

Оценка показателей качества жизни и социального функционирования у женщин с алкогольной зависимостью, состоящих на диспансерном наблюдении

А.Г. Софронов¹, Ю.А. Николкина²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

²СПб ГУЗ Межрайонный наркологический диспансер № 1

Резюме. Обследованы 65 женщин с алкогольной зависимостью, в возрасте от 25 до 60 лет, состоящих на диспансерном наблюдении. Исследовали социальное функционирование и качество жизни с помощью психодиагностических методов. Пациентки были распределены на две группы. Первая группа (33 человека) была обследована на 10-й день после прекращения употребления алкоголя, вторая группа пациенток (32 человека) обследована в ремиссии от шести месяцев до трех лет. Психодиагностические методы исследования являются более чувствительными для оценки динамики состояния пациентов, возможной вероятности рецидива, чем рутинные методы исследования. В группе женщин с ремиссиями выявлены более благополучные социальные характеристики, присутствующие изначально. Примерно у 15% пациенток трезвость определялась изменением социальных факторов.

Ключевые слова: женский алкоголизм, социальное функционирование, качество жизни.

Estimation of indicators of quality of life and social functioning at women with alcoholic dependence consisting on active dynamic supervision

A.G. Sofronov¹, Yu.A. Nikolkina²

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

²Interdistrict narcological clinic № 1 St.-Petersburg

Summary. 65 women with the alcoholic dependence, at the age from 25 to 60, who are on dispensary observation, were examined. We researched the social functioning and the quality of life with the psychological, diagnostic methods of research. We picked out two groups of patients: the first group — 33 and 32 women were examined on the tenth day after the termination of the utilization of the alcohol, the second group of women did not use the alcohol during the period of 6 months — 3 years. The psychological, diagnostic methods are more sensitive for the estimate of dynamics of patients objectivity, the probability exists of relapses in comparison with the routine methods of researches. The successful social characteristics were initially in the group of women with the remissions. We revealed 15 percents of women whose sobriety connects with the changes of social factors.

Key words: alcoholism of women, social functioning, quality of life.

Актуальность

В настоящее время в отечественной наркологии увеличивается количество исследований, посвященных качеству жизни и социальному функционированию наркологических больных [1–7]. При этом в научной литературе, на наш взгляд, недостаточно представлены данные, полученные с помощью методов психодиагностической квалитметрии. Остается открытым вопрос о возможности использования этих методик не только для уточнения социальных характеристик, но и для прогнозирования комплаенса в лечебном процессе, определения вероятности рецидива с учетом полученных особенностей, терапевтического потенциала проводимой терапии [1, 4, 6]. Одна из ведущих причин злоупотребления алкоголем тесно связана с макросоциальными факторами, к ним можно отнести социально-экономическое положение в стране, нравственно-этические традиции в обществе, особенности правовой системы государства [5]. Несмотря на позитивные изменения в обществе за последние годы, наблюдается низкий уровень жизни у наркологических пациентов. Контингент женщин, состоящих на диспансерном

наблюдении, имеет ряд особенностей социального плана [5, 8, 10]. Большинство из них имеет низкий уровень доходов, не работает или занимается неквалифицированным трудом. До 50% женщин проживают с мужьями-алкоголиками [8, 9]. Как правило, большая часть учетных женщин попадает в поле зрения наркологов в связи с вынужденной госпитализацией по поводу алкогольных психозов [10]. В наркологической практике наблюдаются низкая курабельность таких пациентов, низкая мотивация на лечение, склонность к частым рецидивам [1, 2, 4]. Целью исследования явилось изучение особенностей социального функционирования и качества жизни пациенток на разных этапах формирования ремиссии с помощью инструментальных методов исследования. Отдельной задачей настоящего исследования является проверка гипотезы о влиянии социальных факторов на становление ремиссии наркологических пациентов.

Материал и методы

Обследованы 65 женщин в возрасте от 25 до 60 лет, со сформированным абстинентным синдро-

мом, состоящих на наркологическом диспансерном наблюдении в амбулаторном наркологическом отделении Выборгского района (МНД № 1). Изучались объективные медико-социальные характеристики и субъективная оценка пациентками своего положения в социуме и качества жизни на настоящий период времени. Пациентки распределены следующим образом: первая группа — 33 женщины, обследованы на 10-й день после прекращения употребления алкоголя, вторая группа — 32 женщины, находились в ремиссии от шести месяцев до трех лет. Для исследования использовали опросник определения качества жизни SF-36 [11].

