

## Показатели качества жизни пациентов с шизофренией, проживающих в психоневрологическом доме-интернате

Психические расстройства, вследствие их распространенности и обусловленного ими бремени болезни и инвалидности, составляют одну из важных проблем общественного здравоохранения как в Республике Беларусь, так и во всем Европейском регионе ВОЗ. Такие нарушения психического здоровья, как депрессия, тревожные расстройства и шизофрения, являются во многих странах главной причиной ограничений жизнедеятельности и раннего выхода на стойкую нетрудоспособность и накладывают тяжелое бремя на экономику, а потому требуют действий стратегического характера [1].

Шизофрения как хроническое психическое заболевание с началом в молодом возрасте и ранним выходом на инвалидность является одним из лидеров по количеству лет, прожитых с низким качеством жизни. В психоневрологических интернатах (стационарных учреждениях социального обслуживания психоневрологического профиля системы Министерства труда и социальной

защиты) находятся инвалиды с исходом заболевания, сопровождающимся выраженным ограничением жизнедеятельности, сужением и деформацией социального функционирования. Для пациентов, страдающих шизофренией, на данной стадии заболевания характерна выраженная социальная дезадаптация, затрагивающая различные стороны их жизни. Как правило, заболевание сопровождается нарастанием замкнутости, неуверенности в себе, страхом перед окружающей действительностью в связи с ее неадекватной оценкой, утратой эмоциональных контактов и социальных навыков [2].

Хотя ситуация многолетнего пребывания в условиях ограниченного контакта со здоровым окружением, социальной депривации приводит к усилению дефицитарных проявлений психики, параллельно происходят и другие процессы – своеобразная адаптация пациентов к условиям жизни (возможно, сродни смирению).

Их жизнедеятельность, хотя и сужена своеобразным «закрытым» пространством, не лишена свойственных людям интересов, желаний, потребностей в общении и досуге. Важно, необходимо и возможно в организации медико-реабилитационных мероприятий для данной категории пациентов воздействовать на их остаточные способности, осуществлять социально-бытовую и социально-средовую деятельность для поддержания максимально возможного качества жизни [3].

Улучшение качества жизни (КЖ) пациентов с различной патологией является актуальной проблемой современного здравоохранения. КЖ – интегральный показатель, при оценке которого учитываются различные аспекты жизни пациентов: удовлетворенность социальным функционированием и самочувствием, а также качеством оказания медицинской помощи. По определению ВОЗ, КЖ – это «восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культуральных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

В настоящее время КЖ оценивается по основанным на субъективной самооценке опросникам, адаптированным под разные задачи и различные категории пациентов. При этом дополнительно по объективным критериям оцениваются показатели социального функционирования в различных сферах жизни, а также социального положения.

Оценка КЖ в психиатрии представляет сложную задачу. Еще несколько десятилетий назад казалось абсурдным выяснять у пациентов, страдающих психическими расстройствами, состояние удовлетворенности их своей жизнью, лечением и социальным функционированием. Но прогресс в психофармакотерапии, организации медицинской помощи и реабилитации данного контингента пациентов открывает новые перспективы и новые возможности для изменения качества оказываемой психиатрической помощи и придания

ей гуманистической направленности. Задачами лечения в психиатрии все чаще становятся не только купирование острых психозов, но и максимально возможная реабилитация и ресоциализация пациентов с возвращением их на работу, учебу, в семью. Пристальное внимание психиатров во всем мире приковано не только к терапии, но и к улучшению качества жизни пациентов в различных сферах [4, 5].

**Материалы и методы.** Проведено клинико-социологическое исследование среди пациентов, страдающих шизофренией, в стационарном учреждении социального обслуживания психоневрологического профиля в д. Хальч.

