

УДК 616.895.8-082:364.444

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

¹Штаньков С.И., ²Рыкова В.Л.

¹ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им Н.Н. Бурденко», Воронеж;

²КУЗВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер», Воронеж,
e-mail: vokpnd@gmail.ru

Деадаптация больных шизофренией в процессе заболевания приводит к утрате трудоспособности и инвалидизации больных, преимущественно молодого, трудоспособного возраста, что ведет к большим экономическим потерям. Для сохранения психического здоровья наряду с медикаментозной терапией необходимо осуществлять социально-реабилитационные мероприятия. С целью выявить больных, обладающих наибольшим реабилитационным потенциалом, проведено исследование медицинских и социальных характеристик больных шизофренией. Исследование показало, что уровень социальной адаптации напрямую связан со степенью прогрессирования заболевания, качеством ремиссий и частотой госпитализации. С помощью метода кластерного анализа данных сформированы группы пациентов в зависимости от уровня их реабилитационного потенциала. Предлагаемая методика позволит своевременно применять соответствующие реабилитационные меры к больным шизофренией с целью улучшения их адаптации и сохранения трудоспособности.

Ключевые слова: шизофрения, социальная дезадаптация, реабилитационный потенциал

THE MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF RENDERING ASSISTANCE TO SCHIZOPHRENIA PATIENTS

¹Shtankov S.I., ²Rykova V.L.

¹The Voronezh state medical academy named after N.N. Burdenko, Voronezh;

²The Voronezh regional clinical psychoneurological hospital», Voronezh, e-mail: vokpnd@gmail.ru

Bad adaptation of schizophrenia patients in the course of disease leads to disability patients, mainly young, able-bodied age that conducts to the big economic losses. For preservation of mental health along with medicamentous therapy it is necessary to carry out socially-rehabilitation actions. On purpose to reveal the patients possessing in the greatest rehabilitation potential, research of medical and social characteristics sick of a schizophrenia is carried out. Research has shown, that social adaptation level is directly connected with degree of disease progression, quality of remissions and frequency of hospitalizations. By means of the cluster analysis method of data groups of patients according to their rehabilitation potential level are generated. The offered technique will allow applying in due time corresponding rehabilitation measures to schizophrenia patients in order to improve their adaptation and work capacity preservation.

Keywords: schizophrenia, bad social adaptation, rehabilitation potential

Последствия психических заболеваний – серьезная проблема для самих больных, их родственников, государства и общества в целом [1, 2, 4]. Шизофрения как заболевание сопровождается значительным нарушением социально-трудового функционирования, нарушением личностных отношений, отрывом от общества и семьи, дестабилизацией привычных форм деятельности. Социально-трудовая дезадаптация приводит к инвалидизации лиц преимущественно молодого и трудоспособного возраста, здоровых в физическом плане, что ведет к значительным экономическим затратам [6]. Более 70% больных, получающих группу инвалидности, находятся в социально активном возрасте, поэтому к проблемам качества их лечения и социально-трудовой реабилитации привлекается все больше внимания [1]. По расчетам [7] в 2005 г. цена психического нездоровья, включая прямые и косвенные расходы, составила 272,8 млрд руб. или 1,3% ВВП. Анализ работ по проблеме психического здоровья показывает, что вло-

жения в ресурсную базу психиатрической службы неизбежно влекут за собой улучшение психического здоровья общества, повышение социального функционирования больных, членов их семей, а также сокращение других экономических потерь. Резкое ухудшение материального положения больных и снижение качества жизни вследствие разрушения системы социально-трудовой реабилитации, сокращение лечебно-трудовых мастерских, общежитий и других реабилитационных структур [6] свидетельствует о необходимости восстановительных мероприятий. Для получения оптимальных результатов внедрение новых поколений медикаментозной терапии необходимо сочетать с мерами социальной реабилитации [5]. В связи с этим особое значение приобретает выявление больных, обладающих существенным реабилитационным потенциалом и использование комплексного ресоциализирующего подхода.

