

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, РЕЛЕВАНТНОГО ЗДОРОВЬЮ, БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ НЕВРОЗАМИ

Д.Д. Карелина – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии; **И.Л. Кром** – Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, Центр медико-социологических исследований, г. Саратов, руководитель Центра медико-социологических исследований, профессор кафедры социальной психологии, доктор медицинских наук; **Ю.Б. Барыльник** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии, доктор медицинских наук.

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE RELEVANT TO HEALTH IN DEPRESSIVE PATIENTS

D.D. Karelina – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, department of philosophy, humanities and psychology, post-graduate; **I.L. Krom** – Saratov Institute of Social Education, head of centre of medical and social research, department of social psychology, professor, doctor of medical science; **Yu.B. Barylnik** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, head of department of psychiatry and narcology, professor, doctor of medical science.

Дата поступления – 08.07.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Карелина Д.Д., Кром И.Л., Барыльник Ю.Б. Оценка качества жизни, релевантного здоровью, больных депрессивными неврозами // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 674–678.

В статье рассматриваются факторы, оказывающие влияние на состояние психического здоровья в современном социуме, подходы к оценке качества жизни больных в психиатрической практике. Приводятся результаты авторского исследования качества жизни, релевантного здоровью, больных депрессивными неврозами.

Ключевые слова: качество жизни, психическое здоровье, депрессивные неврозы.

Karelina D.D., Krom I.L., Barylnik Yu.B. Evaluation of quality of life relevant to health in depressive patients // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2010. Vol. 6, № 3. P. 674–678.

This article deals with the factors influencing mental health in modern society and describes approaches for evaluation of quality of life in depressive patients in psychiatric practice. The results of the study of quality of life in depressive patients relevant to health are presented.

Key words: quality of life, mental health, depressive neuroses.

Введение. Психическое здоровье и психическое благополучие – важнейшие составляющие высокого качества жизни, позволяющие людям считать свою жизнь полноценной и значимой. Основным фактором, провоцирующим повышенную смертность, сокращение продолжительности жизни населения России является неблагополучие психического здоровья [1]. А.М. Розенштейн предложил называть невротические расстройства социальной болезнью. По данному, которое приводит Ю.А. Александровский, число лиц с предболезненными и сформировавшимися психическими расстройствами из-за стрессовых воздействий в России достигает 10 миллионов. Однако выборочные исследования свидетельствуют, что их больше: 250-300 на 1000 человек, т.е. подобные расстройства возникают у 25-30% жителей страны. В большинстве случаев речь идёт о пограничных психических расстройствах [2]. Ситуация, характеризующая состояние психического здоровья населения Саратовской области, отражает российские тенденции. Ежегодно распространённость психических расстройств в области увеличивается в среднем на 0,8%. Депрессивные расстройства занимают одно из лидирующих мест среди причин снижения качества жизни [3].

Наряду со значительными успехами в исследованиях по вопросам диагностики и лечения различных форм депрессивных расстройств, есть и нерешённые вопросы, в частности в отношении влияния последствий болезни на дальнейшее социальное функционирование человека и качество его жизни [4].

Современные исследователи определяют качество жизни как интегральную характеристику жизнедеятельности субъекта и социума. Качество жизни,

релевантное здоровью, впервые встречается лишь в 1966 г. в «Annals of internal medicine», где J. Elinton опубликовал статью «Medicine and the quality of life» по проблемам трансплантологии. По его мнению, показатели качества жизни, определяемого состоянием здоровья, обычно отражают уровень функционирования субъекта и субъективно воспринимаемое им состояние своего здоровья и / или благополучия. В настоящее время качество жизни представляет собой интегративную концепцию развития медицины. Согласно определению ВОЗ качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [5].

Всемирная организация здравоохранения разработала основные критерии качества жизни: физические (жизненная активность, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные и отрицательные эмоции, познавательные функции, самооценка, внешний вид, подвижность); уровень независимости (работоспособность, повседневная активность, зависимость от лекарств и лечения); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (быт, безопасность, благополучие, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации); духовность (религия, личные убеждения) [6].

