

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.В. Проценко, Н.Е. Максимова, Л.А. Мурашова, Е.В. Ульянова

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»

Психические заболевания в настоящее время являются одной из основных причин инвалидизации больных, особенно пациентов трудоспособного возраста. Уровень утраты трудоспособности в связи с психическими расстройствами в мире в среднем достигает 12–15% [1]. Среди заболеваний, в первую очередь приводящих к инвалидности, можно отметить шизофрению и умственную отсталость [3]. Согласно данным ВОЗ, шизофрения поражает больного на пике активности и является одной из самых частых причин нетрудоспособности в мире среди лиц молодого возраста [2, 4]. Психические расстройства обуславливают 12% бремени болезней во всем мире. Ожидается, что этот показатель будет расти и достигнет 15% лет жизни, утраченных вследствие инвалидности, к 2020 году [7].

Тяжелые хронические психические заболевания характеризуются нарушением социального функционирования, социальных отношений, профессиональных навыков, приводят к стигматизации, оказывая значительное влияние на жизнь как самого психически больного человека, так и на его ближайшее окружение – семью, опекунов [6].

В последние годы все большее количество больных, страдающих хроническими психическими заболеваниями, перемещается в учреждения социального обслуживания населения – психоневрологические интернаты.

В психоневрологических интернатах проживают больные с различным спектром психических заболеваний с тяжелым дефектом, утратой способности к самообслуживанию в разной степени, часто лишённые дееспособности. В результате длительной изоляции, монотонности и однообразия окружающей обстановки развивается явление госпитализма, усугубляется социальная дезадаптация, углубляется дефект личности [7].

Изучение качества жизни у больных шизофренией и другими серьёзными психическими заболеваниями стало важным в последнее время, так как оно является одной из главных характеристик физического и эмоционального состояния боль-

ного [10]. Психические расстройства значительно снижают качество жизни больных, особенно при наличии сопутствующей соматической патологии [8], что в свою очередь, является бременем для общества и системы здравоохранения. Качество жизни – интегральный показатель жизненного пространства, личностного, субъектного, профессионального потенциала, здоровья человека. Идентификация качества жизни зависит как от объективных характеристик, так и от субъективных (эмоциональных, ценностных, экзистенциальных) установок человека [9]. При определении качества жизни сегодня большое внимание уделяется дифференциации субъективных и объективных показателей, оценке влияния здоровья на разные сферы жизни, а также оценке динамики состояния в разных сферах.

В связи с этим **целью** данной работы являлось изучение качества жизни, уровня ситуативной и личностной тревожности, субъективного ощущения одиночества у пациентов психиатрического профиля.

Материалы и методы

Для решения поставленной цели было обследовано 164 пациента, с хроническими психическими расстройствами. Исследование проводилось на базе ГБУ «Трояновский сельский психоневрологический интернат» Калининского района Тверской области и ГБУЗ ОКПНД г.Твери.

Критерии включения: пациенты обоего пола в возраст от 18 до 91 года, длительность заболевания более 5 лет. Критерии исключения: наличие тяжелого дефекта личности и выраженных когнитивных расстройств, умственная отсталость тяжелой и глубокой степени, острые психотические расстройства, тяжелое соматическое состояние.

Все пациенты были разделены на две группы (табл. 1). Первая группа включала больных, проживающих в ГБУ «Трояновский сельский психоневрологический интернат», в количестве 86 человек. Средний возраст пациентов в первой группе составлял $54,5 \pm 17,4$ года. Вторая, контрольная группа, включала 78 человек, страдающих психи-

Диагнозы обследованных больных

Диагноз	ГБУ «Трояновский сельский психоневрологический интернат»		ГБУЗ ОКПНД г.Твери	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
	13	73	26	52
Умственная отсталость	45,3%		52,6%	
Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение	38,4%		33,3%	
Сосудистая деменция	5,8%		6,4%	
Органическое заболевание головного мозга	6%		3,8%	
Эпилепсия	3,5%		-	

ческими расстройствами, наблюдающихся амбулаторно в условиях ПНД. Средний возраст пациентов второй группы – 46,8±18,9 года. Все больные были осмотрены врачом психиатром и получали лечение согласно стандартам медицинской помощи при психических расстройствах.

Психодиагностическое исследование выполнено с помощью аппаратно-диагностического комплекса «Мультипсихометр-05» на базе лаборатории психодиагностики Тверского государственного медицинского университета. В качестве диагностического инструментария использовалась методика SF-36 (The Short Form-36), применяемая для исследования общего благополучия и степени удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья. Количественно оцениваются такие показатели как General Health (GH) – общее состояние здоровья; Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок; Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности), Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.); Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным); Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья, характеризует

настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) [5].

