

УДК 616.895.8-055.2 (208)

*Е.М. Денисов***СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЗНИ**

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: качество жизни, социальное функционирование, шизофрения, психосоциальная реабилитация

В последние десятилетия во всем мире отмечается рост интереса к вопросам качества жизни (КЖ) и социального функционирования (СФ) пациентов. Эти показатели становятся неперенными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, качества оказываемой им помощи, и должны учитываться при планировании развития психиатрической службы, и самое главное — включаться в процесс психосоциальной реабилитации [1].

В современных социально-экономических условиях больные, страдающие шизофренией, являются одними из первых жертв экономического кризиса. Такие пациенты отличаются низким уровнем качества жизни: они быстро теряют социальные связи, контакты с родственниками, навыки самообслуживания [2]. Все это обуславливает необходимость использования в социальной психиатрии новой семиотической категории — «уровень социального функционирования», который отражает степень ограничения или снижения уровня жизни больного по следующим категориям: снижение и утрата способности к трудовой деятельности, межличностным, семейным, родительским, сексуальным отношениям, организации проведения быта и досуга в повседневной жизни, нарушение контроля за своим поведением [3].

Описания различных аспектов социального статуса и уровня функционирования психически больных остаются единичными [4,5]. При этом мало внимания уделяется самооценке боль-

ного. В то же время психиатрическая помощь должна строиться на партнерских отношениях с пациентами, с учетом его мнений и суждений, т.е. показателей качества жизни.

Общепринятое определение понятия КЖ отсутствует. В наиболее общем виде оно рассматривается как «восприятие человеком своей жизни», как «удовлетворение своих потребностей и оптимальное функционирование в сообществе» [6]. Эксперты ВОЗ определяют КЖ как «способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, наличие удовлетворительной работы, материального положения, образование, социальный успех, независимость и возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения» [7].

Большинство проведенных исследований КЖ основано на «самоотчетах» пациентов или субъективной оценке [8,9]. Одним из способов повышения достоверности полученных результатов является сопоставление субъективной оценки КЖ больных с объективными данными, отражающими реальные жизненные обстоятельства, которые можно определить при изучении СФ пациентов.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-социального статуса, уровня социального функционирования и степени удовлетворенности качеством жизни женщин, страдающих шизофренией в зависимости от длительности заболевания.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие женщины, страдающие шизофренией, поступившие на стационарное лечение в Центр ранней диагностики и интенсивной терапии ОКПБ г. Донецка. Выборка носила случайный характер: в исследование включались пациентки по мере их поступления. Больные были разделены на три

группы: I-ю группу составили лица с длительностью болезни до 2-х лет, II-ю группу — с длительностью от 3-х до 15 лет, III-ю группу — более 15 лет. Обследование проводилось с помощью специально составленной карты, заполняемой врачом-психиатром и включающей структурированное интервью. Карта включала неко-

торые социальные характеристики, разделенные на ряд блоков (возраст начала болезни, образование, инвалидность, семейное положение, место проживания, профессиональная деятельность, межличностные и социальные контакты и т.д.). Кроме этого карта содержала ряд клинических характеристик (длительность болезни, количество госпитализаций за 5-ти летний период, психопатологический синдром, тип течения болезни, диагноз по МКБ-10). Субъективная оценка КЖ изучалась при помощи опросника КЖ-100 ВОЗ (WHOQOL-100, Geneva, 1995), включающего в себя физическое и психологическое состояние, социальные отношения, взаимодействие с окружающей средой. Этот опросник пациентки заполняли самостоятельно. Для исследования объективной оценки жизнедеятельности и функционирования

Результаты исследования и их обсуждение

Всего исследовано 110 женщин. В I-ю группу вошли 32 пациентки с длительностью болезни до 2-х лет. Распределение исследуемых по возрасту было следующим: до 30 лет — 21 чел. (65,6%), от 31 до 60 лет — 11 чел. (34,4%). Средний возраст в этой группе — $27,3 \pm 1,2$ лет. Среднее число госпитализаций за 5-ти летний период — $2,06 \pm 0,3$ раз. Впервые госпитализированные в отделение — 12 чел. (37,5%). Образовательный уровень группы был достаточно высоким: 11 чел. (34,3%) имели среднее и средне-специальное образование, еще 3 пациенток (9,37%) продолжали обучаться в школе; 18 чел. (56,25%) — высшее и неполное высшее, из них 5 чел. (27,7%) продолжают обучаться в высших учебных заведениях.