Связанное со здоровьем качество жизни выступает как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии [7]. В психиатрии еще до активного использования концепции качества жизни существовало множество понятий, касающихся

Ответственный автор – Карелина Дарья Дмитриевна.
Адрес: г. Саратов, ул. Яблочкова, 8/10, кв. 6.
Тел.: 89053296720.
E-mail: ddkarelina@mail.ru

оценки не связанны с заболеванием аспектов жизни пациентов, – ущерб (impairment), несостоятельность (disabilities), дефект (handicap), социальная сохранность, социальная адаптация, удовлетворенность, социальная поддержка.

Сегодня концепция качества жизни в психиатрии выступает как составляющая многомерной функциональной системы адаптации и социальной реабилитации. По мнению Katsching Hienz [8], концепция качества жизни в психиатрии должна быть основана на комплексной и дифференцированной оценке этого параметра и включать взаимодействие со средой обитания пациента. Необходимо выделять три компонента качества жизни: субъективное благополучие / удовлетворенность, выполнение (социальных) ролей, внешние жизненные условия (материальные, т.е. «стандарт жизни»), и социальные, например социальная сеть и социальная поддержка). Действия, направленные на оказание помощи, следует дифференцировать, поскольку некоторые из них влияют на психологическое благополучие (например, антидепрессанты), некоторые – на выполнение ролей (например, тренинг социальных навыков), а некоторые – на обстоятельства жизни (например, денежное пособие). Если оценка качества жизни должна быть ориентирована на действия, следует различать как минимум три составляющих ее компонента – психологическое благополучие / удовлетворенность, функционирование в социальных ролях, а также контекстуальные факторы. Действия, направленные на оказание помощи, необходимо адресовать тем сторонам жизни, в которых пациент испытывает наибольшие затруднения. Включение психопатологических симптомов в инструменты оценки качества жизни должно быть явным. Исследование качества жизни должно проводиться с учетом различной «скорости» изменений его составляющих компонентов (субъективное благополучие / удовлетворенность, функциональное состояние, контекстуальные факторы) и возможный нисходящий дрейф стандартов, с которыми пациенты, страдающие хроническим психическим расстройством, сравнивают свою реальную ситуацию.

Методы. Определение качества жизни, релевантного здоровью, больных депрессивными неврозами проводится в Центре медико-социологических исследований с 2008 г.

В исследование были включены лица мужского и женского пола трудоспособного возраста, страдающие пограничными психическими расстройствами (депрессивными неврозами). Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность составила 198 респондентов. Исследование качества жизни проводилось нами с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Опросник ВОЗ КЖ-100 является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. Он имеет модульную структуру, где ядерный модуль измеряет те аспекты качества жизни, которые являются общими для всех людей, а специфические модули применяются для оценки качества жизни тех, кто имеет определенные болезни или живет в особых обстоятельствах.

Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды.

С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда

и духовная сфера, а также измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер. В рамках физического функционирования жизнь индивида может ухудшаться из-за проблем, вызываемых физической болью либо физическим дискомфортом, усталостью и недостатком энергии и сил, а также невозможностью в достаточной мере отдохнуть. Трудности в психологической сфере, отрицательно влияющие на жизненное благополучие, могут возникать из-за недостатка положительных или избытка отрицательных эмоций, проблем с мышлением, памятью или вниманием, из-за снижения самооценки или беспокойства об ухудшении внешности, вызванном болезнями или их лечением. Уровень независимости, способность обеспечивать и обслуживать себя самостоятельно, определяется в первую очередь сохранением у индивида способностей двигаться, самостоятельно справляться со своими повседневными делами и работой. Социальное функционирование включает в себя близкие личные взаимоотношения индивида, возможность оказывать поддержку другим людям и получать поддержку от них, а также возможность удовлетворения сексуальных потребностей [9].

Таким образом, можно обозначить критерии оценки качества жизни и их составляющие [10].

Результаты. При подготовке данных к математической обработке выявлялись и устранялись ошибочные значения, выходящие за пределы системы баллов. Пропущенные значения обрабатывались согласно методике, предложенной в опроснике ВОЗ КЖ-100.

Для величин F1-F24, G вычислялись описательные статистики. Рассчитывались медианы, средние, максимальные и минимальные значения и т.п. Поскольку анализируемые величины являются порядковыми, адекватной характеристикой среднего для них служит медиана. Однако расчёты показали, что в большинстве случаев средние баллы отличаются от соответствующих значений медиан лишь в первом знаке после запятой, поэтому далее приведены только средние баллы.