Общий опросник SF-36 был апробирован на многочисленных исследованиях в отечественной медицине [1, 2]. Он включает в себя 36 развернутых вопросов, которые формируют 8 основных шкал: МН — психическое здоровье; RE — ролевое эмоциональное функционирование; SF — социальное функционирование; VT — жизненная активность; GH — общее состояние здоровья; BP — интенсивность боли; RP — ролевое физическое функционирование; PF — физическое функционирование. Оценивались показатели по 8 шкалам, объединяющим два основных компонента — физическое и психическое здоровье. Показатели шкал варьируют от 0 до 100 баллов, при этом оценка 100 баллов соответствует полному здоровью. Для определения уровня социальной фрустрированности в основных сферах социальной деятельности использовалась методика Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко «Уровень социальной фрустрированности» [3]. Методика состоит из 20 шкал, отражающих основные аспекты социально-значимых отношений. Оценивалась степень «удовлетворенности-неудовлетворенности» по основным 20 сферам социального функционирования. При этом мера удовлетворенности субъективно оценивалась по 4-балльной системе:

0 — полностью удовлетворен, 1 — скорее удовлетворен, 2 — затруднение в ответе, 3 — скорее неудовлетворен, 4 — полностью неудовлетворен.

Результаты исследования и их обсуждение

Учетная группа представлена женщинами трудоспособного возраста. Средний возраст в первой группе составляет 45 лет, во второй группе — 49 лет. Исследовали объективные характеристики пациенток: образовательный уровень, профессиональную деятельность, семейное положение. Статистически значимых различий в группах не выявили. Однако наблюдается тенденция к более благополучным характеристикам во второй группе. В этой группе больше женщин с высшим образованием — до 12%. В первой группе этот показатель составляет 6%. Во второй группе наблюдается увеличение работающих женщин: показатель занимающихся квалифицированным трудом составляет 30%, неквалифицированным — до 33%; не работающие женщины составляют 36,4%. В первой группе показатель не работающих женщин достигает 48%, крайне малое количество женщин, занимающихся квалифицированным трудом, — до 15%.

Что касается семейного положения, во второй группе до 27% состоят в официальном браке, в первой группе этот показатель составляет 15%. В обеих группах высокие показатели разведенных женщин и вдов, без значимых различий. Однако в первой группе преобладают разведенные женщины и не состоящие в браке: в этой группе показатель разведенных составляет 30,3%, вдов — до 21,2%. Во второй группе показатель разведенных пациенток составляет 27,3%, вдов — до 21,2%.

Большинство женщин в обеих группах имеют детей. Однако в первой группе это количество достигает 57,0%, во второй — до 75,0%. В обеих группах выявлены женщины, лишённые родительских

Таблица 1. Объективные социальные характеристики женщин, состоящих на диспансерном учете (%)

| | | I группа (n = 33) | II группа (n = 32) |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|
| Образование | Начальное | 0 | 0 |
| | Среднее | 27,3 | 24,2 |
| | Среднее специальное | 57,6 | 57,6 |
| | Неоконченное высшее | 6,1 | 6,1 |
| | Высшее | 9,1 | 12,1 |
| Профессиональная деятельность | Квалифицированный труд | 15,2 | 30,3 |
| | Неквалифицированный труд | 36,4 | 33,3 |
| | Не работает | 48,5 | 36,4 |
| Семейное положение | Замужем | 15,2 | 27,3 |
| | Сожительство | 3,0 | 0 |
| | Не замужем | 30,3 | 18,2 |
| | Разведена | 30,3 | 27,3 |
| | Вдова | 21,2 | 27,3 |
| Наличие детей | Есть | 57,6 | 75,8 |
| | Лишена родительских прав | 27,3 | 15,2 |
| | Нет | 15,2 | 9,1 |

прав. В первой группе этот показатель составляет 15,0%, во второй группе — 9,0%.

С помощью рутинных методов анализа социальных характеристик зарегистрировали незначительные внутригрупповые различия. В обеих группах до 54,0% женщин проживают с мужьями-алкоголиками, без статистически значимых различий в обеих группах. Однако во второй группе на момент обследования до 75,0% мужчин вели трезвый образ жизни или проходили лечение.

