

УДК 316.334:616.89

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Коблова А.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю.

Институт социального образования, филиал ФГБОУ ВПО «Российский государственный социальный университет», Саратов, e-mail: o.koblova@bk.ru

В настоящее время количество людей, страдающих психическими расстройствами, неуклонно растет, приводя больных к социальной дезадаптации. Сам факт наличия психического заболевания и прогрессивность шизофренического процесса могут кардинальным образом влиять на социальное функционирование больных и менять их социальный статус и социальные роли. Качество жизни и социальное функционирование в настоящее время представляются одними из важнейших составляющих оценки состояния психически больных. Показатели качества жизни используются для оценки особенностей психопатологической симптоматики, ее динамики, течения (тяжести) заболевания. Показатели качества жизни становятся неперенными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, качества оказываемой им помощи. В статье приводятся результаты исследования качества жизни больных, страдающих шизофренией. Исследование проводилось с использованием международного опросника ВОЗ КЖ-100. Полученные результаты позволяют рассматривать качество жизни, определенное на основании опросника ВОЗ КЖ-100, как самостоятельный многофакторный показатель социальной детерминированности тенденций ресоциализации больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, качество жизни, социальное функционирование, опросник ВОЗ КЖ-100

MEDICAL-SOCIOLOGICAL FOUNDATION OF THE SOCIAL FUNCTIONING AND THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Koblova A.A., Krom I.L., Novichkova I.Y.

*Institute of social education, branch of «Russian State Social University»,
Saratov, e-mail: o.koblova@bk.ru*

Now the number of the people with mental disorders grows steadily, leading the patients to social deadaptation. The fact of the presence of a mental illness and progression of schizophrenic process can cardinaly affect the social functioning of the patients and change their social status and social role. Currently quality of life and social functioning are one of the most important components of the assessment of the condition of mentally sick patients. Indicators of quality of life are used for the assessment of features of psychopathological symptomatology, its dynamics, the course (severity) of the disease. Indicators of quality of life become indispensable and extremely important components of the assessment of results of patients' treatment, the quality of the rendered assistance. In the article the results of the research of quality of life of the patients with schizophrenia are shown. The research was conducted using the international questionnaire WHOQOL -100. The received results allow to consider the quality of life defined on the basis of the questionnaire of WHOQOL -100, as an independent multiple-factor indicator of social determinancy of the tendencies of the resocialization of the patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, quality of life, social functioning, the questionnaire WHOQOL-100

«Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» психические расстройства отнесены к социально значимой патологии. Шизофрения, которой страдает около 1% населения, сопровождается нарушением социального функционирования – дестабилизацией личностных отношений, искажением привычных форм деятельности и общения. В структуре инвалидности психические расстройства занимают четвертое место и первое место по длительности сроков инвалидности. Большинство больных с психическими расстройствами, утративших трудоспособность, становятся инвалидами в молодом и среднем возрасте (25% в возрасте до 29 лет, 70% – до 40 лет). Почти 95% инвалидов, признанных нетрудоспособными в связи с психическим заболеванием, остаются на пенсионном обеспечении по-

жизненно. Инвалидность по психическим заболеваниям характеризуется значительной тяжестью: 94,2% психически больных инвалидов имеют I или II группу инвалидности, то есть наиболее тяжелую степень нетрудоспособности [5].

В настоящее время количество людей, страдающих от психического неблагополучия, неуклонно растет, приводя при этом больного к социальной дезадаптации. Как сам факт наличия психического заболевания, так и прогрессивность шизофренического процесса могут кардинальным образом влиять на социальное функционирование больных и менять их социальный статус и социальные роли [6].

Современные представления о психических расстройствах и инвалидизации больных, страдающих психическими болезнями, существуют в контексте медицинской

и социальной моделей. Социальная модель признает психическое заболевание и инвалидность социальным конструктом. В этом случае изменение социального положения и жизненной ситуации людей, страдающих психическими заболеваниями, возможно только в случае изменения доминирующих представлений о «душевной болезни» и о тех мерах и действиях, которые нужно предпринимать по отношению к «больному». Медицинская модель делает акцент на диагностировании патологии, дисфункции, приписывает индивидам статус больных, девиантов, подлежащих исправлению и/или изоляции. В рамках этой модели лица с психическими заболеваниями, как и инвалиды, рассматриваются как социально незащищенная группа бенефициаров, которой необходимо предоставить специфические услуги, материальные компенсации и льготы [7].

