

УДК 616.86

*И.В.Абрамова***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Областная клиническая психиатрическая больница, г. Донецк, Украина

Ключевые слова: качество жизни, психиатрическая больница, пациент

В Законе Украины “О психиатрической помощи” к числу основных ее принципов отнесены принципы законности, гуманизма, соблюдения прав человека и гражданина и др. Реализация этих принципов в условиях институционализированной психиатрической помощи и особенно в условиях длительного пребывания пациентов в общепсихиатрических отделениях представляется трудно выполнимой задачей. В первую очередь это связано с невозможностью удовлетворения многочисленных жизненно важных потребностей и интересов больных.

Универсальным показателем удовлетворенности пациента различными сферами жизни и ее “комфортности” является показатель “качества жизни”. Определение качества жизни необходимо для планирования клинической помощи пациентам, особенно с хроническими и тяжелыми заболеваниями (1), и для лучшего понимания клиницистами проблем своих пациентов (2).

Качество жизни - это понятие, отражающее качественную сторону удовлетворения материальных и духовных потребностей человека. В настоящее время приоритет в оценке качества жизни больных отдается самим пациентам (3,4,5). Оно определяется восприятием индивидами своего места в жизни в контексте культуры и в отношении своих целей, ожиданий, стандартов и интересов (6). ВОЗ определяет качество жизни как восприятие человеком своей позиции в жизни, в том числе физического, психического и социального благополучия, независимости, качества среды, в которой живет индивидум, степени удовлетворенности конкретным

уровнем жизни и другими составляющими психологического комфорта.

В европейских странах исследованием качества жизни занимаются длительное время. В 70-80 годы для этого использовались специально разработанные шкалы. Примерами могут быть “Шкала качества благополучия” (7), “Индекс общего психического благополучия” (8). Начиная с 80-х годов, используются “Профиль влияния болезни” (9), “Ноттингемский профиль здоровья” (10) и SF-36 (11). Хотя в этих шкалах не применяется термин “качество жизни”, работы, проведенные с их помощью, рассматриваются как относящиеся к исследованиям качества жизни, связанного со здоровьем. Позже были разработаны методики, изучающие качество жизни, специфичные для отдельных заболеваний.

Современный подход к оценке качества современной помощи основан на сопоставлении целей и достигнутых результатов (12). Конечная цель психиатрической помощи – социальная реинтеграция пациентов. Цель стационарирования более узкая и складывается из трех компонентов: клинического (прогноз заболевания), социального (решение конкретных проблем, мешающих адаптации больного) и психологического (удовлетворенность пациента результатами стационарирования).

Цель настоящего исследования состояла в изучении качества жизни пациентов общепсихиатрических отделений в контексте реализации психологической и социальной составляющих стационарирования.

Материалы и методы исследования

С помощью специально разработанных анкет с выборочной системой ответов методом случайной выборки было опрошено 233 пациента, находящихся на лечении в общепсихиатрических отделениях, и 91 врач – психиатр, работающий в этих отделениях. К исследованию

привлекались больные, выведенные из психотического состояния. В связи с тем, что концепция “качества жизни” предполагает замену парадигмы оценки пациента с позиций “психически больной” на “нормальный насколько это возможно”, мы сочли целесообразным не рассмат-

ривать респондентов- пациентов в “пространстве симптомов и синдромов”.

Исследование проводилось на базе областных психиатрических больниц Донецкой области. Опросник для пациентов включал 25 вопросов, касающихся их отношения к тому или иному фактору “качества жизни”. Врачам было предложена анкета из 33 вопросов, характеризующих условия пребывания пациентов в отделении и качество их “стационарной жизни”. Суммарное количество факторов, которое учитывалось при анализе – 56. Оценивались: удовлетворенность пациентов различными сферами жизни (кругом общения, семей-

ным положением, положением в обществе, материальным положением, собственным здоровьем, сексуальной жизнью); организация жизненного пространства в больнице; организация реабилитационного процесса; соблюдение этико-правовых норм по отношению к больным; отношение больных к лечению и пребыванию в больнице.

Среди респондентов-пациентов мужчин было 131 человек (56%), женщин 102 (44%). Возраст большинства обследованных (88%) составлял от 20 до 60 лет. 192 пациента (82%) имели вторую группу инвалидности, 41 человек (18%) были трудоспособными.