Статистическая достоверность различия средних двух групп (клинически здоровые и больные, страдающие пограничными психическими расстройствами) определялась по непараметрическому критерию Манна – Уитни. Различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$.

При исследовании качества жизни больных, страдающих пограничными психическими расстройствами, проблемы респондентов выявлены нами во всех исследуемых сферах (физической, психологической, социальной и духовной). В «Физической» сфере и сфере «Окружающая среда» различия в показателях качества жизни больных депрессивными неврозами и клинически здоровых лиц минимальны. И те и другие респонденты испытывают болевые ощущения и дискомфорт, неудовлетворенность, нет чувства защищенности и безопасности.

В остальных сферах отмечаются большие различия показателя качества жизни в группе респондентов, страдающих депрессивными неврозами, и контрольной группе. У больных депрессивными неврозами выявлено значительное снижение качества жизни в сферах «Уровень независимости», «Психологической» и «Духовной».

Обсуждение. Субсфера «Общее качество жизни и состояние здоровья». Средний показатель качества жизни больных, страдающих пограничными психическими расстройствами, снижен (11,98 балла) по сравнению с клинически здоровыми респондентами (15 баллов). Различие статистически значимо.

Критерии и составляющие оценки качества жизни

Критерии	Составляющие
Физические	Сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых
Психологические	Положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация внимания, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень независимости	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Общественная жизнь	Личные взаимоотношения, общественная ценность, сексуальная активность
Окружающая среда	Благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и квалификации, досуг, экология (шум, климат и др.)
Духовность	Личные убеждения, религия

Субсфера «*Боль и дискомфорт*». В нашем исследовании средний показатель качества жизни в субсфере «*Боль и дискомфорт*» снижен у всех респондентов, максимальное снижение отмечается у больных с депрессивными неврозами (11,67 балла), в контрольной группе – 14 баллов. Различие статистически значимо.

Субсфера «*Жизненная активность, энергия и усталость*». На фоне общего снижения среднего показателя качества жизни (13,7 балла), в большей степени он снижен у больных с депрессивными неврозами (11,13 балла). Различие статистически значимо.

Субсфера «*Сон и отдых*». Средний показатель качества жизни в данной субсфере в группе депрессивных больных – 11,69 балла, в контрольной группе – 15 баллов. При общем снижении показателя качества жизни, в большей степени отмечается его снижение у больных с депрессивными неврозами. Различие статистически значимо.

Субсферы «*Физическая боль и дискомфорт*», «*Жизненная активность, энергия и усталость*», «*Сон и отдых*» определяют «*Физическую*» сферу и предполагают оценку соматически обусловленной составляющей показателя качества жизни.

Субсфера «*Положительные эмоции*». При исследовании качества жизни в данной субсфере наблюдается резкое отличие от предыдущих результатов. Разброс показателей качества жизни достаточно велик. При снижении показателя у всех респондентов (12,9 балла), в большей степени (11,78 балла) он снижен у больных с депрессивными неврозами. Различие статистически значимо.

Субсфера «*Познавательные функции*». Отмечается незначительное снижение среднего показателя качества жизни респондентов (14,58 балла), отмечающих, что их способность воспринимать окружающий мир в целом не страдает, в большей степени показатель снижен у респондентов с депрессивными формами неврозов (12,73 балла). Различие статистически значимо.

Субсфера «*Самооценка*». При общем снижении показателя качества жизни респондентов (14,39 балла), отмечается значительное снижение этого показателя у депрессивных больных (12,16 балла). Различие статистически значимо.

Субсфера «*Образ тела и внешность*» исследует мнение индивида о своем теле. Здесь средние показатели снижены и составляют 14,59 балла, а максимально низкое мнение о своей внешности из всех групп у больных с депрессивными неврозами (13,78 балла). Различие статистически незначимо.

Субсфера «*Отрицательные эмоции*» показывает, в какой мере индивид испытывает негативные чувства, включая уныние, печаль, вину, отчаяние, неврозность, тревогу и отсутствие удовольствия от жизни. Показатель качества жизни в группе – 11,63 бал-

ла, показатель в группе больных с депрессивными неврозами – 9,89 балла. На фоне относительно низкого показателя качества жизни в данной субсфере в группе респондентов, в большей степени показатель качества жизни снижен у пациентов с депрессивными неврозами. Различие статистически значимо.

