

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ

Евтухович Я.Ю., Вейс Е.В., Станько Э.П.

Гродненский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии и наркологии, г. Гродно

Ключевые слова: качество жизни, социальное функционирование, синдром зависимости от психоактивных веществ.

Резюме: синдром зависимости от психоактивных веществ сопровождается снижением уровня социального функционирования, ухудшением качества жизни и негативными медико-социальными последствиями.

Resume: substance dependence is accompanied by a reduction in social functioning, quality of life and the deterioration of the negative health and social consequences.

Актуальность. По оценкам Всемирной организации здравоохранения в развитых странах алкоголь ежегодно является причиной 10-11% всех заболеваний и смертей [1]. В России 2,6 млн. человек зависимы от алкоголя, что в 1,5 - 2 раза превышает показатели большинства европейских стран [2]. В нашей стране количество спирта на душу населения составляет 12,3 л [3]. В России зарегистрировано 330695 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), что составляет 230 на 100 тыс. населения. Общая оценочная численность ПИН в Беларуси составляет 81386 человек, соотношение между выявленными и невыявленными ПИН – 1:5,7. [4]. Развитие зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) приводит к тяжелым медико-социальным последствиями, начиная с постепенно формирующегося социального снижения личности и заканчивая деградацией пациентов с синдромом зависимости (ПСЗ) от ПАВ с выраженной социальной дезадаптацией.

Цель: оценить качество жизни и социальное функционирование пациентов с синдромом зависимости от ПАВ.

Задачи: 1. Дать медико-социальную характеристику пациентам с алкогольной и наркотической зависимостью. 2. Установить уровень качества жизни и социального функционирования ПСЗ.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов с синдромом зависимости от ПАВ: 20 – с синдромом алкогольной зависимости (АЗ), 10 – с опиоидной (ОЗ). Средний возраст пациентов с АЗ составил $43 \pm 2,3$ года, с ОЗ – $33 \pm 4,2$ года. По половому признаку среди пациентов с АЗ – 75% мужчин и 25% женщин, с ОЗ – 90% мужчин и

10% женщин. На момент обследования все пациенты находились на стационарном лечении в УЗ «ГОКЦ Психиатрия-Наркология». Обследование включало в себя клиническую беседу, экспериментально-психологическое исследование качества жизни (КЖ) с помощью опросника SF-36 и уровня социального функционирования (СФ) с использованием шкалы оценки уровня социального функционирования, также анализ медицинской документации. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с применением стандартного пакета прикладных программ SPSS 17.0. Статистическая обработка результатов включала методы описательной статистики: проводился частотный анализ, для количественных показателей рассчитывались математическое ожидание и стандартное квадратическое отклонение (SD).

Результаты и их обсуждение. Распределение пациентов в зависимости от возраста показало, что наибольшее число ПСЗ находилось в возрастном периоде активной трудовой деятельности. Вместе с тем, 80% обследованных нигде не работали. Несмотря на низкий уровень трудовой активности, большинство ПСЗ имели нелегальный доход, предполагающий занятость определенными видами деятельности, включая криминал. Частота встречаемости среди обследованных случаев асоциального поведения составила 45% у пациентов с АЗ и 80% – с ОЗ.

Анализ семейного положения ПСЗ позволил установить, что 55% пациентов с АЗ разведены, 40% пациентов с ОЗ не имели собственной семьи. Обстановка в семье у 68,1% ПСЗ характеризовалась, как конфликтная, с негативным психологическим климатом, напряженными межличностными отношениями, приводящими к дезорганизации семейной жизни. Низкий уровень доходов и социальной поддержки, неблагоприятные материально-бытовые условия, отсутствие достаточных средств к существованию отметили 43,9% ПСЗ. Круг общения у 45% пациентов с АЗ и 60% с ОЗ был ограничен лицами, имеющими сходные проблемы с алкоголем и наркотиками. Возрастной диапазон первого употребления наркотика колебался в пределах от 13 до 25 лет, хотя имелись случаи начала употребления после 30 лет. Средний возраст начала первых проб наркотика составил 18,3 лет (SD=3,18). Период первичного поискового полинаркотизма с пробами от 3 до 7 видов различных ПАВ отметили более половины обследованных. Следует отметить, что в отличие от пациентов с АЗ, у больных с ОЗ потребление ПАВ сопровождается более тяжелыми медико-социальными последствиями. Течение опийной зависимости у пациентов с ОЗ отличалось прогрессивностью, обусловленной совокупным действием взаимодополняемых факторов. Основным, наиболее часто употребляемым наркотическим средством является экстракционный опий. Широкая распространенность употребления опиатов кустарного производства объясняется доступностью и стоимостью сырья для изготовления наркотического средства, стереотипом восприятия типа «легкий наркотик», низким уровнем доходов населения, трудностями с трудоустройством и другими факторами. При невозможности достать «основной наркотик» 31,9% обследованных принимали другие ПАВ. В сочетании с алкоголем или лекарствами наркотики употребляли 38,3% ПСЗ. Следует отметить, что до начала приема наркотиков большая часть ПСЗ практиковали употребление алкоголя и табака.