Результаты исследования и их обсуждение

Позиция пациентов. Большая часть респондентов была неудовлетворена различными сферами жизни. Так, частично или полностью не были удовлетворены семейным положением 165 человек (71%); материальным положением - 190 (82%), в том числе 53 человека (23%) расценивают его как “уровень нищего”; положением в обществе – 148 человек (64%). Эти данные убедительно свидетельствуют о том, что в общепсихиатрических отделениях преимущественно концентрируется контингент хронически инвалидизированных и социально наиболее незащищенных пациентов, нуждающихся не только (нередко не столько) в психиатрической помощи, но и в социальной поддержке и защите.

Отношение к пребыванию в отделении нашло отражение в следующих соотношениях. По мнению 178 респондентов (70%), условия их содержания в отделении полностью или частично не соответствуют условиям нормальной жизни. 138 человек (59%) считают, что пребывание в отделении принесло им больше вреда, чем пользы. При этом к наиболее неприятным факторам стационарирования они относят изоляцию (93 человека – 40%), длительность лечения (87 человек – 37%), прием лекарств и зависимость от персонала (32 человека – 14%). Только 61 пациент (26%) считает целесообразной настоящую госпитализацию в “закрытое” отделение, 54 человека (23%) находят это необходимым только в начале лечения, а 118 человек (51%) более рациональным считают лечение настоящего приступа в амбулаторных условиях. В перспективе 185 больных (79%) предпочитают получать лечение во внебольничных условиях.

Аутоидентификация у большинства пациентов сопровождается отнесением себя к несчастным людям (157 человек – 67%), констатацией

ненужности обществу (108 человек – 46%), наличием неразрешимых проблем в сфере сексуального здоровья (197 человек – 85%). В то же время только 38 человек (16%) не находят смысла в дальнейшей жизни, а 45 человек (20%) планы на будущее олицетворяют выражением “куда вывезет”. Остальные больные обнаруживают положительные жизненные ориентации, свидетельствующие о достаточно сохранном реабилитационном потенциале и намерениях добиться успеха в жизни (профессиональный рост, воспитание детей и т.п.).

Следует отметить заметную дифференциацию отношения пациентов к собственному здоровью. Полное удовлетворение этим фактором показало 70 человек (30%), частично удовлетворены 79 человек (34%) и не удовлетворены 84 человека (36%). 41 пациент (18%) считает, что психическое заболевание делает их неполноценными, 46 человек (20%) – зависимыми от других, 81 человек (35%) – ограничивает возможности и 65 человек (27%) полагают, что психическое расстройство ничего в их жизни не изменило.

В связи с относительно длительным пребыванием больных в общепсихиатрических отделениях представляется целесообразным оценить их отношение к помещению, в котором они находятся, и бытовым условиям в отделении. Позиция пациентов в сравнении с мнением врачей, работающих в этих же отделениях, представлена в таблице 1.

Из таблицы 1 следует, что при оценке среды обитания, как соответствующей условным нормативам (“светлое, просторное помещение”), существенных различий в сравниваемых группах респондентов не выявлено. Различия появляются при распределении мнений относительно градаций отрицательных характеристик по-

мещений. Однако в целом оценки врачей и их пациентов имели примерно одинаковое распре-

деление между положительным и отрицательным полюсами отношений.

Таблица 1

Оценка условий общепсихиатрических отделений врачами психиатрами и их пациентами.

Отношение к условиям в отделении	Распределение респондентов				
	Врачи		Пациенты		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Оценка помещения					
-светлое, просторное	46	51,0	137	59,0	>0,01
-без дизайна и уюта	40	44,0	49	21,0	<0,01
-мрачное	5	5,0	47	20,0	<0,001
Оценка бытовых условий					
-хорошие	5	5,0	135	58,0	<0,001
-плохие	66	73,0	70	30,0	<0,001
-очень плохие	20	22,0	28	12,0	<0,01

Совершенно иначе распределились оценки бытовых условий в общепсихиатрических отделениях. Если практически все врачи оценивают эти условия как плохие или очень плохие, то 58% пациентов воспринимают их как хорошие. Повидимому, такие диспропорции связаны не только с различиями в представлении о “хороших” условиях, но и с нежеланием пациентов “подвесить” медперсонал. Из этого следует, что позиция врачей в данном случае может расцениваться как более объективная.