Цель исследования: изучение социальных характеристик больных, их по-

требностей, притязаний, качества оказания им медицинской помощи для разработки в дальнейшем комплексной программы реабилитации и социальной поддержки.

Материалы и методы исследования

Проведено изучение выборки из 267 больных, сформированных из пациентов, находящихся на диспансерном учете, ранее проходивших стационарное лечение в КУЗВО «ВОКПНД». Все больные были вне стадии обострения. Средний возраст составил $31 \pm 5,3$ лет. Мужчин было 159 (59,5%), женщин – 108 (40,5%). Критериями в исследовании являлись: добровольное согласие, трудоспособный возраст (от 18 до 45 лет), диагноз шизофрении (МКБ-10). Из исследования исключались: больные тяжелыми хроническими, инвалидизирующими заболеваниями, сопутствующими психиатрическими и неврологическими заболеваниями (алкоголизм, наркомания, последствия тяжелых ЧМТ, умственная отсталость), больные с глубоким эмоционально-волевым дефектом. Исследование проводили путем анкетирования с помощью «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» [3] и опросника для оценки качества медицинской помощи. Анализировались социально-демографические, материально-бытовые характеристики больных, уровень медицинской активности, степень удовлетворенности больных качеством медицинской помощи. В работе использовались клинико-anamnestический метод, интервьюирование больных и родственников, изуча-

лась медицинская документация. Полученные результаты статистически обрабатывались с определением средних значений, стандартного отклонения, величины ошибки репрезентативности средних. При сравнении средних использовались методы параметрической и непараметрической статистики. Для изучения влияния течения заболевания на социально-трудовой прогноз больные были разделены на две группы: группа I – больные со сроком заболевания менее 3-х лет и группа II – больные со сроком заболевания более 3-х лет. Также для выделения групп больных по изучаемым признакам исходя из их сходства использовался метод группировки объектов – кластерный анализ. Статистическая обработка проводилась с использованием программ MS Office Excel 5.0, SPSS 13.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Подавляющее большинство пациентов (85,4%) страдали параноидной шизофренией (F 20.0). Также были диагностированы: простая форма шизофрении (8,2%) и неврозоподобная шизофрения (шизотипическое расстройство) в 6,4% случаев. В 55% случаев был отмечен непрерывный тип течения заболевания, в остальных случаях – приступообразный тип течения. Средний возраст больных первой группы составил $25,3 \pm 2,4$ года, больных второй группы – $29,2 \pm 3,1$ лет (табл. 1).

Таблица 1

Общая характеристика больных

	Средний возраст, лет	Средняя длительность заболевания, лет	Частота госпитализаций, кол-во в год
Группа I n = 91	$25,3 \pm 2,4$	$2,2 \pm 0,7$	$3,1 \pm 0,8$
Группа II n = 176	$29,2 \pm 3,1$	$5,2 \pm 1,9^*$	$1,3 \pm 0,2^*$

Примечание. * $P < 0,001$ между группами.

Более чем каждый третий больной на момент обследования имел группу инвалидности (43,4%). При первом поступлении группа инвалидности была определена только 7 больным (2,6%). При этом длительность заболевания у них была более 10 лет, а сроки наблюдения в психоневрологическом диспансере менее 5 лет. Отсутствие медицинского

наблюдения у этих больных, видимо, связано с недооценкой симптомов со стороны родственников, страхом стигматизации. Среди больных, имеющих инвалидность, у 13,2% больных была I группа инвалидности, у 86,8% – II и III группы. Средняя длительность жизни больных с наличием группы инвалидности составила $5,5 \pm 2,2$ года (табл. 2).