Также были использованы методика оценки ситуативной и личностной тревоги Ч.Д.Спилберга и методика субъективного ощущения одиночества Д.Рассела и М.Фергюсона, предназначенная для определения уровня одиночества, как особой формы самовосприятия и самосознания.

Для оценки различий в исследуемых показателях у пациентов I и II групп был использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Для изучения силы и направленности взаимосвязи между показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Достоверность полученных результатов обеспечивается обработкой данных при помощи компьютерной программы для статистической обработки SPSS Statistics 22.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов показал, что половина больных имеют средний уровень личностной тревожности (42% – I группа и 52% – II группа); высокий уровень тревожности выявлен у пациентов I группы (29%), что в 2 раза выше, чем у второй (15%) (рис. 1).

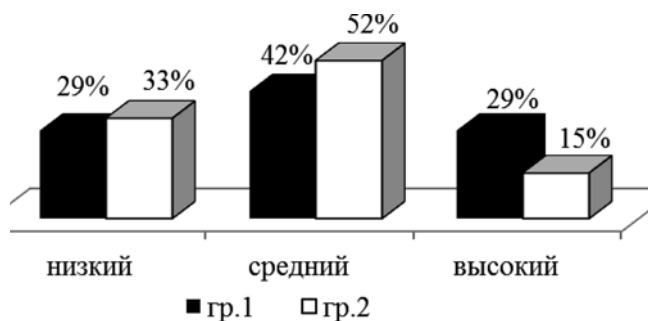


Рис. 1. Уровень личностной тревоги у больных, проживающих в психоневрологическом интернате (группа I), и пациентов, наблюдающихся амбулаторно (группа II)

Более 70% пациентов имеют средний уровень ситуационной тревоги, причем высокий уровень тревожности был выявлен у 40% I группы и 34% II группы (рис. 2).

Высокий уровень субъективного ощущения одиночества, значительно преобладает у II группы – 52%, а средний – у I группы (52%) и II группы (43%) практически на одном уровне, зато, низкий (44%) выявлен у первой группы (рис. 3).

У пациентов I группы такие показатели КЖ как GH (48,1±16,4); RP (61,7±36,9); RE (53,06±37,3); SF (48,8±13,1); VT (49,9±16,5); MN (56,2±16,1) находятся в диапазоне средних значений (табл. 2). PF (86,07±23,8) имеет высокие значения; P (25,2±23,8) – низкие значения. У пациентов II группы такие показатели КЖ как GH (50,7±17,9); RP (49,6±16,7); PF (37,4±18,3); SF (43,6±18,4); VT (48,6±14,5); MN (52,6±20,5); P (40,5±25,6) находятся в диапазоне средних значений. RE (86,0±26,5) имеет высокие значения.

Обработка данных при помощи U-критерия Манна-Уитни позволила выявить ряд достоверных различий в показателях КЖ пациентов I и II групп (табл. 3). Так значимыми ($p < 0,05$) явились различия по шкалам: PF ($p = 0,000$); RP ($p = 0,019$); P ($p = 0,000$) RE ($p = 0,000$).

При помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена были выявлены значимые взаимосвязи: прямая двусторонняя умеренной тесноты между СО и ЛТ, где коэффициент корреляции Спирмена равен 0,463 (при $p < 0,01$), и между СО и СТ, где

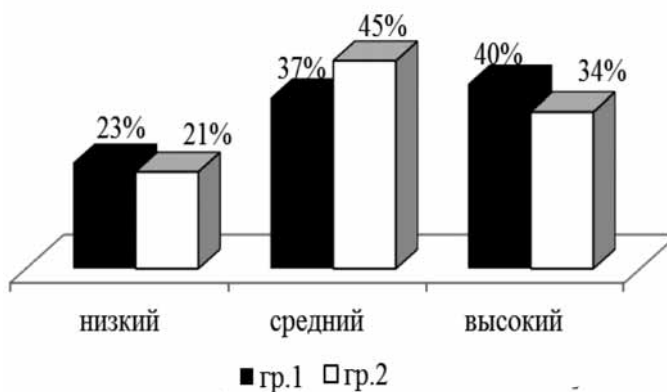


Рис. 2. Уровень ситуационной тревоги у больных, проживающих в психоневрологическом интернате (группа I), и пациентов, наблюдающихся амбулаторно (группа II)