Субсфера «*Подвижность*» исследует мнение индивида о его мобильности и независимости, способности передвигаться с места на место. Исследования выявили незначительное снижение показателя качества жизни в данной субсфере (16,81 балла) и достаточно выраженное отличие этого показателя в группе депрессивных больных (14,44 балла) в отличие от респондентов контрольной группы – 18 баллов. Различие статистически значимо.

Субсфера «*Способность выполнять повседневные дела*». Средний показатель качества жизни снижен (14,05 балла), больные испытывают значительные ограничения жизнедеятельности при выполнении повседневных дел, достаточно выраженные отличия между показателем качества жизни в группе больных с депрессивными неврозами (11,16 балла) и клинически здоровыми лицами. Различие статистически значимо.

Субсфера «*Зависимость от лекарств и лечения*» исследует зависимость индивида от медицинского или альтернативного (например, акупунктура, фитотерапия) лечения. В группе больных с депрессивными неврозами зависимость от лекарств и лечения максимально выражена (10,31 балла). Различие статистически значимо.

Субсфера «*Способность к работе*». В данной субсфере показатель качества жизни значительно снижен в группе больных с депрессивными неврозами (11,67 балла), что значительно отличается от этих показателей в контрольной группе, где снижение данного показателя незначительно. Различие статистически значимо.

Субсфера «*Личные отношения*» исследует степень, в которой люди чувствуют дружелюбие, любовь и поддержку. Следует отметить некоторое снижение показателя качества жизни в данной субсфере (15,3 балла), в большей степени в группе депрессивных больных (13,91 балла). Различие статистически значимо.

Субсфера «*Практическая социальная поддержка*» исследует, в какой степени индивид чувствует поддержку и возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей. Отмечаются те же тенденции, что и в субсфере «*Личные отношения*»: снижение среднего показателя качества жизни (15,77 балла), в большей степени в группе больных с депрессивными неврозами с установленной группой инвалидности (14,31 балла). Различие статистически значимо.

Субсфера «*Сексуальная активность*». В данной субсфере, как и во всех субсферах сферы «Со-

циальные отношения» отмечено снижение среднего показателя качества жизни (13,32 балла), в большей степени в группе больных с депрессивными невротами (11,96 балла). Различия статистически значимы.

Субсфера «Свобода, физическая безопасность и защищенность» исследует наличие у людей чувства безопасности и защищенности от нанесения физического ущерба. Значительное снижение среднего показателя качества жизни (13,40 балла), в большей степени в группе депрессивных больных (12,22 балла). Различия статистически значимы.

Субсфера «Окружающая среда дома» исследует влияние домашней обстановки на качество жизни респондентов. Показатели качества жизни среди исследуемых групп приблизительно одинаковы. Несколько выше показатели качества жизни в группе клинически здоровых респондентов (15 баллов), что практически не отличается от данного показателя в группе депрессивных больных (14,84 балла), что свидетельствует о преимуществе домашней обстановки для всех исследуемых групп приблизительно в равной мере. Различия статистически незначимы.

Субсфера «Финансовые ресурсы» исследует точку зрения индивида на то, каковы его финансовые возможности, и степень, в которой они удовлетворяют его потребности в комфортной жизни. Исследования выявили резкое снижение показателя качества жизни во всех исследуемых группах (10,5 балла). Различия статистически незначимы.

Субсфера «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» исследует мнение респондента о доступности и качестве медицинской и социальной помощи. Исследование выявило общее снижение показателя качества жизни (12,2 балла), а также минимальные отличия данного показателя в исследуемых группах. Несколько выше, по сравнению с остальными группами, качество и доступность медицинской и социальной помощи оценивают депрессивные больные (12,6 балла). Различия статистически незначимы.

Субсфера «Возможности для приобретения новой информации и навыков» исследует желание и возможность респондентов обучаться новым навыкам, приобретать новые знания и получать информацию о происходящем вокруг. Выявлено значительное снижение среднего показателя качества жизни (11,0 балла), в большей степени выраженного в группе больных с депрессивными невротами (10,02 балла), что свидетельствует о низком уровне доступности образования для респондентов с депрессивными невротами. Различия статистически значимы.