Таблица 2

Социальные характеристики больных в % от общего количества

	Образование		Семейный статус		Работа		Группа инвалидности	
	Высшее	Среднее, начальное	Хороший	Плохой	Есть	Нет	Есть	Нет
Группа I	92,5	7,5	24,2	75,8	31,5	68,5	9,2	0,8
Группа II	49,6	50,4	6,1	93,9	4,3	95,7	61,3	8,7
Общее кол-во	64,0	36,0	12,3	87,7	13,8	86,2	43,4	56,6

Лица с высшим образованием составили 64,2% от общего числа наблюдений. У остальных больных было среднее или

среднеспециальное образование. У 10,5% больных – начальное школьное образование. 23% больных никогда не работали по

специальности. На момент обследования постоянную оплачиваемую работу имели только 13,8% больных. У большинства больных отмечался плохой послужной список, т.е., частые смены работы, плохие взаимоотношения с коллегами и руководством. Большое количество пациентов (42,8%) не работали и не имели группу инвалидности. Из работающих пациентов только каждый четвертый (26%) сохранил квалификацию, а подавляющее большинство пациентов продолжали работать со снижением квалификации. Более половины больных отметили многократную смену работы (более 5 раз), пациенты со сроком болезни менее 3-х лет, с частыми госпитализациями (91 человек, 34%) указывали на более частую перемену работы, чем пациенты с длительными сроками болезни (29,3 и 15,4%, $p < 0,05$).

Таким образом, ухудшение течения заболевания влияло на социально-трудовое устройство пациентов. Оценка трудоспособности самими пациентами показывает, что 43,2% имеют установку на трудоустройство. Низкий трудовой статус коррелировал с оценкой больными их тяжелого материального положения. Значительная доля больных характеризовала свое материальное положение как тяжелое. Наблюдалась достоверная разница в оценке этого состояния между пациентами с небольшими сроками госпитализации и пациентами с длительным течением заболевания (28,3% мужчин и 40,4% женщин и 15,1% мужчин и 25,7% женщин соответственно. Однако почти половина больных (48,3%) были удовлетворены своим материальным положением. Скорее всего, это связано со снижением уровня притязаний и изменением системы ценностей при прогрессировании заболевания. Наибольшее количество больных (более 2/3) высказали неудовлетворение своими жилищными условиями, одеждой. При анализе семейного состояния больных выявлена низкая семейная адаптация больных – лишь 12,3% пациентов состояли в браке, 18,4% разведены, и 2/3 больных никогда не состояли в браке. Показатели семейного состояния были лучше в группе больных с небольшими сроками болезни ($p = 0,011$). В половине случаев взаимоотношения с родственниками были неустойчивыми или конфликтными (46,2%). В остальных случаях отношения характеризовались как нейтральные, лишь в 4,1% случаев отношения были доброжелательными. Конфликтность была несколько выше в группе длительно болеющих больных (26,7 и 21,3%, $p > 0,05$).

У 34,3% больных отмечался низкий уровень социальных контактов. Больные

общаются только с родственниками, в том числе 5,3% только по их инициативе. Лишь 6,2% больных отметили свой круг общения как разнообразный. Снижение дневной активности отмечалось в 37,5% случаев, в то время как сами больные были удовлетворены своей дневной занятостью в 73,4%. Характерны высокие показатели удовлетворенности больных своим физическим здоровьем (76,3%), психическим здоровьем (51,4%). 53% признались, что ощущают себя полностью благополучными и менее 10% абсолютно несчастливы.

По результатам анкетирования были отобраны 40 наиболее значимых переменных для их использования в целях классификации путем кластерного анализа. В процессе обработки данных было получено 3 кластера (группы больных) с различными уровнями реабилитационного потенциала: I группа (15%) – больные с хорошим реабилитационным потенциалом. Это, как правило, работающие больные с хорошей или удовлетворительной дневной активностью и высоким уровнем социальной адаптации. Тип течения болезни – приступообразный с частыми обострениями. Такие пациенты чаще всего неудовлетворены своим положением и материальным достатком. Наиболее оптимальной медико-социальной стратегией для таких больных будет поддержка их трудового статуса, работа с семьей, медикаментозное и психотерапевтическое сопровождение с целью предотвращения развития рецидивов болезни. II группа (46% больных) преимущественно неработающие и инвалиды с удовлетворительной дневной активностью, семейно дезадаптированные, но имеющие установки на трудоспособность, чаще неудовлетворенные своим положением и достатком. Таким больным необходимы активирующие реабилитационные стратегии (поиск работы, ресоциализация, снижение нагрузки на родственников, медикаментозная поддержка, помощь в решении социальных, юридических вопросов).