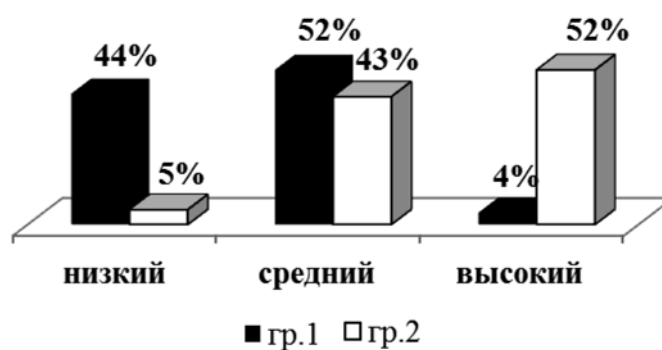


Рис. 3. Уровень субъективного ощущения одиночества у больных, проживающих в психоневрологическом интернате (группа I), и пациентов, наблюдающихся амбулаторно (группа II)

Таблица 2

Показатели качества жизни у обследованных пациентов

	N	Минимум	Максимум	Среднее значение	Стандартные отклонения
I группа					
PF	86	21,00	145,00	86,0789	23,87231
RP	86	0,00	200,00	61,7895	36,93465
P	86	0,00	100,00	25,2368	23,82428
GH	86	0,00	75,00	48,1974	16,46736
VT	86	10,00	100,00	49,9211	16,53422
SF	86	0,00	100,00	48,8355	13,11396
RE	86	0,00	100,00	53,0658	37,39660
MN	86	12,00	92,00	56,4211	16,19734
II группа					
PF	78	10,00	100,00	37,4872	18,35136
RP	78	10,00	100,00	49,6667	16,74536
P	78	0,00	100,00	40,5256	25,65289
GH	78	13,00	146,00	50,7821	17,98459
VT	78	10,00	75,00	48,6282	14,53175
SF	78	0,00	100,00	43,6923	18,42733
RE	78	0,00	100,00	86,0064	26,51764
MN	78	3,00	170,00	52,6795	20,53663

Примечания: GH – общее состояние здоровья; PF – физическое функционирование; RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности); RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; SF – социальное функционирование; P – интенсивность боли; VT – жизнеспособность; MN – самооценка психического здоровья; группа I – больные, проживающие в психоневрологическом интернате; группа II – пациенты, наблюдающиеся амбулаторно.

Различия в показателях КЖ пациентов I и II групп

	Нулевая гипотеза	Критерий	Значение	Решение
1	Распределение PF является одинаковым для категорий группа	Критерий U Манна Уитни	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
2	Распределение RP является одинаковым для категорий группа		0,019	Нулевая гипотеза отклоняется
3	Распределение P является одинаковым для категорий группа		0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
4	Распределение GH является одинаковым для категорий группа		0,419	Нулевая гипотеза принимается
5	Распределение VT является одинаковым для категорий группа		0,919	Нулевая гипотеза принимается
6	Распределение SF является одинаковым для категорий группа		0,225	Нулевая гипотеза принимается
7	Распределение RE является одинаковым для категорий группа		0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
8	Распределение MN является одинаковым для категорий группа		0,079	Нулевая гипотеза принимается

коэффициент корреляции Спирмена равен 0,360 (при $p < 0,01$) у пациентов в I группе; прямая двусторонняя взаимосвязь умеренной тесноты между СО и ЛТ, где коэффициент корреляции Спирмена равен 0,526 (при $p < 0,01$), и между СО и СТ, где коэффициент корреляции Спирмена равен 0,416 (при $p < 0,01$) у пациентов во II группе.

Выводы

1. У пациентов интерната личностная тревожность преобладала в 2 раза, по сравнению с пациентами, находящимися на амбулаторном режиме. В то же время высокий уровень ситуативной тревожности наблюдался в равной степени, как у больных интерната, так и диспансера. Результаты изучения субъективного ощущения одиночества выявили, что пациенты, находящиеся на амбулаторном режиме, в 52% случаев имеют высокий показатель выра-

женности субъективного ощущения одиночества, а пациенты интерната в 52% имеют средний показатель. Полученные данные исследования субъективного одиночества связаны с когнитивной оценкой качества взаимодействия с другими людьми и тем самым демонстрируют, насколько испытуемые удовлетворены своими социальными связями. Высокий уровень одиночества в нашем исследовании, мы предполагаем, имеет непосредственную связь с такой переменной как высокий уровень тревожности.