Анализируя состав семьи, выявили, что во второй группе преобладают полные семьи (до 39,0%) или женщины, проживающие со своими детьми (21,0%). В первой группе преобладают женщины, проживающие с родителями, с детьми. В этой группе количество женщин, живущих в полных семьях, снижается до 15,0%. Как правило, пациентки, проживающие в полных семьях, характеризовали свои отношения с супругами как конфликтные.

Наблюдается низкий уровень доходов в исследуемых группах; статистически значимых различий между группами не выявили. Личный доход женщин не превышал 12 000 рублей, общий доход семьи не превышал 27 000. В первой группе большинство работающих женщин (до 48,0%) жили за счет средств родственников, мужей, перебивались случайными заработками и не имели постоянного источника дохода. Таким образом, наблюдается тенденция к изначально более благополучным социальным характеристикам по объективным данным (табл. 1).

Анализировали уровни социальной фрустрированности в основных наиболее социально значимых сферах. Использовали оценочные показатели степени удовлетворенности по методике Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко. По удовлетворенности семейными отношениями первая группа женщин «скорее неудовлетворена» отношениями с супругом, родителями, детьми. До 80,0% женщин «скорее неудовлетворены» отношениями с супругом или сожителем. До 42,8% — «скорее неудовлетворены» отношениями с родителями, 3,6% пациенток — «полностью неудовлетворены». Меньшее количество женщин в этой группе «скорее неудовлетворены» отношениями с детьми — до 30,4%. Во второй группе повышается степень удовлетворенности отношениями с супругом, детьми, родителями. До 63,6% пациенток в этой группе «скорее удовлетворены» взаимоотношениями с

супругом, 9,1% — «полностью удовлетворены»; до 56,7% — «скорее удовлетворены» отношениями с родителями, также повышается степень полной удовлетворенности в этой группе — до 13,3%. Наблюдается повышение степени удовлетворенности в отношении с детьми: до 15,4% «полностью удовлетворены», 69,2% пациенток — «скорее удовлетворены». В сфере удовлетворенности социальным статусом также выявлены определенные различия. Во второй группе удовлетворены условиями работы 68% женщин, содержанием работы в целом — 64,0%. Эти показатели в первой группе значительно ниже. Выделили наиболее значимо различающиеся уровни социальной фрустрированности (табл. 2).

По данным таблицы, наблюдаются существенные различия в наиболее значимых для пациенток сферах социального функционирования. В социально-экономической сфере наблюдается рост всех показателей во второй группе. В первой группе выявлена подгруппа, демонстрирующая высокие показатели в этом аспекте. В этой группе до 27,0% женщин «скорее удовлетворены» своим материальным положением, до 48,0% — «скорее удовлетворены» жилищно-бытовыми условиями, до 36,0% — «скорее удовлетворены» возможностью проводить досуг. Во второй группе эти показатели существенно выше. До 48,0% пациенток «скорее удовлетворены» своим материальным положением, до 54,5% — «скорее удовлетворены» своими жилищно-бытовыми условиями. В этой группе повышается показатель степени удовлетворенности проведением своего свободного времени — до 51,0% «скорее удовлетворены» этим аспектом. Отмечается высокая степень неудовлетворенности возможностью выбора места работы в обеих группах, без значимых различий.

Анализируя субъективные оценки пациенток удовлетворенности в основных социально значимых сферах, мы выявили, что данная методика отражает скорее позитивные изменения, произошедшие за период трезвости. Пациентки в первой группе были большей частью неудовлетворены основными социальными сферами, что отражало низкий социальный статус женщин в данной группе. В обеих группах пациентки затруднялись оценить обстановку в обществе, были удовлетворены своим социальным положением. Этот феномен подтверждает низкий уровень притязаний данного

Таблица 2. Шкалы уровня социальной фрустрированности, значимо различающиеся в группах

| Удовлетворенность: | Группа I (n = 33) | Группа II (n = 32) |
|--|-------------------|--------------------|
| Взаимоотношениями с коллегами по работе | 1,22 ± 0,153 | 0,76 ± 0,119 |
| Взаимоотношениями с администрацией по работе | 1,65 ± 0,214 | 1,08 ± 0,172 |
| Условиями профессиональной деятельности | 2,22 ± 0,266 | 1,48 ± 0,224 |
| Взаимоотношениями с супругом | 2,60 ± 0,267 | 1,50 ± 0,244 |
| Взаимоотношениями с детьми | 1,87 ± 0,238 | 1,26 ± 0,217 |
| Взаимоотношениями с родителями | 2,00 ± 0,199 | 1,43 ± 0,196 |
| Проведением досуга | 2,67 ± 0,188 | 1,97 ± 0,187 |
| Возможностью проведения отпуска | 2,94 ± 0,174 | 2,30 ± 0,206 |
| Своим образом жизни | 3,27 ± 0,170 | 1,94 ± 0,217 |

