

24. Kaplan H., Sadock B. *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. 8th edition - Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. - 1401 p.*

25. Leung A, Chue P. *Gender Differences in schizophrenia, a review. //Acta Psychiatr. Scand. - 2000. - Suppl. 401. - P. 30-38.*

26. Moriarty P.J., Lieber D., Bennett A., White L., Parrella M., Harvey P.D., Davis K.L. *Gender differences Patients patient with schizophrenia during all life have sexual distinctions, with bad remissiey //Schizophr. Bull. - 2001. - Vol. 27, №1. - P. 103-113.*

27. Pearlson G., Pulvar A. *Пол, шизофренія і кора головного мозгу. //Шизофренія. Изучение спектра психозов. Пер. с англ. - М.: Медицина, 2001. - С. 373-391.*

28. Russell A., Munro J.C., Jones P.B., Hensley D.R., M.A., Murray R.M. *Schizophrenia and the myth of intellectual decline //Am. J. Psychiatry - 1997. - Vol. 154, №№5. - P. 635 - 639.*

29. Tamminga C.A. *Gender and schizophrenia. J Clin Psychiatry. 1997. - Vol. 58 (suppl. 15). - P.33-37.*

30. Tansella M., Girolamo G., Sartorius N. *Annotadet bibliography of psychiatric epidemiology. Gaskell, 1992..*

31. Turner T.H. *Schizophrenia and mental handicap: An historical review with implications for further research //Psychol. Med. - 1989. - Vol. 19, №2. - P. 301 - 314.*

32. Warner R., Giloramo G. *Schizophrenia. - Geneva: WHO, 1995.- 191s.*

МОДИФІКУЮЧИЙ ВПЛИВ СТАТЕВОГО ДИМОРФІЗМУ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ І СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

А.А. Двірський, А.Е. Двірський, Т.С. Яновський, Ю.В. Іваніков, Я.В. Сіриков

В двох районах м. Сімферополя обстежено 637 хворих на шизофренію. У 314 чоловіків хворих на шизофренію психоз частіше виявляється у віці до 25 років, підвищена частота безперервної течії, простої і кататонічної форм. У жінок спостерігається більш пізній прояв хвороби, збільшена частота ремітуючого протікання і параноїдної форми шизофренії. Показники рівня освіти і сімейного стану у жінок вище порівняно з чоловіками.

Ключові слова: шизофренія, епідеміологія, статевий диморфізм, клініка, соціальні чинники

MODIFYING INFLUENCE OF SEXUAL DIMORPHISM ON THE CLINICAL DISPLAYS AND SOCIAL DESCRIPTIONS AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITHOUT CONCOMITANT ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTIONS

A.A. Dvirsky, A.E. Dvirsky, T.S. Yanovsky, Y.V. Ivanikov, Y.V. Sirikov

In two Simferopol districts 637 patients with schizophrenia had inspected. Among 314 men of patients with schizophrenia psychosis more frequent are re-vealed under age 25 years, frequency of continuous flow is promoted, simple and catatonic forms. Among women there is more late display of illness, frequency of remittent flow and paranoid form of schizophrenia. The indexes of level of education and domestic position at women are higher by comparison to men.

Keywords: schizophrenia, epidemiology, sexual dimorphism, clinics and social factors

616.895.8-085:006.015.5

В. В. Сотніченко

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: шизофренія, якість допомоги, клініко-психологічні критерії, рівень сімейного тягаря

Якість психіатричної допомоги (ЯПД) є важливим компонентом продуктивної роботи всіх служб охорони психічного здоров'я з цілого ряду причин. Для осіб, які страждають на психічні розлади, належна якість послуг гарантує отримання необхідної допомоги, що покращує якість їх життя та соціального функціонування. Для членів родини якісна допомога забезпечує підтримку та допомагає зберегти сім'ю. Для поставачальника психіатричних послуг та керівництва, яке відповідає за охорону психічного здоров'я, якість гарантує ефективність та результативність допомоги, для осіб, що формують політику в цій галузі, якість є джерелом покращення психічного здоров'я населення. Тому проблема, що розглядається, сформувалась на теперішній час як самостійний напрямок психіатрії, а в усіх розвинених країнах і державні, і суспільні організації, які мають відношення до політики в галузі психіатрії, все більше уваги приділяють розвитку теоретичних положень й впровадженню конкретних заходів щодо забезпечення ЯПД.

