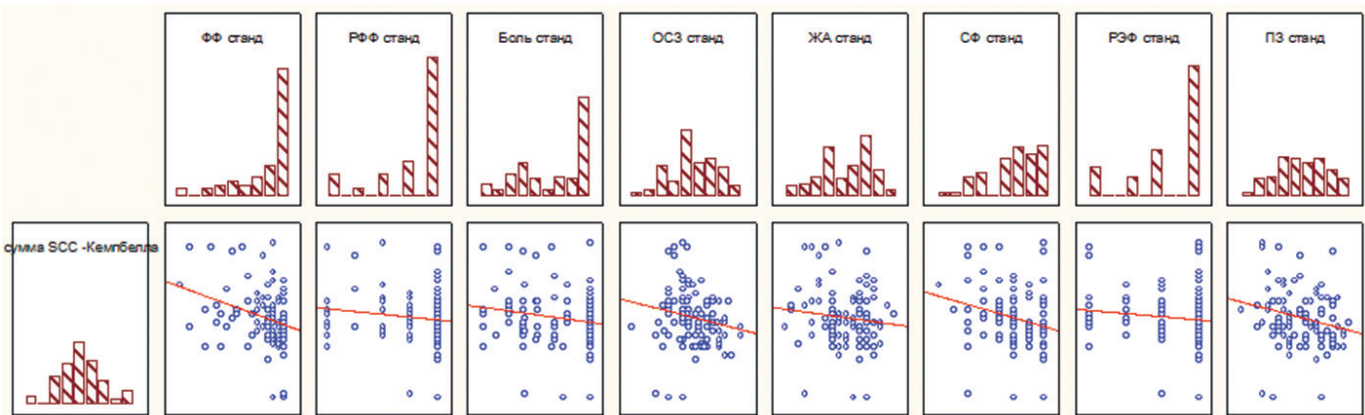
Шкалы SF-36	Мода	Процентили		
		25	50	75
ФФ	57,87	47,41	53,68	57,87
РФФ	56,24	48,48	56,24	56,24
Б	59,41	40,55	53,26	59,41
ОСЗ	44,82	44,82	47,75	56,55
ЖА	45	45,01	50,67	57,76
СФ	62,27	44,50	50,43	56,35
РЭФ	57,05	47,55	57,05	57,05
ПЗ	52,1	42,19	49,86	58,63

Примечание. ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОСЗ – общее состояние здоровья, ЖА – жизненная активность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое здоровье.

Таблица 2

Распределение ясности Я-концепции респондентов

Ясность Я-концепции	Абс. (n=97)	%	Мода
Крайне высокая ясность Я-концепции (12-20 баллов)	3	3,1	12
Средняя ясность Я-концепции, ближе к высокой (21-32 балла)	57	58,8	30
Средняя ясность Я-концепции (33-39 баллов)	25	25,8	35
Средняя ясность Я-концепции, ближе к низкой (40-51 балл)	12	12,4	40
Крайне низкая ясность Я-концепции (52-60 баллов)	0	0	0



Корреляционная матрица взаимосвязи показателей КЖ и ясности Я-концепции

дента детерминированы личностными чертами, индивидуальностью, включенностью в социум посредством трудовых отношений.

С целью выявления связей между оценкой качества жизни и Я-концепцией был проведен корреляционный анализ (рисунок).

Выявлено, что, чем выше ясность Я-концепции, тем лучше показатели субъективной оценки физического функционирования (ФФ, $r=-0,31$, $p=0,002$). Следует обратить внимание на то, что неопределенность, неясность Я-концепции личности сопровождается отрицательным психоэмоциональным фоном. Внутренние противоречия, неадекватность (чаще низкая) самооценки личности отражаются на характере ее восприятия социальных отношений, приводят к эмоциональному истощению, о чем свидетельствуют результаты исследования, где чем ниже показатели психического здоровья (ПЗ, $r=-0,24$, $p=0,017$), удовлетворенности состоянием своего здоровья (ОСЗ, $r=-0,25$, $p=0,011$), социальным функционированием (СФ, $r=-0,29$, $p=0,004$), тем ниже ясность Я-концепции.

Следовательно, оценка данных параметра качества жизни имела взаимосвязь со степенью ясности Я-концепции. В свою очередь результаты исследования согласуются с литературными данными, где указывают, что лица, которые стремятся к сохранению или повышению своей самооценки, самоуважения, положительному образу себя, адекватно оценивают качество жизни и имеют высокую ясность Я-концепции [9, 11].

В заключение отметим, что потенциал физического здоровья у людей может быть разным, однако человеку, чтобы понять ценность и важность заботы о своем организме, необходимо иметь не среднюю или близкую к вы-

сокой ясность Я-концепции, а крайне высокую осознанность и ясность.