В современной клинической практике все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больного, но и качества его жизни как критерия оценки успешности реабилитации больного.

Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие индивидуумом своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума» [8].

Понятие «качество жизни» является многофакторным, принято выделять следующие его компоненты [9]:

– медицинские аспекты: влияние самого заболевания, его симптомов и признаков; ограничение способности к нормальному функционированию, наступающее вследствие заболевания; влияние лечения, в т.ч. его организационных аспектов, на повседневную жизнедеятельность пациента;

– психологические аспекты, под которыми, прежде всего, понимается субъективное отношение человека к своему здоровью и самочувствию/состоянию; степень адаптации пациента к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому и статусно-ролевому положению;

– социально-экономические аспекты (прямые и косвенные потери – затраты, связанные непосредственно с оплатой лечения, временная или постоянная нетрудоспособность, ограничение профессиональных возможностей).

Качество жизни, релевантное здоровью, – это субъективное восприятие человеком различных факторов, связанных с его здоровьем, т.е. физическим, психическим и социальным благополучием. Субъектив-

ные показатели качества жизни включают самоощущение пациентов, восприятия ими своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, целей и ожиданий [1].

Всемирная организация здравоохранения разработала основополагающие критерии оценки качества жизни, релевантного здоровью: **физические** (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); **психологические** (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания); **уровень независимости** (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); **общественная жизнь** (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); **окружающая среда** (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология); **духовность** (религия, личные убеждения) [12].

Качество жизни и социальное функционирование в настоящее время представляются одними из важнейших составляющих оценки состояния психически больных. Показатели качества жизни используются для оценки особенностей психопатологической симптоматики, ее динамики, течения (тяжести) заболевания [10]. Показатели качества жизни становятся неперенными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, качества оказываемой им помощи и должны учитываться при планировании развития психиатрической службы [2].

Улучшение качества жизни больных с психическими расстройствами предполагает:

1) оберегать человеческое достоинство людей с психическими расстройствами;

2) оказывать необходимую пациентам и согласованную с ними клиническую и неклиническую помощь в целях снижения отрицательного воздействия психического расстройства и повышения их качества жизни;

3) использовать вмешательства, способные помочь лицам с психическими расстройствами самостоятельно совладать со своими психическими дисфункциями;

4) более эффективно и результативно использовать ресурсы для охраны психического здоровья;

5) гарантировать улучшение качества во всех областях, включая пропаганду ценностей психического здоровья, профилактику, лечение и реабилитацию лиц с психическими расстройствами в системе первичного

медико-санитарного звена, поликлиниках, стационарах и районных медицинских учреждениях интернатного типа [11].

Существенное значение для оценки перспектив реабилитации и адаптации больных с различной психической патологией придается субъективным оценкам пациентов и их соответствию реально сложившейся ситуации, то есть качеству жизни. Интерес к вопросам качества жизни данной категории больных знаменует собой отход от внимания клиницистов только на имеющейся патологии. Данный подход является в большей степени личностно ориентированным, учитывающим характерологические и социальные особенности, успехи, неудачи, суждения и оценки, в том числе касающиеся заболевания и его последствий [4].

Исследование качества жизни больных, страдающих шизофренией, проводится в Центре медико-социологических исследований г. Саратова с 2009 г. В исследование были включены 187 больных шизофренией мужского и женского пола трудоспособного возраста, находящихся на лечении в Областной психиатрической больнице г. Саратова (120 респондентов) и психоневрологических интернатах Саратовской области (67 респондентов). Все пациенты страдали шизофренией, параноидной формой. Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность – 287 респондентов. С целью диагностики адекватности самооценки больных проводилась проба Дембо–Рубинштейн.

Большая часть пациентов – лица женского пола до 50 лет (80,7%). Инвалидность второй группы установлена 121 пациенту (64,7%), третьей группы – 54 пациентам (28,9%). У 12 респондентов (6,4%) инвалидность отсутствует. Большинство больных (73,2%) имели среднее образование. Работают 65 человек (35,3%), но большая часть из них (93%) занята в областях с невысокими квалификационными требованиями.

Длительность заболевания у большинства пациентов (88,4% – 165 респондентов) составила более пяти лет, 11,6% (22 респондента) страдали психическим заболеванием последние 3 года. По поводу обострения шизофрении 40,3% респондентов проводилось стационарное лечение в Областной психиатрической больнице, 13,7% респондентов посещали дневной стационар, им проводилось амбулаторное лечение, 46% респондентов находились постоянно в психоневрологических интернатах Саратовской области.