Трудовой стаж у 68% был относительно не продолжителен и составлял менее 5-ти лет. 10 пациенток (31,25%) имеют II группу инвалидности, 4 (12,5%) — III группу и 18 (56,25%) находятся на стадии ее оформления. Среди лиц до 60 лет работало 14 женщин (43,25%), 8 (25,5%) продолжали обучаться в учебных заведениях и только 10 (31,25%) не заняты общественно полезной деятельностью. Несмотря на высокий образовательный уровень, 9 пациенток (28,1%) выполняют неквалифицированную работу. При этом 25% больных изменили специальность, в то время как 75% работали по специальности ($p < 0,001$) и их профессиональный уровень соответствовал полученному образованию. Большинство пациенток работали на государственных предприятиях (60%, $p < 0,5$). 19 человек (59,6%) в течение последних 5-ти лет поменяли

больных использовали шкалу уровня социального функционирования [10]. Шкала состояла из отдельных сфер: профессиональной, межличностных, родственных и родительских отношений, сексуальных отношений, организации быта и проведения досуга в повседневной жизни. Результаты оценивались следующим образом: до 2-х баллов — незначительное снижение функционирования; от 2 до 3 — умеренная дезадаптация; от 3 до 4 — выраженная дезадаптация. Для объективизации характеристик функционирования использовали данные полученные от родственников и близких. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью ПЭВМ IBM PC Pentium-II с использованием стандартных статистических программ (корреляция Спирмана и Фишера).

место работы, у 8 (25%) — 1 смена и у 5 (15,6%) отмечена смена работы более 2-х раз. Причиной смены работы в 72% послужило наличие патологической симптоматики, в 18% — материальные трудности и только в 10% — производственные реорганизации.

Изучение места проживания и социальных контактов больных, показало, что 16 женщин (50%) проживали в супружеских семьях, 11 (34,3%) — в родительских семьях, самостоятельно с детьми — 3 (9,37%), еще 2 (6,24%) — самостоятельно. Из этого следовало, что 15,6% женщин имели чрезвычайно узкий круг общения и ограничивались лишь ближайшим окружением, лицами, с которыми больные общались не по своей инициативе. 16 (50%) пациенток состояли в браке, 10 (31,25%) — никогда не состояли в браке, 5 (15,6%) находятся в разводе и 1 пациентка стала вдовой.

Клиническая картина в 43,75% случаев была представлена галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, в т.ч. в 25% синдромом психического автоматизма Кандинского-Клерамбо, у 37,5% отмечен аффективно-бредовый синдром, (у 25% депрессивно-параноидный и у 12,5% — маниакально-параноидный), у 6,25% — апато-булический, кататонический синдромы и у 2 пациенток — гебефренический и паранойяльный синдромы. В 34,3% случаев диагностировалась параноидная шизофрения с эпизодически нарастающим дефектом, у 9,3% — с непрерывным течением, в 31,25% отмечались острые психотические расстройства с симптомами шизофрении и шизофреноподобные психотические рас-

стройства, в 18,75% — шизоаффективные расстройства, в т.ч. в 12,5% определялся маниакальный тип, в 6,25% — депрессивный тип, в 3,31% случаев диагностировались кататоническая, гебефреническая шизофрения и бредовое расстройство.