контингента, нереалистичную оценку отдельных социально-значимых аспектов, нежелание менять свой образ жизни. В первой группе была выделена подгруппа (15%), дающая по некоторым социальным аспектам высокие результаты. Пациентки этой группы были настроены на лечение, с критикой относились к своему заболеванию, имели реальные планы на будущее. В настоящее время эта подгруппа женщин находится на динамическом наблюдении. В нее вошли женщины, проживающие в полных семьях, имеющие небольшой материальный доход, поддержку со стороны близких, родственников. Однако общий уровень социальной фрустрированности в обеих группах достаточно низкий, что в целом подчеркивает низкую мотивацию на лечение, пассивную жизненную позицию данного контингента. Исследователи подчеркивают возможность искажения субъективных оценок, снижение реалистичного подхода к положению в социуме [3, 5, 6, 7]. Были проанализированы показатели качества жизни в полученных группах (рис. 1).

В первой группе отмечается отчетливое снижение показателей по основным шкалам. Наиболее низкие показатели по шкале общего психического здоровья — в первой группе. Наблюдаются наиболее низкие показатели по шкале психического здоровья и ролевого эмоционального функционирования (37,5 и 24,5 балла при полном показателе здоровья 100 баллов). Также значительно снижаются показатели социального функционирования — до 40,7 балла, витальный компонент — до 42 баллов. По показателям общего физического здоровья наиболее низкие значения отмечены по шкале ролевого физического функционирования — до 37,9 балла. Во второй группе наблюдается увеличение показателей по всем шкалам. Однако по шкале психического здоровья и жизненной активности показатели не достигают 70 баллов (66,8 балла и 67,9 балла). Значительно увеличиваются показатели по шкале социального функционирования во второй группе — до 91 балла. Шкала отметки общего состояния здоровья достигает всего 67,3%. Отметки по шкалам ролевого физического функционирования возрастают до 80 баллов. По шкалам интенсивности боли и оценки физическо-

го состояния практически нет существенных различий. В обеих группах пациентки расценивали свое физическое самочувствие до 81–83 баллов. Данное положение демонстрирует относительное соматовегетативное благополучие в полученных группах.

Были проанализированы средние показатели по физическому и психическому компоненту здоровья. Во второй группе женщин наблюдается рост показателей средних величин физического и психического компонента здоровья, за счет женщин, имеющих длительную ремиссию, ведущих активный образ жизни, работающих. В этой группе отмечены высокие результаты по шкалам ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья, общего витального компонента, наиболее высокие показатели социальной активности. Высокие показатели по основным шкалам в группе с ремиссиями наблюдались у женщин с сохранным социальным статусом, благополучным микроклиматом в семье. На начальных этапах формирования ремиссии более быстрая нормализация показателей наблюдалась также у женщин с более благополучными социальными характеристиками и поддержкой со стороны близких.

Данная методика является высокочувствительной в определении динамики состояния пациентов на разных этапах формирования ремиссии, особенностей статичных и динамичных изменений в оценке качества жизни. Эти данные могут быть наиболее информативными у пациентов на начальных этапах формирования ремиссии, для оценки возможной вероятности рецидива. В первой группе была выделена некоторая подгруппа женщин, демонстрирующая высокие результаты по шкалам удовлетворенности в основных наиболее социально-значимых сферах. В этой подгруппе вектор социальной активности, ролевого эмоционального функционирования имеет более положительную динамику. Во второй группе женщин объективные характеристики регистрировали тенденцию к более благополучным характеристикам. С помощью инструментальных методов исследования подтверждаются кардинальные внутригрупповые различия. Большинство женщин