Так, наприкінці минулого століття відділ психіатрії ВООЗ сформував теоретичну концепцію щодо даної

проблеми, подібні питання розробляються Американською психіатричною асоціацією (АПА, 1997), в рамках якої створено спеціальний комітет по забезпеченню якості в психіатрії. В таких країнах, як Канада, Австралія, створено національні комітети по якості та видано відповідні керівництва по її забезпеченню і контролю.

На сьогодні майже відсутні дослідження з приводу системи якості медичних відносин (пацієнт – лікар, родичі – медичний персонал), задоволеності пацієнтів наданою допомогою, рівня сімейного тягаря внаслідок психічної хвороби, тобто показників, що визначають клініко-психологічні критерії якості психіатричної допомоги.

На думку U. G. Ahlfors et al. [10], до числа актуальних задач в галузі поліпшення якості медичної допомоги слід віднести створення дієвих механізмів (-систем) управління, включення в процес оцінки якості споживачів допомоги як рівноправних учасників та орієнтацію роботи служб передусім на задоволення їх інтересів та потреб.

В свою чергу, A. Donabedian, J. M. Bertolotte [16]

підкреслюють, що критерії, індикатори та стандарти для контролю та оцінки якості повинні розроблятися з урахуванням трьох термінологічних категорій – структури, процесу та результату, які вже стали класичними, зручними та надійними орієнтирами при управлінні якістю наданої допомоги. В своїх дослідженнях Т. А. Солохіна [8] наголошує, що при цьому критерії, стандарти та індикатори повинні бути диференційовані в залежності від рівня психіатричної допомоги – пацієнт та його сім'я; допомога в закладі, робота лікаря та середнього медичного працівника; рівень регіону або країни. Це визначається тим, що для кожного з перерахованих рівнів існують своя мета та задачі в галузі забезпечення якості психіатричної допомоги.

Однією з основних умов при створенні сучасної системи управління ЯПД є участь в її оцінці споживачів цієї допомоги – пацієнтів та членів їх сімей. Початківцями в дослідженні суб'єктивної задоволеності хворого лікуванням були США, де перші публікації на цю тему з'явилися на початку 1950-х років [17]. Власна думка пацієнта є центральною в концепції якості медичного обслуговування, що реформується [19]. М. Ruggeri et al. [19] вважають, що невдоволеність хворого отриманим лікуванням не можна ігнорувати навіть якщо вона об'єктивно зовсім не обґрунтована, оскільки це є предиктором припинення звернень хворого по медичну допомогу. Суб'єктивна задоволеність отриманим лікуванням є компонентом суб'єктивної задоволеності життям пацієнта в цілому. Цей компонент в даний час недостатньо враховується при оцінці якості життя хворого. Одночасно якість життя є важливим фактором психологічного стану. Відомо, що психічно хворі вказують на більш низьку задоволеність якістю свого життя порівняно зі здоровим населенням, а Р. Blenkiron, С. А. Hammill [12] з'ясували, що ця характеристика знаходиться під прямим впливом задоволеності отриманим медичним обслуговуванням.

Оцінка суб'єктивної задоволеності є не тільки однією з характеристик результатів лікування, але і фактором, що впливає на подальший перебіг хвороби в залежності від позитивного чи негативного впливу на комплаєнс пацієнта після виписки. В. G. Druss et al. [14] встановили, що вона дозволяє прогнозувати успіх терапії та частоту регоспіталізацій. Інтеграція клінічних даних про результат терапії та даних про суб'єктивну задоволеність хворого наданим лікуванням допомагає відібрати заходи адміністративного моніторингу лікувального процесу в медичних закладах. В ході досліджень R. Costa, F. Divina [13] встановили, що у порівнянні з соматичними пацієнтами психічно хворі в меншій мірі схильні довіряти лікарю, що пов'язано з недобровільністю їх госпіталізації або, у ряді випадків, параноїдальним сприйняттям оточуючих. Також вони частіше виявляються незадоволеними недостатністю інформації про природу своєї хвороби, одержаної від лікаря. Відношення до лікування пацієнтів, що отримують допомогу в стаціонарі, формується їх соціокультурними, демографічними та клінічними характеристи-

ками [11]. Проте дані про взаємозв'язок задоволеності стаціонарним лікуванням із статтю, віком і загальною суб'єктивною якістю життя пацієнтів неоднозначні і потребують подальшого вивчення [12].