Проведена оценка социального функционирования и удовлетворенности жизнью у 80 пациентов – подопечных дома-интерната, страдающих шизофренией на стадии исхода с длительностью течения более 12 лет. Критериями включения были: согласие принять участие в исследовании, отсутствие обострения психотической симптоматики, упорядоченность поведения. Критериями исключения были: грубый когнитивный дефект, препятствующий проведению анкетирования, а также наличие тяжелых сопутствующих соматических заболеваний.

Клиника шизофрении на данном этапе представляла собой выраженную и умеренно выраженную, преимущественно негативную симптоматику: аффективное уплощение, аутистическое отношение к действительности, апатию – абулию, а также когнитивные нарушения в виде смысловых соскальзываний, паралогичности, обстоятельности, в ряде случаев – резидуальную бредовую симптоматику.

Использовались следующие шкалы: Опросник по оценке нетрудоспособности Давида Шихана (SDS) и Краткая версия опросника по качеству жизни: оценка удовлетворенности и способности радоваться жизни (Russian version of the Q-LES-Q-SF) Джин Эндикотт. Возможность использования для анкетирования широко распространенного опросника SF-16 на этой популяции была очень ограничена когнитивными и астеническими проявлениями.

В шкале SDS пациентам предлагается оценить, насколько проявления заболевания мешали выполнению домашних обязанностей/семейной жизни, работе/учебе и общению с другими людьми и проведению свободного времени. Оценивалось в баллах, где 0 – не мешало совсем, 1–3 – незначительно, 4–6 – умеренно, 7–9 – значительно и 10 – чрезвычайно.

В Краткой версии опросника по качеству жизни предлагалось оценить степень удовлетворенности и способности радоваться жизни в целом, в баллах: 1 – очень низкая, 2 – низкая, 3 – умеренная, 4 – высокая и 5 – очень высокая. Оценивалась удовлетворенность физическим здоровьем, настроением, работой, работой по хозяйству, отношениями с окружающими людьми, занятиями в свободное время, финансовым положением, жилищными условиями, общим

ощущением благополучия, медицинскими препаратами и некоторыми другими характеристиками.

Анкеты заполнял специалист, который читал пациенту вопросы и при необходимости их комментировал и уточнял. Необходимость этого периодически возникала из-за когнитивных и волевых нарушений пациентов.

Статистическая обработка данных производилась при помощи пакетов Statistica 10 и SPSS. Средние показатели считались как медиана и верхний и нижний квартили ввиду непараметрического распределения показателей. Для определения меры связи переменных использовался коэффициент фи (аналог корреляции Пирсона) и поправка Йетса.

**Результаты и обсуждение.** Структурно дом-интернат состоит из 9 отделений, в том числе по одному отделению для возбужденных и для лежачих пациентов, и 7 – общего типа. Отделения не разделены по полу, пациенты проживают в палатах по 3–4 человека, есть возможность размещать личные вещи.

Из 80 обследованных пациентов было 32 женщины и 48 мужчин, возраст – от 26 до 76 лет (48 [41; 59]). Все инвалиды 2-й группы по психическому заболеванию. Из них 2 человека – от 20 до 30 лет, 17 пациентов – от 30 до 40 лет, 26 – от 40 до 50 лет, 18 – 50–60 лет, 11 – 60–70 лет, 6 пациентов старше 70 лет.

Дебют заболевания у большинства пациентов (34 человека, 71%) произошел в возрасте от 15 до 30 лет, что соответствует статистике (25 [19; 32]). У четверых – до 15 лет, у 10 пациентов – старше 30 лет. У одной пациентки заболевание началось в 40 лет, на момент опроса ей было 63 года.

Критика к наличию заболевания присутствует у 28 (35%) пациентов, частичная – у 12 (15%), они считают, что у них «что-то не в порядке с психикой или есть какое-то заболевание». Половина пациентов не считают себя страдающими психическим заболеванием.

По образованию пациенты были представлены следующим образом: неоконченное среднее – у 9 пациентов (11%), по 26 (32,5%) пациентов имеют среднее и среднеспециальное образование, 19 человек – высшее и неоконченное высшее (24%). По семейному положению 55 человек (69%) холосты, 20 (25%) разведены и 5 человек, с их слов, в официальном браке.