Позиция врачей – психиатров. Госпитализация больных в общепсихиатрические отделения по мнению 19 (21%) работающих в них психиатров всегда связана с угрожающей опасностью нанесения ущерба пациенту или окружающим. В то же время подавляющее большинство врачей считает, что такая мотивировка соблюдается не всегда (37 человек – 41%) или редко (35 человек – 38%).

Характеризуя терапевтическую атмосферу в отделениях, только 5% врачей не отмечают дефектов в их заполняемости пациентами. Остальные врачи считают, что отделения или редко (47 человек – 51%), или часто (40 человек – 44%) бывают переполненными. Только 14 врачей (15%) фиксируют наличие в отделениях воз-

можности активной занятости пациентов, в то же время 57 врачей (63%) преобладающий уровень социальной активности больных сводят к уходу за собой, бездеятельности или стереотипным действиям.

Спектр лечебных возможностей в общепсихиатрических отделениях, по мнению 93% врачей, ограничивается длительным приемом психотропных средств и лишь 7% врачей используют в своей работе компоненты реабилитационных воздействий.

82 врача (91%) используют дифференцированное наблюдение как основной лечебный режим в отделении и только 9% врачей считают допустимым режим “открытых дверей” или частичной госпитализации. Столь значительное преобладание ограничительного режима может быть адекватным лишь по отношению к социально опасным больным. Однако, по мнению 65 врачей (72%), социально опасные лица среди этого контингента встречаются или редко (53%), или очень редко (19%). 41% врачей считают, что в общепсихиатрических отделениях не всегда соблюдаются наименее ограничительные условия, декларируемые Законом Украины “О психиатрической помощи”. Допустимости значительного и не всегда обоснованного стеснения

свободы пациентов при их длительном пребывании в общепсихиатрическом отделении в определенной мере способствует отсутствие каких-либо форм протеста со стороны больных. Только 37% из них обнаруживают признаки формального недовольства, не сопровождающиеся попытками что-либо изменить, а 63% больных воспринимают изоляционно-ограничительный режим равнодушно. Половина больных посещается родственниками не чаще одного раза в месяц, что практически можно рассматривать как показатель утраты семейных связей, или как отсутствие необходимой поддержки со стороны семьи.

Только половина врачей (51%) рассматривают длительное пребывание в отделении как лечебный фактор, 35 человек (38%) полагают, что оно углубляет дефицитарные расстройства, а 10 человек (11%) считают, что продолжительная госпитализация вообще не влияет на здоровье.

55 врачей (60%) длительность пребывания больных в отделении связывают с наличием медицинских показаний, 36 психиатров (40%) обращают внимание на превосходящие обстоятельства, вынуждающие удерживать больных в отделении. Чаще всего речь идет об отсутствии условий для проживания вне больницы. Кроме того, в структуре внебольничной психиатрической службы отсутствуют специальные центры для длительного пребывания хронически инвалидизированных пациентов (резидентные службы).

Среди профессионалов существует мнение, что определенная часть больных общепсихиатрических отделений может и должна получать медицинскую и медико-социальную помощь за пределами психиатрической больницы. Так, 78% врачей считают, что от 10 до 30% пациентов могли бы находиться дома (при создании соответствующих условий), и практически все врачи у 10 – 20% больных находят основания для использования альтернативных форм помощи (амбулаторное лечение, дневной стационар, дом-интернат).

Таким образом, содержание больных в стационарных условиях (особенно длительное) порождает сложный комплекс реципрокных отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни “среднестатистического” пациента общепсихиатрического отделения характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью.

Клиницистам хорошо известно о существовании значительной взаимосвязи социального контекста и психических заболеваний. Так, качество социального окружения личности тесно связано с возможным обострением психического заболевания и вероятностью его перехода в хроническую форму (13). Например, бедность, влияя на повседневную жизнь, может привести к длительному воздействию на физические, когнитивные, психологические и социальные функции (14), способствуя хронизации заболевания и более тяжелому его течению (15).

Однообразие и “тусклость” жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества как “отстраненность”, покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистические отношения персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у них феномена “заученной негибкости” (16), представляющего собой общее нарушение социальных навыков преодоления или стратегии преодоления (coping strategies по L.I.Pearlin et al., (17)). По существу, для многих хронически инвалидизированных пациентов среда их длительного обитания и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. В этих условиях у больных наблюдается снижение “эмоциональной силы” (18), формируется чувство зависимости, происходит “заталкивание” их в группу маргинальных личностей. Агрессивная социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делают их плохо приспособленными для жизни во внебольничных условиях.