Серед окремих параметрів стаціонару, що впливають на задоволеність лікуванням, є відносини з лікуючим лікарем. Цікаво, що більш високу задоволеність викликають не професійні, а особистісні якості лікаря. Це серйозне застереження від недооцінки ролі психологічного чинника у відносинах лікаря і хворого, властиве традиційній медицині. Задоволеність достовірно залежить від позитивного або негативного досвіду взаємодії з персоналом стаціонару. В умовах тривалого перебування в стаціонарі основними факторами невдоволення хворого є неприйняття його як індивідуальної особистості, атмосфера ізоляції та апатії, різного роду обмеження його повноважень [7].

А. Ю. Сосновский [9], аналізуючи отриманий внаслідок опитування матеріал, показав, що більшість пацієнтів (71,5 %) в цілому задоволені психіатричною допомогою.

Найбільшою проблемою у вивченні суб'єктивної задоволеності лікуванням є недосконалість використаних вимірних інструментів. Більшість з них не відповідає сучасним вимогам до психометричних методик, але й ті, які їм відповідають, не позбавлені серйозних недоліків. Багато методик адресовано лише окремим аспектам багатовимірної конструкції задоволеності лікуванням. Це не дає можливості не тільки виявити незадоволеність в певному її аспекті, але й судити про можливі її причини [19].

Важливим клініко-психологічним критерієм ЯПД є тягар сім'ї, член якої хворіє на шизофренію, адже не викликає сумніву, що така сім'я страждає через положення свого родича. Службам психіатричної допомоги знадобилося надто багато часу для того, щоб приділити належну увагу потребам опікунів. Однак зростаюча протягом останніх 20-ти років кількість досліджень по вивченню впливу догляду за хворим дозволило глибше зрозуміти стан опікунів і створити міцну основу для індивідуальної оцінки та втручання в кожному конкретному випадку.

У подальших дослідженнях [4] було доведено, що внутрішньосімейні стосунки можуть бути стресогенним фактором, що впливає на розвиток рецидивів психозу, а також на адаптацію та соціальне відновлення хворих на шизофренію. За спостереженнями О. П. Баха [2], існує пряма залежність між патологічними сімейними відносинами і несприятливими варіантами ремісії.

Т. В. Солохіна із співавт. [8] виявили, що якість життя родичів психічно хворих істотно знижувалась у зв'язку із захворюванням члена сім'ї у 80 % родичів. При оцінці родичами найбільш відчутного тягаря на перше місце вони поставили соціально-психологічний тягар, на друге – фінансовий, третє і четверте місця розділили проблеми догляду та дозвілля. Далі йдуть проблеми, пов'язані з погіршенням власного здоров'я,

порушення сімейних та подружніх стосунків.

Іншим не менш важливим фактором психічного неблагополуччя родичів є стигматизація психічно хворих та їх сімей [6]. Адже тривалий час у суспільстві формувалася і існує на даний час міф про невиліковність психічних захворювань, неминучої громадської небезпеки психічно хворих, непередбачуваності поведінки, коли на дану групу осіб до цих пір навішується ярлик «божевільного», «схибленого», «недоумкуватого» [6].

Т. В. Солохина [6] визначала думку респондентів-родичів щодо полегшення їм тягаря, пов'язаного із психічним захворюванням близької людини. Отримані пропозиції стосувалися надання йому відповідної роботи (30 % опитаних), створення клубів для пацієнтів (25 %), а також об'єднання декількох родин для догляду за хворими (20 %). По 10 % респондентів вказали на необхідність надомної роботи для них самих і на допомогу соціального працівника, 5 % – на те, що хотіли б частіше спілкуватися з професіоналами, щоб краще орієнтуватися по суті психічного захворювання у родича, особливостей догляду за ним, правильності поведінки в сім'ї.

