

мость в поступках и действиях», «Счастливая семейная жизнь» и «Творческая деятельность». Оценывался общий уровень самостигматизации (сумма баллов по всем сферам) по следующим критериям: низкий – 1-28 баллов, средний – 29-57 баллов, высокий – 58 баллов и более. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты. При проведении тестирования установлено, что низкий уровень СС наблюдается у 8 больных (10,5%), средний – также у 8 больных (10,5%), высокий – у 60 больных (79%). Средний балл показателей самостигматизации для основной группы больных был следующим: у пациентов с высоким уровнем СС - $91,4 \pm 14,1$, со средним уровнем СС - $38,5 \pm 4,7$, с низким уровнем СС - $9,6 \pm 1,6$. Для группы сравнения данные показатели были следующими: у пациентов с высоким уровнем СС - $97,8 \pm 24,8$, со средним уровнем СС - $45,7 \pm 8,5$, с низким уровнем СС - $13,8 \pm 4,5$.

В зависимости от длительности заболевания показатели распределились следующим образом: в основной группе низкий уровень СС наблюдается у 3 пациентов (9,7%), средний – у 4 пациента (12,9%) и высокий – у 24 пациентов (77,4%); в группе сравнения: низкий – у 5 (11,1%), средний – у 4 (8,9%), высокий – у 36 (80%) больных. Для больных с низким уровнем самостигматизации, у которых наблюдаются начальные стадии формирования самостигмы, характерно подчеркивание собственных отличий от «типичного» психически больного, отнесение себя к группе здоровых людей, несмотря на наличие психиатрического диагноза. Также характерно появление тревожных ожиданий в отношении своей дальнейшей жизнедеятельности и места в обществе, сокрытие фактов принадлежности к категории «больных». У пациентов со средним уровнем самостигматизации наблюдается более выраженная субъективная значимость психиатрического диагноза. На фоне осознания имеющихся в обществе предубеждений и стереотипов в отношении людей с психическими расстройствами, происходит формирование и принятие категорий «здоровый» / «больной», идентификация себя в качестве психически больного. Отмечается занижение самооценки, озабоченность своим положением в обществе и угасание социальной активности. Высокий уровень самостигматизации характеризуется переживанием больными чувства отчуждения, уязвимости, собственной несостоятельности и некомпетентности. Это ведет к прогрессирующему снижению самооценки, самоуважения, самоэффективности. Больные, находящиеся на заключительных стадиях принятия самостигмы, с трудом представляют свою жизнь вне психиатрического стационара, избегают контакта со здоровыми людьми и практически не проявляют социальной активности.

Выводы. Исходя из проанализированных выше данных, в обеих группах наблюдается высокая самостигматизация, что свидетельствует о том, что даже первая госпитализация больного шизофренией в психиатрический стационар оказывает значительное влияние на его отношение к своему положению в обществе и к собственной личности, которое сохраняется на протяжении всей длительности заболевания. Наличие психиатрического диагноза зачастую ограничивает трудовую деятельность, самостоятельность и независимость человека, изменяет его отношения в семейной и дружеской сферах. Всё это, в комплексе с общественными стереотипами и наличием самостигмы у самого больного, ведет к развитию неуверенности в собственных силах, неспособности к самореализации и, как следствие, к возникновению личностных конфликтов и социальной дезадаптации.

УДК:616.895.8-036.3/8-037:159.922:316.61

Бойченко А.А., Трошина Е. О.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире насчитывается более 21 миллиона человек с установленным диагнозом шизофрения. Это заболевание поражает людей разного возраста, пола и социального статуса. При этом шизофрения ассоциируется

с постепенной потерей трудоспособности, утратой профессиональных навыков, а также разрывом социальных связей. Люди, страдающие шизофренией, сталкиваются с непониманием обществом их проблемы, а также подвергаются стигматизации и дискриминации.