Исследование качества жизни респондентов проводилось нами с использованием

международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Опросник ВОЗ КЖ-100 является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни.

Значение каждой шкалы выражается в баллах и колеблется в диапазоне от 0 до 19,00 [3]. Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды. С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом.

Статистическая достоверность различия средних показателей качества жизни групп респондентов (находящихся на лечении в Областной психиатрической больнице и постоянно находящихся в психоневрологических интернатах) определялась по непараметрическому критерию Манна–Уитни. Различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$.

При исследовании качества жизни больных шизофренией, находящихся в психоневрологических интернатах и больных, проживающих вне интерната, статистически значимые различия средних значений выявлены во всех исследуемых сферах (физической, психологической, социальной и духовной).

В «Физической» и «Духовной» сферах различия в показателях качества жизни больных шизофренией двух групп минимальны.

Однако при исследовании качества жизни в субсфере «Положительные эмоции» разброс показателей качества жизни достаточно велик, показатель качества жизни больных шизофренией, проживающих вне интерната, – 12,0 баллов, больных шизофренией, находящихся в психоневрологических интернатах, – 14,0 баллов ($p < 0,05$).

В субсфере «Сексуальная активность» мы отметили снижение среднего показателя качества жизни в группе больных, страдающих шизофренией, проживающих вне интерната (12,0 баллов), в группе больных шизофренией, находящихся в психоневрологических интернатах, средний балл качества жизни равняется 15,0 ($p < 0,05$).

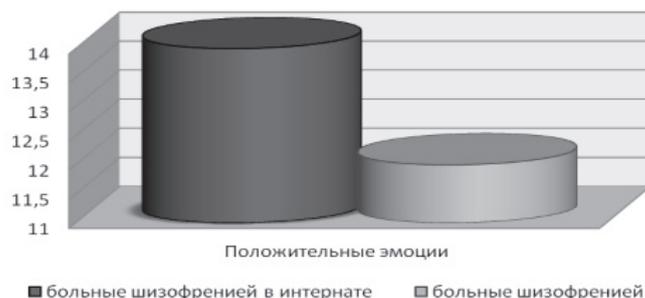


Рис. 1

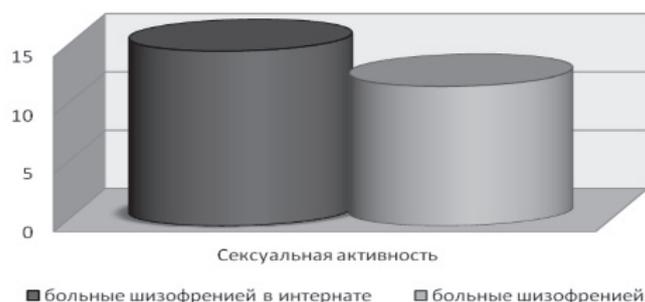


Рис. 2

В субсфере «Физическая безопасность и защищенность» отмечается значительное снижение среднего показателя качества жизни группе больных, страдающих шизофренией, проживающих вне интерната (13,0 баллов) в группе больных шизофренией, находящихся в психоневрологических интернатах, этот показатель составил 14,0 баллов ($p < 0,05$). В субсфере «Финансовые ресурсы» полученные результаты выявили резкое снижение показателя качества жизни у больных шизофренией, проживающих вне интерната (11,0 баллов), в группе больных шизофренией, находящихся в психоневрологических интернатах, этот показатель составил 14,0 баллов ($p < 0,05$).

В субсферах «Положительные эмоции», «Сексуальная активность», «Физическая безопасность и защищенность», «Финансовые ресурсы» отмечается статистически значимое снижение средних показателей качества жизни в группе больных, находящихся в Областной психиатрической больнице. У больных шизофренией из интернатных учреждений выявлено значительное снижение качества жизни в субсфере «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)». В группе больных шизофренией, проживающих вне интерната, этот показатель оказался выше (15,0 баллов), чем у больных шизофренией, находящихся в психоневрологических интернатах (14,0 баллов) ($p < 0,05$).