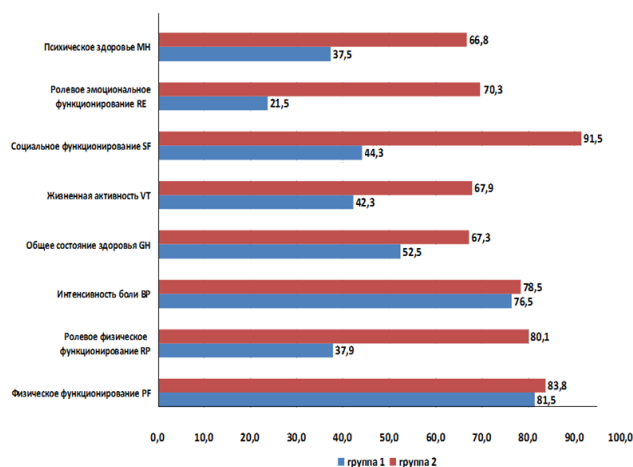


Рис. 1. Средние показатели базовых шкал SF-36 в двух группах

этой группы с длительными ремиссиями имели изначально более благополучные социальные характеристики, устойчивые семейные отношения. В группе пациенток с ремиссиями показатели степени удовлетворенности в основных социально-значимых сферах имеют высокие оценки. Данное положение подтверждает более благополучный социальный статус в этой группе, позитивные изменения, произошедшие в период трезвости. Также наблюдается незначительный процент женщин, трезвость которых определилась значительным улучшением социально-бытовых и семейных отношений. Влияние изменений социальных характеристик на динамику заболевания продолжает изучаться у этих пациенток в настоящее время. Таким образом, рутинные методы исследования являются менее надежными в оценке динамики состояния наркологических пациентов. Инструментальные методы исследования являются более высокочувствительными для оценки динамики состояния, терапевтического потенциала проводимой терапии, вероятности возникновения рецидива на разных этапах формирования ремиссии.

Выводы

Инструментальные методы исследования являются более чувствительными в определении динамики состояния пациенток, чем феноменологические подходы. С их помощью выявлены особенности социального функционирования и качества жизни пациенток учетной группы.

Методики определения качества жизни и социального функционирования могут быть использованы для динамического анализа состояния пациентов.

Наличие в группах определенных схожих социально-демографических и клинических характеристик указывает на то, что некоторые свойства могут иметь принципиальное значение. Психодиагностические исследования выявили кардинальные различия в социальных характеристиках и их влиянии на становление ремиссии в двух группах.

Пациентки с продолжительными ремиссиями имели более благополучные социальные характеристики изначально, как правило, это работающие женщины, имеющие постоянный доход, ведущие социально активный образ жизни. Выявлена подгруппа пациенток, ремиссия которых определялась влиянием социальных факторов.

Литература

1. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии // *Вопросы наркологии*. 2008. № 5. С. 58–65.
2. Бойко Е.О. Особенности клинической картины и течения заболевания у больных с синдромом зависимости с различными показателями качества жизни и социального функционирования // *Кубанский научный медицинский вестник*. 2008. № 5. С. 15–20.
3. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1995. № 2. С. 73–79.
4. Гофман А.Г., Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом в состоянии алкогольного абстинентного синдрома и в ремиссии // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006. № 2. С. 25–30.
5. Кирпиченко А.А. Некоторые социально-психологические проблемы у женщин с алкогольной зависимостью // *Российский психиатрический журнал*. 2003. № 1. С. 63–65.
6. Никифоров И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // *Наркология*. 2005. № 7. С. 53–63.
7. Никифоров И.И. Изменения качества жизни у больных на разных этапах заболевания // *Наркология*. 2006. № 7. С. 59–65.
8. Рожнова Т.М. Типы супружеских взаимоотношений и личностные характеристики супругов в семьях больных алкоголизмом мужчин // *Военно-медицинский журнал*. 2007. № 2. С. 28–31.
9. Шайдукова Л.К. Алкоголизм у супругов и стабильность семьи // *Казанский медицинский журнал*. 1993. № 5. С. 360–362.
10. Шайдукова Л.К. Феномен стигматизации в наркологической практике // *Казанский медицинский журнал*. 2005. № 1. С. 55–59.
11. Ware J. E. The MOS 36-item Short-Form Health Survey // *Med. Care*. 1992. Vol. 8. P. 473–483.

Сведения об авторах

Софронов Александр Генрихович — д. м. н., профессор, зав кафедрой психиатрии и наркологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. E-mail: alex-sofronov@yandex.ru
Николкина Юлия Аркадьевна — врач психиатр-нарколог, СПб ГУЗ Межрайонный наркологический диспансер № 1. E-mail: yliya13@yandex.ru