Все пациенты получают лечение антипсихотическими препаратами: 34 пациента (32,5%) – типичными антипсихотиками, 43 человека (53,75%) – атипичными, остальные – их комбинацией. Предпочтение отдается препаратам отечественного производства и дженерикам. Около половины пациентов получают азапин и его комбинацию с препаратами пролонгированного действия. Только трое из данной группы пациентов находятся на лечении только пролонгированными препаратами.

По удовлетворенности физическим состоянием как «низкий» и «очень низкий» уровень состояния оценили 10 пациентов из данной группы (12,5%), «вы-

сокий» и «очень высокий» – 48 пациентов (60%). Остальные оценили его как «умеренное».

Свое настроение как «хорошее» и «очень хорошее» оценили 49 пациентов (61%), как «плохое» и «очень плохое» – только 6 человек (7,5%). Остальные 25 пациентов считали свое настроение «умеренным».

При оценке удовлетворенности по позиции «работа» пациентам предлагалось оценить степень своей занятости в сельскохозяйственном комплексе при доме-интернате. Из опрашиваемых пациентов только 9 не принимали в них участия. Как «очень плохое» и «плохое» оценили 15 пациентов (20%), как «хорошее» и «очень хорошее» – 40 (50%), остальные 16 (40%) были умеренно удовлетворены, что свидетельствует в целом о высокой готовности к посильному труду. При оценке удовлетворенности по позиции «работа по хозяйству» ответы были такими же, что очевидно: официальной работы у пациентов нет, «работа» – это работа по хозяйству.

Также был проведен анализ данных показателей в зависимости от лечения типичными и атипичными препаратами. Объединив показатели пациентов с низкой удовлетворенностью (оценки 1–2) и с показателями 3–5 в исходной таблице сопряженности, мы воспользовались критерием хи-квадрат с поправкой Йетса.

Удовлетворенность отношениями с окружающими распределилась в данной группе пациентов следующим образом: «высокая» и «очень высокая» она была у 56 (67%), «очень плохая» и «плохая» – у 14 (11,25%), у остальных 10 пациентов – «умеренная».

По поводу удовлетворенности семейными отношениями 9 человек (11,25%) отметили их отсутствие. Из оставшихся 9 человек считали их «очень плохими», 3 – «плохими». «Умеренную» удовлетворенность семейными отношениями отметили 19 пациентов (23,75%), считали семейные отношения «хорошими» 27 человек (33,75%), а «очень хорошими» – 13 (16,25%). Последнее кажется непонятным потому, что эта подгруппа не отличается от основной по возрасту, полу, возрасту дебюта заболевания. Возможно, эти ответы отражают болезненные переживания.

Занятия в свободное время оценили как «хорошие» и «очень хорошие» 57 пациентов (71%), как «плохие» и «очень плохие» – только 4 человек (5%). Остальные 19 пациентов их качество считали «умеренным».

Большинство пациентов (78 человек, 97,5%) оценили свою способность справляться с повседневной активностью как «хорошую» и «очень хорошую».

Опросник предполагает оценку пациентами удовлетворенности своими характеристиками сексуальной активности и интереса, и мы решили не включать эти вопросы из анкеты. Неожиданными оказались данные о 26,25% пациентов (21 человек), которые считают свою активность в этой сфере «хоро-