Таким образом, обобщив предварительные результаты исследования, следует сказать, что в целях повышения качества жизни необходимо формирование позитивной Я-концепции, так как ясно сформированная Я-концепция, несмотря на свою динамичность, выступает предиктором качества жизни субъекта.

Литература

1. Вертоградова О.П. Панические расстройства в общесоматической практике / О.П. Вертоградова, Т.В. Довженко, Т.С. Мельникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – №3. – С.34-40.
2. Волков В.С. Особенности социально-психического статуса больных хронической ишемической болезнью сердца / В.С. Волков, В.Ф. Виноградов // Кардиология. – 1993. – №3. – С. 15-16.
3. Георгиев Ф.И. Сознание, его происхождение и сущность / Ф.И. Георгиев. – М.: Высшая школа, 1967. – 91 с.
4. Захарова Р.Н. Качество жизни населения Севера / Р.Н. Захарова, А.Е. Михайлова, Л.Ф. Тимофеев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – №5. – С. 39-41.
5. Краснов В.Н. Депрессия и коморбидные расстройства / В.Н. Краснов. – М., 1997. – С.80-97.
6. Карпенко Л.А. Краткий психологический словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. – 430 с.
7. Карпенко Л.А. Short psychological dictionary / edited by A.V. Petrovsky, M.G. Jaroshevsky. – M.: Politizdat, 1985 – 430 p.
8. Неврология: национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1035 с.
9. Neurology: national guide / edited by E.I. Gusev, A.N. Kononov, V.I. Skvorcova, A.B. Geht. – M.: GYOTAR-Media, 2009. – 1035 p.
10. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Изд. Дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир. – 2002. – 320 с.
11. Novik A.A. Guidelines for quality of life research in medicine/ A.A. Novik, T.I. Ionova. – Spb.: Izdatel'skij Dom «Neva»; M.: OLMA-PRESS Zvezdnyj mir, 2002. – 320 p.
12. Перепелица Н.В. Самораскрытие взрослых людей и его связь с я-концепцией: [Электронный ресурс] автореферат дис. ... канд. психол. наук / Н.В. Перепелица. – Ростов-на-Дону, 2003. URL: <http://nauka-pedagogika.com/psihologiya-19-00-01/dissertaciya-professionalnaya-ya-kontseptsiya>.
13. Perepelica N.V. Self-disclosure of adults and its relation to self-concept [yelektronnyi resurs]: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk / N.V. Perepelica. – Rostov-na-Donu, 2003.
14. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: учебное пособие / под ред. С.Л. Рубинштейн. – СПб: Питер Ком, 1999. – 418 с.
15. Rubinshtein S.L. Fundamentals of General Psychology: textbook / ed. by S.L. Rubinshtein. – SPb.: Piter Kom. 1999. – 418 p.
16. Свистунова Е.В. Особенности Я-концепции подростков с нарушением поведения: [Электронный ресурс] автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Е. В. Свистунова. – М., – 2002. URL: <http://www.dslib.net/psixologia-korrekcji/osobennosti-ja-koncepcii-podrostkov-s-narusheniem-povedeniya.html>.
17. Svistunova E.V. Features I-concepts of adolescents with behavioral disorders [yelektronnyi resurs]: avtoref. diss. ... kand. psh. nauk / E.V. Svistunova. – M., 2002.
18. Сидоров П.И. Введение в клиническую психологию / П.И. Сидоров, А.В. Парняков // Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – Т.1. – 299 с.
19. Sidorov P.I. Introduction to Clinical Psychology

// Uchebnik dlja studentov medicinskih vuzov / P.I. Sidorov, A.V. Parnjakov. – M.: Akademicheskii Proekt, Ekaterinburg: Delovaja kniga, 2000. – T.1. – 299 p.

13. Терентьев Л.А. Качество жизни населения региона (на примере Краснодарского края) / Л.А. Терентьев // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Сер. 11. – Вып. 1. – С. 176-183.

Terent'ev L.A. The quality of life of the population in the region (on the example of Krasnodar territory) / L.A. Terent'ev // Vestnik Sankt-Petersburgskogo universiteta. – 2009. – Ser. 11. – Vyp. 1. – P. 176-183.

14. Чучалин А.Г. Качество жизни больных:

влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита / А.Г. Чучалин, Н.Ю. Сенкевич // Терапевтический архив. – 1998. – № 9 – С. 53-57.

Chuchalin A.G. The quality of life of patients: the impact of asthma and allergic rhinitis / A.G. Chuchalin, N.Yu. Senkevich // Therapeutic archive. – 1998. – № 9. – P. 53-57.

15. Шухатович В. Р. Здоровый образ жизни / В. Р. Шухатович // Энциклопедия социологии. – Мн.: Книжный Дом, 2003. – 558 с.

Shuhatovich V.R. Healthy Living / V.R. Shuhatovich // Encyclopedia of Sociology. – Mn.: Knizhnyi Dom, 2003. – 558 p.