По мере прогрессирования симптомов болезни снижается качество жизни пациентов. Многие больные имеют группу инвалидности, не состоят в браке, в их семьях учащаются случаи конфликтов. Вместе с тем, нарастание дефицитарных симптомов может служить причиной отстраненности больных от возникающих сложных жизненных ситуаций. Доказано отсутствие у больных критики к своему состоянию, но вместе с тем возможно снижение критического отношения к окружающим пациента обстоятельствам жизни по мере прогрессирования симптомов болезни. Важно изучить субъективную оценку больными их качества жизни в динамике прогрессирования шизофрении.

Цель исследования. Изучение субъективной оценки качества жизни больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Материал и методы. Оценка качества жизни была проведена у 71 пациента возрастом от 18 до 60 лет с установленным диагнозом шизофрения получавших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице города Донецка в 2017 г. Все больные на момент исследования получали стандартную терапию атипичными антипсихотиками.

Пациенты были разделены на две группы: в первую вошли больные, чей диагноз был установлен более 5 лет назад, во вторую – больные с установленным диагнозом менее 5 лет назад. Количество пациентов в первой группе составило 34 человека (47,9%), во второй – 37 человек (52,1%). В исследовании приняли участие 47 мужчин (66,2%), из них 19 относились к первой группе и 28 – ко второй, и 24 женщины (33,8%), из них 15 относились к первой группе, 9 – ко второй.

Психодиагностический метод предусматривал оценку качества жизни пациентов с помощью Краткого опросника Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF). Исследование проводилось в 4 сферах: физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка и социальное благополучие. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты. В ходе исследования были получены следующие значения. В сфере физического и психологического благополучия в первой группе средний показатель составил $18,97 \pm 0,73$ балла, во второй – $20,1 \pm 0,57$ баллов. Статистически значимого различия между показателями двух групп в этой сфере выявлено не было (согласно критерию Манна-Уитни, $U_{эмп} = 550$, $p > 0,05$), оба показателя соответствуют низкому уровню.

В сфере самовосприятия средний показатель для первой группы составил $17,73 \pm 0,55$ баллов, что соответствует низкому уровню, для второй – $19,21 \pm 0,53$ балла, что соответствует удовлетворительному уровню. Было выявлено статистически достоверное различие между показателями двух групп в этой сфере (согласно критерию Манна-Уитни, $U_{эмп} = 445$, $p < 0,05$).

В сфере микросоциальной поддержки значения составили $10,53 \pm 0,52$ и $10,40 \pm 0,36$ баллов для первой и второй групп соответственно, оба показателя соответствуют удовлетворительному уровню, статистически значимого различия между показателями двух групп в этой сфере не выявлено (согласно критерию Манна-Уитни, $U_{эмп} = 621$, $p > 0,05$).

В сфере социального благополучия средний результат первой группы составил $20,08 \pm 1,31$ балл, результат второй группы - $20,40 \pm 1,02$ балла. Статистически значимого различия двух показателей в сфере социального благополучия не выявлено (согласно критерию Манна-Уитни, $U_{эмп} = 561$, $p > 0,05$), оба показателя соответствуют низкому уровню.

Общий суммарный уровень качества жизни у пациентов первой группы составил $67,32 \pm 2,09$ баллов, у пациентов второй группы – $70,1 \pm 1,65$ баллов, статистически достоверного различия в оценке качества жизни у пациентов двух групп выявлено не было (согласно критерию Манна-Уитни, $U_{эмп} = 523$, $p > 0,05$), оба показателя соответствуют низкой оценке уровня качества жизни.

Выводы. Полученные в результате исследования данные показывают, что пациенты с шизофренией, болеющие менее пяти лет имеют низкие показатели качества жизни во всех сферах, кроме самовосприятия и микросоциальной поддержки, в то время как пациенты, страдающие шизофренией более пяти лет, помимо этого имеют низкие показатели и в сфере самовосприятия, что указывает на снижение критической оценки по мере прогрессирования заболевания.

Несмотря на то, что по мере прогрессирования шизофрении объективно качество жизни больных снижается, различия между субъективными оценками качества жизни пациентов с длительностью

заболевания более пяти лет и пациентов с длительностью заболевания менее пяти лет нет, что указывает на снижение интереса больных к окружающей действительности при нарастании апато-абулического синдрома.