### Показатели качества жизни у пациентов с шизофренией

%	Показатель	Me [25%; 75%]	% с низкой удовлетворенностью	% с высокой удовлетворенностью	Различия в лечении, поправка Йетса, p
1	Оценка физического здоровья	4 [3; 4]	10 (12,5%)	48 (60%)	0,03, p=0,86
2	Оценка настроения	4 [3; 4]	6 (7,5%)	49 (61%)	0,03, p=0,87
3	Оценка работы	3,5 [2; 4]	15 (20%)	40 (50%)	0,41, p=0,52
4	Оценка работы по хозяйству	3,5 [2; 4]	15 (20%)	40 (50%)	0,41, p=0,52
5	Оценка отношений с окружающими	4 [3; 4,5]	14 (11,25%)	56 (67%)	0,07, p=0,78
6	Оценка семейных отношений	3,5 [2; 4]	12 (15%)	40 (50%)	6,18, p=0,01*
7	Оценка занятий в свободное время	4 [3; 5]	4 (5%)	57 (71%)	0,41, p= 0,52
8	Оценка способности справляться с повседневной деятельностью	5 [4; 5]	–	78 (97,5%)	0,41, p=0,52
9	Оценка сексуального интереса/активности	2 [1; 4]	52 (62,5%)	21 (26,25%)	0,88, p=0,35
10	Оценка финансового положения	4 [1; 5]	23 (29%)	46 (57,5%)	0,03, p=0,87
11	Оценка жилищной ситуации	4 [3; 4]	16 (17,5%)	46 (57,5%)	0,03, p=0,87
12	Оценка выраженности головокружения	5 [4; 5]	–	66 (83%)	3,40, p=0,065
13	Оценка зрения	4 [3; 5]	7 (9%)	54 (67,5%)	0,07, p=0,78
14	Оценка ощущения благополучия	3 [3; 4]	18 (22%)	27 (34%),	0,07, p=0,78
15	Оценка удовлетворенности препаратами	4 [3; 5]	14 (17%)	59 (74%)	3,82, p=0,058
16	Оценка жизни в целом	4 [3; 4]	4 (5%)	52 (66,25%)	0,41, p=0,52

шей» и «очень хорошей». 52 пациента (62,5%) считают свою активность «низкой» и «очень низкой», еще 9 человек считают ее «умеренной».

Пациенты – подопечные дома-интерната лишены дееспособности и не могут сами распоряжаться денежными средствами, их пособие по инвалидности (1 500 000 белорусских рублей) поступают в бюджет организации. Часть средств доступны для личных нужд. При оценке удовлетворенности своим финансовым положением 46 пациентов (57,5%) охарактеризовали его как «хорошее» и «очень хорошее». Как «плохое» и «очень плохое» охарактеризовали 23 (29%) человека, 11 – как «умеренное».

При сравнимых условиях проживания в 3- или 4-местных палатах дали оценку своих жилищных условий как «хороших» и «очень хороших» 57,5% (46 пациентов). Как «плохие» и «очень плохие» оценили условия только 16 человек (17,5%), и оставшиеся 18 пациентов считают их «умеренными». Очевидно, невысокий уровень притязаний и адаптация к сложившимся условиям позволяет пациентам не испытывать глубокого дискомфорта к условиям проживания.

При оценке выраженности головокружения как фактора, ухудшающего самочувствие и качество жизни, большинство пациентов отрицали его влияние – 66 пациентов (83%) по этому фактору считают состояние «хорошим» и «очень хорошим».

Оценка степени удовлетворенности состоянием по нарушению зрения распределилась следующим образом: 54 (67,5%) оценили его как «хорошее» и «очень хорошее», 19 (24%) – как «умеренное», и только 7 человек (9%) считают свое состояние «плохим» и «очень плохим».

По ощущению общего благополучия преобладали пациенты, в целом удовлетворенные своим состоянием: только 18 человек (22%) считают его «плохим» и «очень плохим». Как «хорошее» и «очень хорошее» оценили 27 пациента (34%), как «умеренное» – 35 (44%).

При оценке жизни в целом за последние 7 дней удовлетворенными оказались 53 пациента (66%), «плохим» и «очень плохим» общее ощущение от жизни за 7 дней считали только 5% из данной группы пациентов, остальные 29% отмечали умеренный уровень удовлетворенности.