Субсфера «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» исследует способности, возможности и склонность индивида принимать участие в проведении досуга, развлечениях и отдыхе. В данной субсфере при среднем низком уровне показателя качества жизни (13,36 балла) отмечается достаточно выраженное снижение этого показателя у респондентов с депрессивными невротами (12,07 балла). Очевидны ограничения возможностей респондентов в данной субсфере в связи с отсутствием инфраструктуры отдыха и развлечений для лиц с психическими нарушениями. Различия статистически значимы.

Субсфера «Окружающая среда». Отмечается достаточно выраженное снижение среднего показателя качества жизни респондентов (13,19 балла) обеих групп. Различия статистически незначимы.

Субсфера «Транспорт» исследует мнение индивида о том, насколько ему доступно и легко найти и использовать для передвижения транспортные

средства. Безработные больные передвигаются меньше и выбирают места передвижения с большей доступностью. Показатель качества жизни в остальных группах респондентов (депрессивных больных и клинически здоровых лиц) снижен практически одинаково (13,64 балла и 14 баллов). Различия статистически незначимы.

Субсфера «Духовность / религия / личные убеждения» исследует личные убеждения людей и то, как они влияют на качество их жизни. Исследования выявили некоторое снижение показателей качества жизни в группах респондентов в данной субсфере (14,69 балла). Наиболее снижен данный показатель у больных с депрессивными невротами (13,07 балла). Различия статистически значимы.

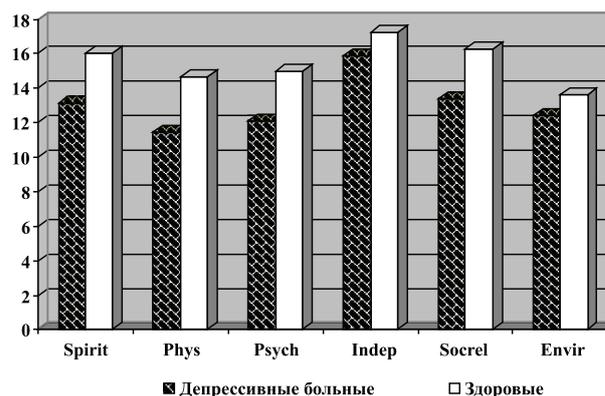


Рис. 1. Качество жизни больных депрессивными невротами по основным шкалам опросника ВОЗ КЖ-100

Заключение. Полученные нами результаты позволяют рассматривать качество жизни как самостоятельный многофакторный показатель состояния больных при депрессивных невротозах. Анализ показателя качества жизни больных пограничными психическими расстройствами определит интегративный подход к медико-социальной реабилитации и позволит разработать прогностические критерии для данной категории больных.

Библиографический список

1. Аракелов Г.Г., Глебов В.В. Формирование психического здоровья нации как основа демографического роста населения России. URL: <http://www.ilvaoo.rwprelect.phtml?RubricID=9844> (дата обращения: 15.02.2010 г.).
2. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства: клиничко-социальная оценка и терапевтические возможности // XIV съезд психиатров России. М., 2005. С. 155.
3. Lecrubier Y. Recognizing and effectively treating depression // CNS Spectr. 2008. Vol. 13:7 (suppl. 11). P. 5-9.
4. George L.K., Blaser D.G., Hughes D.C. [et al.]. Social support and the outcome of major depression // The British J. of Psychiatry. 1989. Vol. 154. P. 478-485.
5. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006. № 4, С. 12-15.
6. Orley J., Saxena S., Herrman H. Quality of life and mental illness // The British J. of Psychiatry. 1998. Vol. 172. P. 291-293.
7. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. М., 2004. С. 125-129.
8. Katsching Hienz. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Psychological Medicine. 1998. № 28. P. 159-164.
9. Диагностика здоровья: психологический практикум / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2007. С. 454-484
10. Сравнительные исследования качества жизни больных саркоидозом с использованием опросника ВОЗ «КЖ-100» и интернет-технологий // Казанский медицинский журнал. 2004. № 1. С. 11-19.