Во II группу вошли 40 пациенток с длительностью заболевания от 3-х до 15 лет. Распределение по возрастным категориям было следующим: до 30 лет — 13 чел. (32,5%), от 31 до 60 лет — 25 чел. (62,5%) и старше 60 лет — 2 чел. (5%). Средний возраст — $38 \pm 2,2$ лет. Среднее число госпитализаций за 5-ти летний период — $3,9 \pm 1,5$ раз ($p < 0,02$). По образовательному уровню: 22 пациентки (55%) имели среднее и средне-специальное образование, из них 2 (5%) не закончили последний класс общеобразовательной школы, 45% имели высшее и неполное высшее образование, 2 (5%) продолжали обучаться в учебных заведениях. Трудовой стаж был относительно продолжителен, в 50% случаев он превышал 10 лет ($p < 0,01$). 75% пациенток имели II группу инвалидности, 5% — I и III группу, и 15% находились на стадии оформления группы инвалидности. 8 чел. (20%) продолжают работать ($p > 0,05$), из них 6 чел. (15%) заняты физическим неквалифицированным трудом (уборщица, почтальон и т.д.), продолжают обучаться в учебных заведениях 2 чел. (5%) и основная масса женщин не заняты общественно полезной деятельностью. 67,5% пациенток изменили специальность ($p < 0,001$) в течении болезни, из них 45,5% более двух раз за 5-ти летний период. Причиной смены места работы в 85% случаев послужило наличие патологических симптомов и обострение заболевания, в 10% — материальные трудности и в 5% — производственные реорганизации. Полученные данные свидетельствуют о неустойчивом типе трудовой адаптации.

Изучение социальных контактов и коммуникативных способностей показало значительное снижение по сравнению с I группой. Круг общения был узок и ограничивался лишь ближайшим окружением (50%, $p < 0,05$), у 20% имелся широкий круг, 30% — умеренный. Проживали в супружеских семьях лишь 17,5% пациенток, 32,5% — в семьях родителей и родственников, 25% — проживали с детьми, 25% — самостоятельно. Только 17,5% женщин находились в браке, 55% — в разводе и 27,5% никогда не состояли в браке.

Клиническая картина была представлена в основном галлюцинаторно-параноидным синдромом (47,5%), в т.ч. синдромом психического ав-

томатизма Кандинского-Клерамбо (12,5%), у 25% наблюдался аффективно-бредовый синдром с депрессивно-параноидной (15%) и маниакально-параноидной (10%) симптоматикой. В 20% случаев отмечен апато-абулический синдром, и у 3 больных кататонический, парафренный и паранойяльный синдромы. В 50% случаев диагностировалась параноидная шизофрения с непрерывным типом течения (85%) и эпизодическим с нарастающим дефектом (15%), в 17,5% — резидуальная шизофрения, в 25% — шизоаффективное расстройство, в 5% — простая шизофрения и в 2,5% — кататоническая шизофрения.

В III группу вошло 38 женщин с длительностью болезни более 15 лет. Возраст обследованных был следующим: до 30 лет — 1 чел. (2,63%), от 31 до 60 лет — 34 чел. (89,4%), старше 60 лет — 3 чел. (7,9%). Средний возраст — $49,7 \pm 2,3$ лет. Среднее число госпитализаций за 5-ти летний период — $6,5 \pm 0,6$ раз. Образовательный уровень: 30 пациенток (78,9%) имели среднее и средне специальное образование; 8 (21,1%) — высшее и неполное высшее. 89,5% женщин имеют II группу инвалидности, 7,87% — I группу, 2,63% — III группу. 92,1% больных не работают и только 3 пациенток (7,89%) выполняют неквалифицированную работу. При этом следует отметить, что 84% женщин за период болезни сменили свою профессию, из них 60,4% более двух раз за 5-ти летний период. Основной причиной смены профессии в 92% случаев послужило наличие патологической симптоматики. Полученные данные свидетельствуют о нестабильном и крайне неустойчивом типе трудовой адаптации.

Круг общения был очень узок у 76,2% опрошенных, в 13,3% — общение было ограниченным и носило формальный характер и только у 10,5% определялся как относительно нормальный. Проживали в супружеских семьях 10,5% пациенток, 20,1% в семьях родителей и родственников, 15,8% с детьми и 52,6% самостоятельно. 10,5% женщин состоят в браке, 68,4% находятся в разводе и 21,05% вообще никогда не состояли в браке.