По поводу удовлетворенности медикаментозным лечением и подобранными препаратами степень удовлетворенности пациентов распределилась следующим образом: 74% (59 человек) считают его «хорошим» и «очень хорошим», 14 пациентов (17%) – «плохим» и «очень плохим».

По опроснику SDS на вопрос «насколько проявления заболевания мешали работе» 28 пациентов ответили, что «не мешали совсем», 16 – что «мешали незначительно», 25 из них – что мешали «значительно или чрезвычайно», остальные отмечали умеренный уровень.

На вопрос о степени затруднения в общении из-за заболевания 33 пациента (41%) считали, что «не мешает совсем», что может быть обусловлено низкой потребностью в общении и эмоционально-волевыми нарушениями. 13 человек считали, что заболевание мешает «значительно», остальные – что «мешает умеренно и незначительно».

Почти половина пациентов данной группы (41,5%) считали, что заболевание совсем не затрудняет их способность справляться с повседневными (домашними, семейными в оригинале опросника) делами. 28 (35%) считают, что заболевание умеренно мешает выполнению домашних дел, 12 (16%) – что заболевание сильно влияет на данный вид деятельности.

Большинство пациентов считали, что при имеющемся уровне активности и востребованности их заболевание не снижает их трудоспособности: 79% пациентов отмечали отсутствие дней со сниженной трудоспособностью в течение текущей недели, еще 18% отметили 1–3 дня, только 8% пациентов считали, что все 7 дней в текущей неделе их трудоспособность была снижена. Пропущенных для обычной занятости дней не отметили 87% пациентов.

При оценке различий в показателях качества жизни у пациентов, получающих лечение типичными и атипичными препаратами, значимых различий не было обнаружено, за исключением «семейных отношений». Значение критерия с поправкой Йетса – 6,18 при значении  $p=0,01$ , что меньше уровня значимости, позволяет говорить о различии групп по типу лечения, однако это не совсем точно, т.к. в выборке присутствовали пациенты, у которых нет семейных отношений, что делает выборку не вполне представительной, и оценку скорее всего необходимо осуществлять в зависимости от семейного положения, а не от типа лечения. Обнаружены также тенденции к различию по показателям «удовлетворенность препаратами» – в пользу типичных антипсихотиков и «выраженность головокружения» – в пользу атипичных антипсихотиков.

**Заключение.** В целом пациенты с шизофренией, находящиеся в доме-интернате психоневрологического профиля, отмечают умеренную удовлетворенность основными жизненными показателями. Некоторые показатели являются достаточно высокими, это «способность справляться с повседневными жизненными проблемами», «удовлетворенность препаратами и жизнью в целом». Данные факты, при всей невероятности, обусловлены сочетанием дефицитарной психопатологической симптоматики и, очевидно, способностью адаптироваться. Достаточно высокая доля пациентов с низкой удовлетворенностью работой, занятостью и связанным с этим благополучием свидетельствует о необходимости развития реабилитационных методов, основанных на занятости и использовании остаточных способностей к труду.

У пациентов, длительно болеющих шизофренией, не выявлено значимой связи между показателями качества жизни и лечением типичными и атипичными препаратами.

## Литература

1. Европейский план действий по охране психического здоровья. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Чешше, Турция, 16–19 сентября 2013 г. (оригинал англ.) – 26 с.
2. Деметьева, Н.Ф. Социальная адаптация в системе реабилитации лиц с отклонениями в психическом здоровье, находящихся в психоневрологических интернатах. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. – № 3. – С. 32–34.

3. Демчева, Н.К. Новые подходы к оценке показателей качества жизни и социального функционирования психически больных и возможности их применения в эпидемиологических исследованиях./ Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 30–38.
4. Березанцев, А.Ю., Митрофанова, О.И. Качество жизни больных шизофренией в различных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты) // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 3. – С. 26–34.
5. Ritsner, M.S., Lisker, A., Grinshpoon, A. Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Jan 9. doi: 10.1111/pcn.12135.