В. А. Абрамов із співавт. [1] відзначають, що суттєвим фрагментом сімейного діагнозу є оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта. За допомогою структурованого інтерв'ю автори визначають три рівні сімейної підтримки: достатній, обмежений та низький. В цілому, достатній ресурс сімейної підтримки пацієнта виявлено тільки в 6,7 % сімей, обмежений ресурс – в 60,0 % та низький – в 33,3 % сімей.

Існує низка критеріїв для оцінки ступеня вираженості стресу в осіб, що забезпечують догляд, деякі з них використовуються для оцінки об'єктивного і суб'єктивного тягаря, інші – для оцінки тільки суб'єктивного рівня.

Для визначення сімейного тягаря нами було використано найбільш відоме «Інтерв'ю для оцінки тягаря» (Zarit Burden Interview), що є анкетною з 22 пунктів для самостійного заповнення. Результати опитування оцінювали в балах від 0 до 88, значення балу прямо корелювало з рівнем тягаря. Метою дослідження було визначення фізичного, соціального, емоційного, фінансового стресу та стосунків з хворим його родичів.

Обстежено 56 родичів 1-2 ступеня спорідненості, що мають в сім'ї хворого на шизофренію. Пацієнти знаходилися на стаціонарному лікуванні у чоловічому відділенні психоневрологічної лікарні. Серед опитаних родичів – 39 жінок (69,7 %) та 17 чоловіків (30,3 %). Середній вік чоловіків склав $57,5 \pm 2,5$, жінок – $53,3 \pm 0,1$ року. Необхідно відмітити, що серед родичів переважають матері – 31 особа (55,3 %).

Визначено, що приблизно половина опитаних (44,6 %) доглядає за хворим більше 6 років. У 18 (32,1 %) сім'ях за хворим доглядає тільки одна особа, що і заповнювала опитувальник. В таких родинах визначається надзвичайно високі середні показники суб'єктивного тягаря – 52,9 балу. Цей результат можна

порівняти з 37,7 балу в сім'ях, де участь у догляді за хворим приймає два та більше родича – 38 (67,9 %) опитаних. В 9 сім'ях (16,1 %) є ще одна особа, що потребує догляду внаслідок тяжкого психічного чи соматичного захворювання.

12 (21,4 %) пацієнтів, родичі яких заповнили «Інтерв'ю для оцінки тягаря», працюють. В таких сім'ях опитувані відмічали краще матеріальне становище, можливість поєднання власних професійних обов'язків з доглядом за хворим, більшу соціальну адаптованість пацієнта, що відбилось в низькому рівні суб'єктивного тягаря – 24,5 балу.

Серед опитаних родичів 50 (89,3 %) постійно проживають з пацієнтом, тільки 6 (10,7 %) мають окреме помешкання. Проте час, проведений з хворим, не має чіткої кореляції з рівнем тягарю. Так, середній показник першої групи склав 43,5 балу, другої – 38,5.

Аналізуючи рівень сімейного тягаря в залежності від тривалості захворювання пацієнта, необхідно відмітити його прямопропорційне зростання. Так, при тривалості хвороби менше року рівень сімейного тягаря склав – 21,9 балу, від 1 до 5 років – 39,0, від 6 до 10 років – 48,6, більше 10 років – 57,7 балу.

Ми вважаємо за потрібним також вказати на вкрай низький рівень інформаційної допомоги родинам, що мають хворого на шизофренію. Цей показник найбільш вплинув на високий рівень тягаря. Опитані наголошували на необхідності щодо клінічних, психологічних та соціальних потреб пацієнта, на власному відчутті стороннього у лікувальному процесі. На питання «Ви маєте сумніви, що необхідно робити для Вашого родича?» 31 респондент (55,3 %) відповіли «майже завжди», 13 (23,2 %) – «досить часто».

Таким чином, в результаті дослідження встановлено зв'язок тягаря з двома групами факторів: пов'язані з пацієнтом (зокрема, з особливостями перебігу захворювання) та пов'язані з особою, що доглядає. Виявлено пряму залежність між тривалістю хвороби, працездатністю пацієнта, кількістю осіб, що доглядають за ним, та рівнем тягаря. Майже всі родини мають інформаційний запит щодо захворювання та подальшого догляду за родичем.

Припущення, що іноді висловлюється в літературі, про безпосередній зв'язок ступеня тягаря з об'ємом наданої практичної допомоги, в нашому дослідженні не підтвердилось.