Клиническая картина представлена в 55,2% апато-абулическим, в 13,1% — галлюцинаторно-параноидным, в 7,9% — аффективно-параноидным, в 7,9% — паранойяльным и психопатоподобным, в 5,3% — парафренным, в 2,6% — гебефреническим синдромами. В 42,1% диагностировалась параноидная шизофрения с непрерывным типом течения, в 26,3% определялась резидуальная шизофрения, в 13,1% — недифференцированная, 10,5% — простая, в 2,6% —

гебефреническая шизофрения и в 5,26% случаев отмечалось шизоаффективное расстройство. Анализ основных показателей КЖ, выявил

тенденцию к большей удовлетворенности своим положением у пациенток I группы, по сравнению с другими группами (Таб. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика неудовлетворенности качеством жизни женщин, страдающих шизофренией в зависимости от длительности болезни

Компоненты КЖ	Количество больных не удовлетворенных КЖ		
	I группа	II группа	III группа
	n=32	n=40	n=38
1. Материальное положение	24,3%	77,5% p<0,001	86,8% p<0,001 p*<0,02
2. Жилищно-бытовые условия	31,1%	70% p<0,002	86,8% p<0,001 p*<0,05
3. Питание	28,1%	55% p<0,005	86,8% p<0,001 p*<0,05
4. Одежда и обувь	15,6%	37% p<0,05	57,8% p<0,05 p<0,02
5. Отношения с другими людьми	9,37%	32,5% p<0,05	36,8% p<0,05 p*<0,01
6. Отношения с родственниками	6,25%	20% p<0,05	31,6% p<0,05 p*<0,01
7. Сексуальные взаимоотношения	15,6%	35% p<0,05	67,3% p<0,001 p*<0,05
8. Дневная активность	9,3%	32,5% p<0,05	84,6% p<0,001 p<0,05
9. Способность принимать решения	9,3%	35% p<0,002	65,7% p<0,005 p*<0,05
10. Проведение досуга	6,25%	25,5% p<0,05	52,2% p<0,001 p*<0,05
11. Внешний вид	6,25%	37,5% p<0,07	81,5% p<0,001 p<0,05
12. Сон и отдых	12,5%	25% p<0,05	55,5% p<0,05 p*<0,05
13. Восприятие новой информации	6,25%	25% p<0,05	45,5% p<0,05 p*<0,05

p — достоверность различий с I группой; p* — достоверность различий между группами больных.

Как видно из таблицы 1, наихудшими показателями являются компоненты качества жизни в группе больных, болеющих более 15 лет, особенно такие компоненты как удовлетворенность материальным положением, питанием, одеждой, внешним видом, работоспособностью. Крайне скудные средства к существованию установлены у 27,2% больных достаточно трудное материальное положение у 42,8%, у 10%-нищенское положение и около 20% женщин удовлетворены своим материальным положением. Примерно 50% больных крайне скудно и плохо питаются, 15% — практически голодают; у 45% опрошенных крайне скудный гардероб, donaшивают старые вещи, а 10% больных практически ходят в обносках. Досуг характеризуется достаточной бедностью и однообразием без какой-либо отчетливой тенденции к его изменению. В подавляющем большинстве (56,5%) преобладает пассивный просмотр телепередач; около половины опрошенных периодически читают худо-

жественную литературу, газеты, однако чтение не носит систематического характера. Посещение мест отдыха вне дома отмечается лишь у небольшого числа пациенток (12,5%) и характеризуется относительной редкостью и случайностью. Только 35% больных являются равноправными членами семьи и могут распоряжаться домашним бюджетом (по сравнению с I группой — 85%). 45% женщин занимают в семье подчиненное положение и в значительной степени зависят от принятия решений другими членами семьи. Около половины больных (45,5%), проживающих в семьях, отмечают формальные, без эмоциональной привязанности отношения с членами семьи, около трети женщин (31,6%), особенно в III группе, обратили внимание на конфликтные и неустойчивые отношения. Самооценка уровня взаимодействия с окружающими, также показывает значительно большую неудовлетворенность пациенток II и III группы, по сравнению с I группой.

