

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Штаньков Сергей Иванович

канд. мед. наук, ассистент, заведующий отделением

Собкалов Сергей Петрович

заведующий отделением

Якушева Юлия Борисовна

заведующая отделением

КУЗВО «Воронежский областной клинический

психоневрологический диспансер»

г. Воронеж, Воронежская область

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ КАК ВАЖНЫЙ АСПЕКТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

***Аннотация.** статья является исследовательской работой, проведенной 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:** психические заболевания, социальная дезадаптация, реабилитационный потенциал.*

***Актуальность.** В настоящее время в России, как и во всем мире, отмечается рост интереса к вопросам социального функционирования пациентов психоневрологического профиля [4], что объясняется рядом причин. В первую очередь,*

от уровня социального функционирования напрямую зависит показатель качества жизни пациентов, их трудоспособность. Внедрение в медицину нового полипрофессионального подхода оказания помощи предъявляет повышенные требования к оценке жизнедеятельности пациентов в обществе [3]. В соответствии с современными тенденциями, социальные характеристики больных становятся критериями не только качества жизни пациентов, но и диагностическими средствами. Так, социальные критерии учитываются для оценки важных составляющих лечебного и реабилитационного процесса: прогнозирования течения заболевания, трудоспособности, уровня комплайенса, медицинской активности, подбора лечения. Своевременное применение индивидуальных реабилитационных программ позволит не только улучшить качество жизни пациентов, но и как можно дольше сохранить их трудоспособность, что предполагает значительный экономический эффект [1]. Непосредственный теоретический и практический интерес представляет создание динамической системы наблюдения за пациентами психоневрологического диспансера, всесторонний анализ их социальных, трудовых и медицинских характеристик.

Цель. Изучение социальных характеристик пациентов в совокупности с особенностями течения заболевания для разработки индивидуальных реабилитационных программ.

Материалы и методы. 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 исследования являлись: добровольное согласие, трудоспособный возраст (от 18 до 45 лет), диагноз шизофрении (МКБ-10). Исследование проводили путем анкетирования с помощью «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» [2]. Анализировались социально-демографические, материально-бытовые характеристики больных, уровень медицинской активности, степень удо-

влетворенности больных качеством медицинской помощи. Полученные результаты статистически обрабатывались с определением средних значений, стандартного отклонения, величины ошибки репрезентативности средних. 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. 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 (таблица 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	$29,2 \pm 3,1$	$5,2 \pm 1,9^*$	$1,3 \pm 0,2^*$

* $P < 0,001$ 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 группа. Средняя длительность жизни больных с наличием группы инвалидности составила $5,5 \pm 2,2$ года.

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. 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%, $p < 0,05$).

Оценка трудоспособности самими пациентами показывает, что 43,2% имеют установку на трудоустройство. 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.

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 недовольны 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 предотвратить развитие рецидивов болезни. II группа (46% больных) преимущественно неработающие и инвалиды, с удовлетворительной дневной активностью, семейно дезадаптированные, но имеющие установки на трудоспособность, чаще недовольные 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. – С-Пб.: Фолиант, 2002. – 256 с.

2. 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.

3. Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье россиян / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Человек. – 2012. – №6. – С. 50-52.

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