Отримані дані дозволяють кількісно визначити тягар родичів осіб, хворих на шизофренію. Проте для встановлення його зв'язку з якістю психіатричної допомоги, визначення факторів, що знижують сімейний тягар, та розробки заходів психосоціальної корекції необхідні подальші дослідження. Потребують подальшого вивчення також взаємозв'язок інтрапсихічних особистісних процесів родича; якості взаємовідносин; особливості сімейних відносин та соціальної підтримки з відчуттям суб'єктивного тягаря особи, що доглядає за хворим на шизофренію.

Література:

1. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. – Донецк: Капитан, 2009. – 584 с.
2. Бах О. П. Значение семейной адаптации для реабилитации психически больных // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягера и Р. А. Зачепицкого. – Л., 1978. – С. 38-46.
3. Будза В. Г., Отмахов А. П., Прусс Г. Б. Отделение первого психотического эпизода – новая форма организации психиатрической помощи больным шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15. – №4. – С.58-62.
4. Зайцев В. В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией // Автореф. дис. ...-канд. мед. наук. – СПб., 1999. – 23 с.
5. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожак Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2004. – 492 с.
6. Кабанов М. М., Бурковский Г. В. Редукция стигматизации и дискриминация психически больных // Обзорение психиатрии и мед. психологи. – 2000. – № 1. – С.3-8.
7. Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вид В. Д. Оценка субъективной удовлетворённости больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – Т.2, №1 –С. 32-34.
8. Солохина Т. А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты) // Автореф. дис...д. мед. наук. – М., 2003. – 24 с.
9. Сосновский А. Ю. Удовлетворённость пациентов психиатрической помощью как критерий её качества (клинико-социологическое исследование) // Автореф. дис....канд. мед. наук. – М., 1995 – 21с.
10. Ahlfors U. G., Lewander T, Lindstrom E et al. Assessment of patient satisfaction with psychiatric care. Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat) // Nord. J. Psychiatry. – 2001. –V.55 (Suppl.44). – P.71-90.
11. Barker D.A, Shergill S.S., Higginson I., Orrell M.W. Patients' views towards care received from psychiatrists // Brit. J. Psychiatry. – 1996. – V.168(5). – P.641-646.
12. Blenkiron P., Hammill C.A. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? // Postgrad. Med. J. – 2003. – V.79. – P.337-340.
13. Costa R, Divina F. Doctor-patient relation, 2003 //.
14. Druss B.G., Rosenheck R.A., Stolar M. et al. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care // Psychiatr. Serv. – 1999. – V.50. – P.1053-1058.
15. Mac Donald I., Hoare C. Measuring patient satisfaction with life in a long-stay psychiatric hospital // Int. J. Soc. Psychiatry. – 1988. – V.34(4). – P.292-304.
16. Quality assurance in mental health care. Check list and glossaries / Ed.J.M.Bertolotte. – Geneva: World Health Organization, 1993. – 68 p.
17. Rentrop M., Bohm A., Kissling W. Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1999. – V.67 (10). – P.456-475.
18. Rosenheck R., Wilson N.J., Meterko M. Influence of patient and hospital factors on consumer satisfaction with inpatient mental health treatment // Psychiatr. Serv. – 1997. – V.48 (12). – P.1553-1561.
19. Ruggeri M., Lasalvia A., Dall'Agnola R. et al. Development, internal consistency and reliability of the Verona service satisfaction scale – European Version. EPSILON Study 7. European Psychiatric Services: Input Lincend Outcome Domains and Needs // Brit. J. Psychiatry. – 2000. – V.39. – P.41-48.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. В. Сотниченко

Проведён анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблеме клинико-психологических критериев качества помощи больным шизофренией. Представлены результаты собственного исследования семейного бремени родственников больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, качество помощи, клинико-психологические критерии, уровень семейного бремени

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CRITERIA FOR QUALITY CARE FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

V.V. Sotnichenko

In the article is carried out the analysis of the domestic and foreign literature dedicated to problem of clinical and psychological criteria of quality care to patients with schizophrenia. Provided the results of own measurements of Family burden of relatives of patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, quality of care, clinical and psychological criteria, the level of family burden