Таблица 2

Уровень социального функционирования женщин, страдающих шизофренией

Сфера функционирования	I группа	II группа	III группа
1. Производственная	1,85±0,7	3,1±0,2 p<0,05	3,9±0,9 p<0,01 p*<0,02
2. Межличностных отношений	1,7±0,4	2,5±0,6 p<0,05	3,5±0,7 p<0,001 p*<0,05
3. Родительских отношений	1,8±1,1	2,8±0,3 p<0,05	3,7±0,2 p<0,001 p*<0,05
4. Родственных отношений	1,2±0,2	2,6±0,7 p<0,02	3,9±0,3 p<0,001 p*<0,05
5. Организация быта	1,5±0,8	3,1±0,2 p<0,001	3,5±0,6 p<0,001 p*<0,01
6. Проведение досуга	1,1±0,4	2,8±0,5 p<0,02	3,4±0,2 p<0,001 p*<0,05
7. Сексуальные отношения	1,5±0,7	3,0±0,6 p<0,001	3,8±0,4 p<0,001 p*<0,05
8. Работоспособность и активность	1,8±0,4	2,7±0,3 p<0,05	3,7±0,8 p<0,001 p*<0,05

p — достоверность различий с I группой; p* — достоверность различий между группами больных.

Уровень социального функционирования пациенток в зависимости от длительности болезни, отражающий степень адаптации к различным сферам жизнедеятельности, показан в Табл. 2.

Из таблицы видно, что в группе больных с длительностью болезни более 15 лет наблюдается наиболее выраженная дезадаптация практически во всех сферах жизнедеятельности, особенно в производственной сфере, в сексуальных взаимоотношениях, семейных и социальных отношениях.

Резюмируя полученные результаты можно сказать, что в основном исследуемый контингент представлен хронически инвалидизированными пациентами с частыми и длительными госпитализациями и нарастающей дефицитарной симптоматикой. Это заметно сказывалось на соци-

альном функционировании в производственной сфере, межличностных, семейных, родственных, родительских, сексуальных взаимоотношениях, организации свободного времени и досуга. При этом наблюдался чрезвычайно низкий уровень социальных контактов.

Наиболее частую субъективную неудовлетворенность больные с длительным течением болезни испытывали к материальному положению, обеспеченностью питанием, одеждой, работоспособности, психическому и сексуальному здоровью. Причем более дефектные пациентки давали более выраженную негативную оценку компонентам качества жизни.

Эти данные необходимо использовать при планировании психосоциальной реабилитации больным с хронической динамикой психических расстройств.

Є. М. Денисов

СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ, У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ХВОРОБИ

Донецький державний медичний університет, Україна

Обстежені 110 жінок, які страждають на шизофренію, показаний ступінь незадоволеності основними компонентами якості життя та соціального функціонування, що залежить від тривалості захворювання. Виявлені особливості дозволяють розробити комплекс заходів психосоціальної реабілітації. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 66-71)

E. M. Denisov

SOCIAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE OF THE WOMEN WITH SCHIZOPHRENIA DEPENDING ON DURATION OF ILLNESS

Donetsk State Medical University, Ukraine

There were studied performed on random sample of 110 hospitalized women with schizophrenia. The discovery of the most women which unsatisfied some special feature of quality of life and reduction levels of the social functioning. It is necessary allocate of group measures of the directions in the psychosocial rehabilitation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 66-71)

Литература

1. Гурович И.Я, Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных// Социальная и клиническая психиатрия – 1998.Т.8.,№2.-С.35-40.
2. Чуприков А.П., Дзюб Г.К., Юдин Ю.Б.// Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции – Киев, Харьков, Днепротетровск, 1994.- Т.1. – С.13-17.
3. Пхиденко С.В. Классификация уровня социального функционирования у больных параноидной шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия – 1993.Т 2.,№2.- С. 44-49.
4. Лонгвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. - Томск,1995.-212 с.
5. Семке А.В. Эпидемиология, систематика, патодинамические основы и средовые условия нарушений социальной адаптации при шизофрении. Автореф. дисс. ...докт.

- мед. наук.- Томск, 1995.-50 с.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла.- М., 1990.- 150с.
7. WHOQOL: Study protocol. Division of mental health.- Geneva, 1993.p.250.
8. Bengteson- Tops. A., Hansson. L. Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community // European Psychiatry.- 1999. V.14, p.256-263.
9. Franz. M., Meyer. T., Spitznagel. A Responsiveness of subjective quality of life assessment in schizophrenic patients: a quasi-experimental pilot study // European Psychiatry.- 2001.- vol.16, p.99-103.
10. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- СПб., 1999. С.23.

Поступила в редакцию 21.03.2002г.