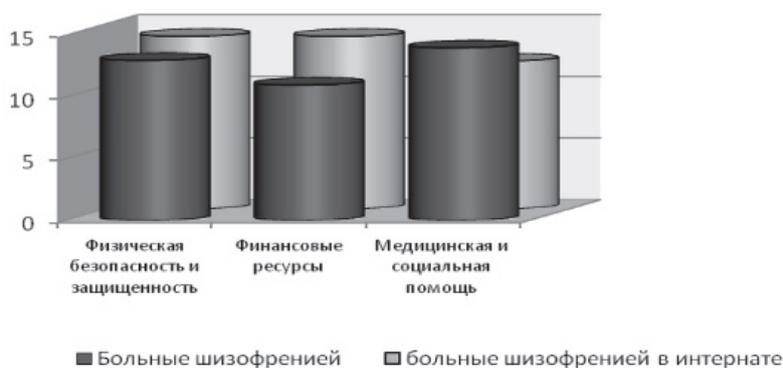


Рис. 3

При сравнительном анализе показателей качества жизни больных шизофренией более высокие показатели качества жизни отмечены в группе респондентов из психоневрологических интернатов.

Полученные результаты позволяют рассматривать качество жизни, определённое на основании опросника ВОЗ КЖ-100, как самостоятельный многофакторный показатель социальной детерминированности тенденций ресоциализации больных шизофренией.

Список литературы

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психических больных. – М., 2007.
2. Денисов Е.М. Социальное функционирование и качество жизни женщин, страдающих шизофренией, в зависимости от длительности болезни // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2002. – № 1 (9). – С. 6–71.
3. Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – С. 454–484.
4. Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, Вып. 3. – С. 73–75.
5. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С. Системный анализ показателя инвалидности вследствие психических заболеваний в современных российских условиях // Психиатрия. – 2009.
6. Решетников А.В., Ефименко С.А. Социология пациента – М.: 2008. – 301 с.
7. Романов П., Ярская: Смирнова Е. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов: Научная книга, 2006.
8. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment // Europ. Psychiat. 1994. – Vol. 9, Suppl. 1. – P. 68.
9. Cella DF. Quality of life outcomes: measurement and validation. – Oncology, 1996; 11: 23346.
10. Katsching H. Methods for measuring social adjustment // Methodology in evaluation of psychiatric treatment / ed: T. Helgason. – Cambridge: University Press, 1983. – P. 205–218.
11. Quality improvement for mental health. – Geneva: Word Health Organization, 2003. – 74 p.
12. World Health Organization: WHO Quality of Life Group. Geneva, 1993.

References

1. Gurovich I.Ja., Shmukler A.B. Praktikum po psichosocial'nomu lecheniju i psichosocial'noj rehabilitacii psichicheskikh bol'nyh. M., 2007.
2. Denisov E.M. Social'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni zhenshhin, stradajushhh shizofreniej, v zavisimosti ot dlitel'nosti bolezni. Zhurnal psichiatrii i medicinskoj psihologii no. 1 (9), 2002, pp. 6–71.
3. Diagnostika zdorov'ja: psichologicheskij praktikum /pod red. G.S. Nikiforova. SPb «Rech'». 2007. pp. 454–484.
4. Kir'janova E.M. Sal'nikova L.I. Social'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni psichicheski bol'nyh vazhneshij pokazatel' jeffektivnosti psichiatricheskoj pomoshhi // Social'naja i klinicheskaja psichiatrija T. 20 Vypusk 3. Moskva, 2010, pp. 73–75.
5. Mitihina I.A, Mitihin V.G., Jastrebov V.S. Sistemnyj analiz pokazatelja invalidnosti vsledstvie psichicheskikh zabolovanij v sovremennyh rossijskikh uslovijah / Psichiatrija. 2009.
6. Reshetnikov A.V., Efimenko S.A. Sociologija pacienta M., 2008. 301 p.
7. Romanov P., Jarskaja: Smirnova E. Politika invalidnosti: social'noe grazhdanstvo invalidov v sovremennoj Rossii. Saratov: Nauchnaja kniga, 2006.
8. Amir M. The World Health Organization quality of life assess-ment // Europ. Psychiat. 1994. Vol. 9, Suppl. 1. pp. 68.
9. Cella DF. Quality of life outcomes: measurement and-validation. Oncology 1996; 11: 23346.
10. Katsching H. Methods for measuring social adjustment // Methodology in evaluation of psychiatric treatment / ed: T. Helgason. Cambridge: University Press; 1983. pp. 205–218.
11. Quality improvement for mental health. Geneva: Word Health Organization, 2003. 74 p.
12. World Health Organization: WHO Quality of Life Group. Geneva, 1993.

Рецензенты:

Андрянова Е.А., д.соц.н., профессор, зав. кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии, ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов;

Кодочигова А.И., д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 26.09.2013.