16. Эрдес Ш. Вопросник SF-36 и использование его при ревматоидном артрите / Ш. Эр-

дес, К.Ш. Эрдес // Научно-практическая ревматология. – 2003. – № 2. – С. 47–52.

Yerdes S.H. Questionnaire SF – 36 and its use in rheumatoid arthritis / S.H. Yerdes, K.S.H. Yerdes // Scientific and practical rheumatology. – 2003. – № 2. – P.47–52.

17. Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries / Campbell, J.D., Trapnell, P.D., Heine [et al.] // Journal of Personality and Social Psychology, 70. – №1. – 141–156 p.

18. Outcomes for COPD pharmacological trials: from lung function to biomarkers / M. Cazzola, W. MacNee, F.J. Martinez [et al.] // Eur. Respir. J. – 2008, V. 31. – 416 – 469 p.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Т.Е. Попова, А.А. Таппахов, Т.Я. Николаева, Н.А. Шнайдер, М.М. Петрова, А.Ю. Петрова, Л.Т. Оконешникова, Д.А. Попов

ХРОНИЧЕСКАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩАЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТКИ С БОЛЕЗНЬЮ ШАРКО-МАРИ-ТУТА 1А ТИПА

УДК 616.831–002:616.833–002

В статье приводится собственное клиническое наблюдение пациента с хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатией, развившейся на фоне наследственной моторно-сенсорной полиневропатии Шарко-Мари-Тута 1 типа. Показано, что наличие хронической персистирующей герпетической инфекции как внешнесредового фактора, наслаиваясь на мутацию в гене *PMP22* (белка периферического миелина), может привести к развитию аутоиммунного процесса, проявляющегося демиелинизирующим поражением периферических нервов конечностей и краниальных нервов.

Ключевые слова: хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия, болезнь Шарко-Мари-Тута, коморбидность, клинический случай.

We report a patient with chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP) developed against hereditary motor-sensory polyneuropathy (Charcot-Marie-Tooth disease type 1A). It is shown that the presence of chronic persistent herpes infection, stratifying on the mutation in the gene *PMP22* (peripheral myelin protein), may lead to the development of autoimmune process, manifested demyelinating lesions of the peripheral nerves of the limbs and cranial nerves.

Keywords: chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, Charcot-Marie-Tooth disease, comorbidity, clinical case.

Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия

Красноярский гос. мед. университет: **ПОПОВА Татьяна Егоровна** – к.м.н., доцент ИПОВ, tata2504@yandex.ru, **ШНАЙДЕР Наталья Алексеевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ИПОВ, NASchnaider@yandex.ru, **ПЕТРОВА Марина Михайловна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, stk99@yandex.ru; **ТАППАХОВ Алексей Алексеевич** – врач невролог Клиники Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, dralex89@mail.ru; **НИКОЛАЕВА Татьяна Яковлевна** – д.м.н., зав. кафедрой МИ СВФУ, tyanic@mail.ru; ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской помощи»: **ПЕТРОВА Елена Юрьевна** – врач невролог, alenufka@rambler.ru; **ОКОНЕШНИКОВА Людмила Тимофеевна** – врач невролог высшей квалиф. категории, зав. отделением, okoneshnikovalt@rambler.ru, **ПОПОВ Дыгын Александрович** – врач отделения МРТ-диагностики, pdygyn@mail.ru.

(ХВДП) – приобретенное иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся поражением миелиновой оболочки периферических нервных волокон [5, 18]. Отличием ХВДП от синдрома Гийена-Барре является относительно медленное прогрессирование симптоматики в течение 8 недель и более [20], у детей – до 4 недель [4, 8].

По последним данным, ХВДП составляет примерно 20-50% первично недиагностированных полиневропатий [17] и является наиболее частой аутоиммунной демиелинизирующей невропатией. Распространенность ХВДП составляет 1,2-7,7 на 100 тыс. населения в мире, по половому признаку преобладают пациенты мужского пола [5].

К критериям диагностики классической ХВДП относятся: 1) прогрессирующая симметричная мышечная слабость конечностей с нарушениями

чувствительности по полиневритическому типу, арефлексия с рецидивирующим или прогрессирующим течением; 2) выявление демиелинизирующего типа поражения нервных волокон по данным электронейромиографии; 3) наличие белково-клеточной диссоциации в анализе цереброспинальной жидкости; 4) признаки воспаления, демиелинизации при биопсии нервов [17, 18].

Клинические формы ХВДП включают в себя приобретенную мультифокальную демиелинизирующую сенсомоторную невропатию (синдром Левиса-Самнера), преимущественно сенсорную ХВДП, приобретенную дистальную демиелинизирующую сенсорную невропатию и ХВДП с поражением центральной нервной системы (ЦНС) [12, 18, 19]. Поражение ЦНС при ХВДП может быть выявлено при проведении магнитно-резонансной томографии