Результаты экспериментально-психологического исследования качества жизни (КЖ) пациентов с АЗ и ОЗ показали, что показатель PF (оценка физической активности) у пациентов с АЗ был достаточно высоким и составил 76,3 баллов, у пациентов с ОЗ – 69,0 при популяционном показателе (ПП) 77,0 баллов. Показатель RP (роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности) составил 48,8 баллов у пациентов с АЗ и 52 – ОЗ при ПП 53,8. Показатель BP (роль болевых ощущений в ограничении жизнедеятельности) – 52 у пациентов с АЗ и ОЗ при популяционном показателе (ПП) 61,3; показатель GH (оценка общего состояния здоровья) – 48,75 у пациентов с АЗ и 46 – у пациентов с ОЗ при ПП 56,56; показатель VT (оценка своего жизненного тонуса) – 51 у пациентов с АЗ и 44 – ОЗ при ПП 55,15; показатель SF (оценка уровня социального функционирования) – 71,25 у пациентов с АЗ и 63,75 – ОЗ при ПП 69,67; показатель RE (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности) – 51,5 у пациентов с АЗ и 53,3 – ОЗ при ПП 57,23; показатель MH (оценка своего настроения, психического состояния) – 58,2 у пациентов с АЗ и 53,2 – ОЗ при ПП 58,82 [5]. Таким образом, по большинству показателей ПСЗ оценивали свои возможности ниже, чем в популяции.

Таким образом, ролевой показатель физических проблем в ограничении жизнедеятельности у пациентов с АЗ не достиг даже 50 баллов из 100 возможных, а ролевой показатель эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности также был у пациентов с АЗ более низким по сравнению с ОЗ. Наиболее низко оценивали состояние общего здоровья и жизненный тонус пациенты с ОЗ, что скорее всего было связано с длительной наркотизацией и наличием различных заболеваний. Сравнительно высокое значение показателя MH у пациентов с АЗ скорее всего указывает на снижение у них критических способностей.

Показатели СФ, выявленные у ПСЗ в ходе исследования имеют следующие значения: агрессивное/аутоагрессивное поведение – 0,3 у пациентов с АЗ; 0,4 – с ОЗ в контроле 0,37; аффективные расстройства – 0,6 у пациентов с АЗ; 0,8 – ОЗ в контроле 0,86; психоорганические расстройства – 0,85 у пациентов с АЗ; 1 – ОЗ в контроле 0,67; критические способности – 1,6 у пациентов с АЗ; 1,4 – ОЗ в контроле 1,2; способность к самообслуживанию – 0,95 у пациентов с АЗ; 0,4 – ОЗ, в контроле – 0,56; профессиональная деятельность – 2,25 у пациентов с АЗ; 2,9 – ОЗ в контроле 0,56; социальные контакты – 1,6 у пациентов с АЗ; 2 – ОЗ; в контроле – 0,43; семейные отношения – 2,65 у пациентов с АЗ; 3 – ОЗ, в контроле – 1; забота о родителях/детях – 1,8 у пациентов с АЗ; 1,4 – ОЗ, в контроле – 0,67; организация досуга – 1,85 у пациентов с АЗ; 2,1 – ОЗ в контроле 1,2. Таким образом, наиболее низкий уровень СФ зарегистрирован у 20% пациентов с АЗ и 10% пациентов с ОЗ.

Выводы: 1. Для ПСЗ характерна социальная, трудовая и семейная дезадаптация, уровень которой отражает тяжесть зависимости. Более явное социальное снижение характерно для пациентов с ОЗ; 2. Субъективная оценка показателей КЖ у ПСЗ ниже, чем в популяции. Низкий уровень состояния общего здоровья и жизненного тонуса у пациентов с ОЗ сопровождается относительно высоким показателем психического здоровья пациентов с АЗ, что указывает на снижение их критических способностей; 3. В повседневной деятельности наиболее низкий уровень СФ в 2 раза чаще наблюдается у пациентов с АЗ по сравнению с ОЗ и выражается затрудне-

ниями в трудовой сфере, во взаимодействии с социальным окружением и при проведении досуговой деятельности.

Литература

1. Murray CM, Lopez A. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Geneva: World Health Organization; 1996.
2. Заграев Г. Г. Алкоголизм и пьянство в России. Пути выхода из кризисной ситуации / Г. Г. Заграев // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 74-84.
3. Боброва А.Г. Пьянство и алкоголизм как фактор риска здоровью населения Беларуси // Здоровье населения: проблемы и пути решения: материалы II Международного научно-практического семинара. – Право и экономика. – Минск. – 2011 г. – С. 205-210.
4. 4
5. Амиджарова, В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 / В.Н. Амиджарова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С. 8-12.