Таким образом, понятие “длительно существующая агрессивная среда”, применительно к условиям общепсихиатрических отделений и качеству жизни пациентов, подразумевает три вектора: невозможность удовлетворения жизненно важных потребностей больных, отсутствие социальной поддержки, отсутствие системы преодоления. Именно в этих направлениях и должна осуществляться работа с этим контингентом, направленная на повышение их приспособляемости как системы целенаправленного преодоления проблем (19).

Приведенные данные являются основанием для существенной реорганизации стационарной психиатрической помощи, направленной на реализацию основных принципов Закона Украины “О психиатрической помощи”. В общепсихиатри-

ческих отделениях концентрируются наиболее тяжелые больные с наибольшими нарушениями функциональных возможностей и с наибольшими потребностями в помощи. Удовлетворение

их потребностей — отправной пункт при постановке стратегических целей охраны психического здоровья и улучшения качества жизни пациентов.

И.В.Абрамова

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОПСИХІАТРИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Донецька обласна клінічна психіатрична лікарня, Україна

Робота ґрунтується на результатах дослідження 233 хворих загальнопсихіатричного відділення та 91 лікаря-психіатра. Вказана незадоволеність пацієнтів різними сферами життя та погляд лікарів на цю проблему. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 42-46)

I.V.Abramova

QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS IN GENERALPSYCHIATRIC DEPARTMENT

Regional clinical psychiatric hospital, Donetsk, Ukraine

The work is based on outcomes of an inspection of 233 patients in generalpsychiatric department and 91 phychiatrs. The dissatisfaction of the patients whis differences spheres of the life and view of the physicians on this problem is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 42-46)

Литература

1. Fitzpatrick R A sociological perspective on health- related quality of research. Jai Press Inc., 1994.- P. 1-24.
2. Deyo R.,Carter W. Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical settings. – Med. Care, 1992.- P.- 30.
3. Smart C.R.Quality of life. Cancer. 1987, 60.- P.620- 622.
4. Breslin S. Analaly of life: how it is measured and defined? Urologia Internationales. 1991. 46.- P.246- 251.
5. Gerin P., Dazord A.,Boissel J., Chiflett R. Quality of life assessment in therapeutik trials: Rational for and presentation of a more appropriate instrument. Fundamental Clinical Pharmacology. 1992. 6.- P.263-276.
6. Насинник. О. А. Цели и задачи психиатрической службы. Вісник Асоціації психіатрів України, 1999, №1.- С. 22-44.
7. Kaplan R.,Bush J., Berry C. Health status: types of validity and the index of well- being. Health Serv. Res., 1976, №11.- P. 478- 507.
8. Dupuy H.The Psychological General Well- Being Index. In Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. New York: Le Jacq.1984.-P.170- 183.
9. Bergner M. et al.The Sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. Med. Care, 1981, №19.- P. 787-805.
10. Hunt S.M. The development of subjective health indicator. Sociol Health Inness. 1980, №2.- P. 231-246.
11. Ware J.E. The MOS 36- item Short- Form Health Survey.– Med. Care, 1992 ,№30.- P. 473-483.
12. Долгов С. А. Новый подход к анализу качества стационарной психиатрической помощи. Журнал неврологии и психиатрии 1998, №8.-С.39-41.
13. Desjarlais R., Eisenberg L., Kleinman A. Word Mental Health. Problems and Priorities in Low- Inkome Countries. Oxford: Oxford Uniwersity Press.- 1995.
14. Lynch j.w., Kaplan G.A., Shema S.L. Cumulative impact of sustained economic herdship on phisical, cognitive, psychological and social functioning. New England Journal of Medicine, 1997, 337.-P.1889- 1895.
15. Jhormicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder: developing statistifical models to predict psychiatric service utilisation. British Journal of Psychiatry.-1991. 158.- P. 475- 484.
16. Kohn M. Class, family and schizophrenia. Social Forces. 1972. 50.- P. 295- 302.
17. Pearlin L.I., Schooler C. The structure of coping.Journal of Health and Behaviour. 1978.- P.2- 21.
18. Golberg D., Hukley P. Common mental disorders. A.Bio- mental model. 1992.- P 256.
19. Rutter M. Resilience in the face of adversity. British Journal of Psychiatry.- 1985.147.- P.598- 611.

Поступила в редакцию 21. 07. 2000.