III группа (29%) – больные с низким реабилитационным потенциалом. Это больные с многолетним, непрерывным течением заболевания, низкими показателями психической и физической работоспособности, утратившие социальные связи, имеющие инвалидность. Таким больным необходимо создать комфортные условия проживания, возможно, общинного типа. Реабилитационные мероприятия будут сводиться к постоянной медикаментозной поддержке, помощи в сохранении навыков самообслуживания, решении социальных, юридических вопросов.

Заключение и выводы

1. У четверти больных (26%) длительность заболевания составила более 10 лет, в то время как сроки наблюдения в психоневрологическом диспансере менее 5 лет. Необходимо проводить разъяснительную работу с пациентами и их родственниками с целью преодолеть опасность недооценки симптомов болезни и страх перед стигматизацией и, тем самым, потерять время для своевременного медицинского вмешательства и психосоциальной реабилитации.

2. Имеется прямая зависимость особенностей течения и клинической картины заболевания (качество ремиссий, частота госпитализаций) от уровня социально-трудовой и семейной адаптации.

3. Значительная часть исследованных больных (42,8%) не работают и не имеют группы инвалидности. Учитывая сохранность их трудоспособности и желание трудоустроиться, следует оказывать им социальную поддержку и помощь в трудоустройстве на различных уровнях (медицинские учреждения, службы занятости, органы исполнительной власти).

4. Использование признаков-предикторов, полученных в результате анализа данных, позволит прогнозировать социально-трудовой прогноз и уровни реабилитационного потенциала больных.

Список литературы

1. Войтенко А.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: руководство для врачей и психологов. – СПб.: Фолиант, 2002. – 256 с.
2. Гурович И.Я. Социальное функционирование и качество жизни психически больных / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, И.Г. Шашкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т.4, № 4. – С. 38–45.
3. Гурович И.Я. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т.8, № 2. – С. 35–40.

4. Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье россиян / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Человек. – 2002. – № 6. – С. 50–52.

5. Жариков Н.М. Влияние социальных факторов на распространенность и течение шизофрении / Н.М. Жариков, Е.Д. Соколова // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 1989. – Т.89, № 5. – С. 63–66.

6. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.

7. Экономическая оценка последствий психических заболеваний: методические рекомендации для врачей-психиатров и организаторов здравоохранения // Министерство здравоохранения и социального развития РФ. – 2009. – 49 с.

References

1. Voitenko A.M. *Socialnayai klinicheskaya psichiatriya s osnovami mediko-socialnoy ekspertisy* [Social psychiatry with the basics of medical-social expertise and reabilitologii: A guide for doctors and psychologists]. SPb, Foliant, 2002. 256 p.
2. Gurovich I.Y., Shmukler A.B., Shashkova I.G. *Socialnaya I klinicheskaya psichiatriya*, 1994, no. 4, pp. 38–45.
3. Gurovich I.Y., Shmukler A.B., *Socialnaya I klinicheskaya psichiatriya*, 1998, no. 2, pp. 35–40.
4. Dmitrieva T.B., Polozhii B.S., *Chelovek*, 2002, no. 6, pp. 50–52.
5. Zharekov N.M., Sokolova E.D., *Ghurn. Nevrol i Psichyatr: im S.S. Korsakova*, 1989, no. 5, pp. 63–66.
6. *Psichiatriya natsionalnoe rukovodstvo* [Psychiatry: a national guideline]. Moscow, Geotar, 2009. 1000 p.
7. *Economicheskaya otsenka posledstviy psichicheskikh zabolevanii* [Economic evaluation of the effects of mental illness. Guidelines for psychiatrists and health managers]. Min. of Health and Soc. Devel., 2009. 49 p.

Рецензенты:

Ширяев О.Ю., д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии с наркологией, ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им Н.Н. Бурденко», г. Воронеж;

Подвигин С.Н., д.м.н., профессор кафедры психиатрии с наркологией, ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им Н.Н. Бурденко», г. Воронеж.

Работа поступила в редакцию 22.02.2013.