2. У пациентов интерната были выявлены низкие значения субъективной оценки интенсивности боли, и это в меньшей степени сказывались на их физическом и ролевом функционировании по сравнению с пациентами амбулаторного режима, у которых наблюдалось снижение физического функционирования, несмотря на то, что эмоциональное состояние у них было значительно лучше.

ЛИТЕРАТУРА

- Акопов Л.М. Клиническая и социально-демографическая сравнительно-возрастная характеристика контингента больных психоневрологического интерната // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 3. С. 76–79.
- Библиотечный каталог публикаций ВОЗ. Контекст психического здоровья. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья URL.: //www.who.int/mental_health/Mental%20Health%20Context_rus.pdf?ua=1
- Букреева Н.Д. Современное состояние и перспективы развития психиатрической службы Российской Федерации // Психическое здоровье. 2014. № 9. С. 3–10.
- Зараковский Г.М. Качество жизни населения России. Психологические составляющие. М.: Смысл, 2009. 320 с.
- Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. URL: <https://медпортал.com/akusherstvo-ginekologiya/instruktsiya-obrabotke-dannyih-poluchennyih.html>
- Кожанова М.А., Строгов В.А., Максимова Н.Е. Опыт организации психосоциальной реабилитации в условиях острого психиатрического стационара // Вопросы медицинской реабилитации при оказании психиатрической помощи сборник научных трудов / Под ред. Е.В.Руженской. Иваново, 2016. С. 90–92.
- Лебедева В.Ф., Семке В.Я. Оценка качества жизни больных психическими расстройствами, отягощенными соматической патологией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007. № 1. С. 57–59.
- Лиманкин О.В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2007.
- Максимова Н.Е., Павлова Т.С., Проценко И.В. Принципы трудовой и психосоциальной реабилитации инвалидов по психическому заболеванию в стенах ГБУЗ ОКПНД Тверской области // Вопросы медицинской реабилитации при оказании психиатрической помощи сборник научных трудов / Под ред. Е.В.Руженской. Иваново, 2016. С. 22–25.
- Шмуkler А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. № 4. С. 49–52.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.В. Проценко, Н.Е. Максимова, Л.А. Мурашова, Е.В. Ульянова

Современные исследования качества жизни, связанного со здоровьем, становятся всё более актуальными во всех отраслях медицины, в том числе и в психиатрии. **Целью** исследования являлось изучение качества жизни, субъективного ощущения одиночества и уровня ситуативной и личностной тревожности у пациентов психиатрического профиля, проживающих в интернате и получающих лечение амбулаторно. **Материалы и методы:** обследовано 164 пациента, страдающих хроническими психическими расстройствами, с помощью аппаратно-диагностического комплекса «Мультипсихометр-05» с использованием опросника SF-36, методики оценки ситуативной

и личностной тревоги Ч.Д.Спилберга и методики субъективного ощущения одиночества Д.Рассела и М.Фергюсона. **Результаты:** пациенты психоневрологического интерната характеризуются наиболее высоким уровнем личностной и ситуативной тревожности, низким уровнем ощущения одиночества. В обеих группах отмечается снижение физического функционирования с негативным влиянием на их социальную деятельность.

Ключевые слова: психические расстройства, заболевания; качество жизни, ситуативная и личностная тревожность, субъективное ощущение одиночества.

RESEARCH STUDY OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC MENTAL DISORDERS

I.V.Proshenko, N.E.Maximova, L.A.Murasheva, E.V.Ulyanova

Modern studies of quality of life related to health, are becoming increasingly important in all branches of medicine, including psychiatry. **The aim** of study was exploration of quality of life, subjective feelings of loneliness and the level of situational and personal anxiety in patients of a psychiatric profile, living in a psychoneurological asylum and receiving outpatient treatment. **Methods:** we investigated 164 patients with chronic mental disorders with SF-36, State-Trait Anxiety Inventory

– STAI, and UCLA Loneliness Scale. **Results:** patients living in the psychoneurologic asylum have high level of situational and personal anxiety, and low level of subjective feelings of loneliness. In both groups there is a low physical functioning (PF) negatively influencing their social activities.

Key words: mental disorders, quality of life, situational and personal anxiety, subjective feeling of loneliness.

Проценко Ирина Валерьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет»; e-mail:proshenko78@inbox.ru

Максимова Наталья Евгеньевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет».

Мурашова Лада Анатольевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и философии ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет».

Ульянова Евгения Владимировна – аспирант ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», врач-психиатр, заведующая отделением ГБУ «Трояновский сельский психоневрологический интернат».