

of the patients with chronic cerebral ischemia depends on the severity of motor, cognitive and affective disturbances, comorbid asthenia and fatigue.

Key words: *quality of life, chronic cerebral ischemia.*

Стаття надійшла до редакції 18.04.2014 р.

Смолко Дмитро Геннадійович - к. мед. н., асистент кафедри нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 066 410-18-01; psychvin@gmail.com

© Буздиган О.Г.

УДК: 616.895.87

Буздиган О.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 57, м. Вінниця, Україна, 21018)

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Резюме. *З метою вивчення соціально-медичних особливостей чоловіків і жінок, хворих на шизофренію, було проведено опитування та дослідження медичної документації 210 чоловіків та 210 жінок, хворих на шизофренію. В результаті були виявлені гендерні розбіжності у соціально-медичних характеристиках: переважання серед чоловіків мешканців міст, а серед жінок - сільського населення, вкрай низький рівень соціалізації та залучення до трудової діяльності, тісно пов'язаний з високим рівнем інвалідизації, невисокий освітній рівень (особливо у жінок), кращий трудовий анамнез і погіршення трудової реалізації жінок по мірі розвитку захворювання у порівнянні з чоловіками, суттєво гіршу мікросоціальну адаптацію чоловіків у порівнянні з жінками. Виявлено, що соціоекономічний стан хворих на шизофренію (за винятком освітнього рівня) не виявляє значущих залежностей від об'єктивних соціально-економічних умов і визначається рівнем шизофренічного дефекту. Встановлено, що хворим на шизофренію притаманний патологічний спосіб життя з надзвичайно високою ураженістю тютюнопалінням (особливо чоловіків) та алкоголізацією, яке пов'язане з особливостями захворювання і практично не реагує на просвітницькі суспільні заходи.*

Ключові слова: *шизофренія, соціально-медичні особливості, гендерний фактор.*

Вступ

Питання соціалізації та соціальної адаптації хворих на шизофренію є одними з найважливіших у психіатричній науці та практиці. У контексті сучасних концепцій надання психіатричної допомоги передбачається зміщення основного акценту з просвітницьких заходів у бік забезпечення адекватного соціального функціонування та належної якості життя психічно хворих і перехід від госпітальних до позалікарняних умов природного соціального середовища [Гурович и др., 2004; Данилов, Морозова, 2010; Вишнева и др., 2012]. У зв'язку з цим набувають особливої актуальності питання дослідження соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію. Захворювання на шизофренію, яке супроводжується вираженою та соціальною дезадаптацією, потребує особливої уваги до питань та відновлення нормального соціального функціонування хворих, що є визначальним фактором формування глибоких і тривалих ремісій та має особливе значення для глобальної терапевтичної перспективи [Kerwin, Bolonna, 2005; Pharoah et al., 2006].

Слід зауважити, що сьогодні повноцінній соціалізації хворих на шизофренію заважають як психічні прояви захворювання (маячня, галюцинації, емоційна відгородженість, аутизм, апатичні розлади тощо), так і стигматизація у суспільстві [Проценко, 2008; Carter, 2000]. У цьому зв'язку дослідження соціально-медичних характеристик хворих на шизофренію набуває надзвичайно важливого значення для формування адекватного уяв-

лення про реальний стан інтеграції хворих у суспільство і розробки науково обґрунтованих заходів з соціальної адаптації осіб, які страждають на шизофренію, включаючи розробку суспільно-орієнтованих та просвітницьких програм.

Очевидно також, що у соціальній адаптації та соціалізації хворих існують певні особливості, зумовлені гендерним фактором, пов'язані як із соціокультурними феноменами статевої диференціації, так і з гендерними особливостями перебігу шизофренічного процесу [Соколов, 2011; Лепилкіна, 2012]. До сьогодні ці особливості досліджені неповною мірою, зокрема, недостатньо вивчено важливі аспекти соціального функціонування та способу життя хворих з урахуванням фундаментальних соціальних, економічних та культурних трансформацій, яких зазнало українське суспільство останніми десятиріччями.

Метою цього дослідження було вивчення основних характеристик соціального стану і функціонування, а також способу життя чоловіків та жінок, хворих на шизофренію.

Матеріали та методи

Нами було проведено соціально-медичне обстеження 420 хворих на шизофренію (210 чоловіків та 210 жінок), які перебували на стаціонарному лікуванні в різних відділеннях Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Ющенка протягом 2007-

2013 років, і яким було встановлено діагноз шизофренія параноїдна форма відповідно до критеріїв МКХ-10. Середній вік обстежених чоловіків склав $43,9 \pm 9,6$ років, жінок $44,7 \pm 13,2$ років.

Обстеження включало клінічну бесіду, яка проводилася методом клінічного інтерв'ю та аналіз медичної документації (історії хвороби, амбулаторні карти, виписки). Також, з урахуванням схильності хворих на шизофренію до дисимуляції, в разі необхідності проводилося опитування родичів та медичного персоналу з метою верифікації та об'єктивізації даних.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою непараметричних методів (точний критерій Фішера, критерій χ^2 Пірсона, рангова кореляція Спірмена).

Результати. Обговорення

Обстежений контингент представлений хворими на шизофренію з тривалим перебігом: середній стаж захворювання у чоловіків складає $20,7 \pm 7,8$ років, у жінок - $18 \pm 9,9$ років. Тому закономірним є високий рівень інвалідності серед них: I групу інвалідності мають 5,2% чоловіків, II групу - 81,0% та 81,9% відповідно, III групу - 3,3% і 3,8% відповідно; інвалідність, не пов'язану з психічним захворюванням - по 1,0%, група інвалідності не встановлена у 9,5% і 9,0% відповідно.

При аналізі місцевості проживання хворих на шизофренію в цілому було виявлено, що серед них переважають мешканці міст - 52,6% обстежених проти 47,4%. При цьому співвідношення міських та сільських жителів серед чоловіків і жінок є різним. Так, якщо серед чоловіків переважають мешканці міст (58,6%), то серед жінок виявляється зворотна картина: більшість хворих складають сільські жителі (53,3%). Виявлені розбіжності є статистично значущими ($p < 0,05$).

Проживання у міській місцевості значуще ($p < 0,05$) корелює з поступовим початком захворювання загалом та у жінок ($r_s = 0,144$ та $r_s = 0,199$ відповідно) і наявністю у дебюті захворювання маячних ідей ($r_s = 0,195$, чоловіки), а проживання у сільській місцевості - з наявністю у дебюті безглуздої поведінки ($r_s = 0,116$, весь контингент обстежених). На наш погляд, ці особливості слід пояснювати не впливом об'єктивних соціальних факторів, що залежать від місцевості проживання, а суттєво меншою доступністю психіатричної допомоги у сільській місцевості, обмеженістю мікросоціального оточення сільських жителів та більшою толерантністю його до проявів психічного захворювання. В цілому проживання у сільській місцевості також позитивно корелює із зловживанням: алкоголю ($r_s = 0,116$) та тютюнопаління ($r_s = 0,100$); при аналізі в розрізі гендерного фактору ці залежності не зберігаються.

Аналіз соціального стану хворих на шизофренію свідчить про вкрай низький рівень їх соціалізації: серед обстежених лише 2,8% робочих, 1,4% службовців, 1,0% підприємців, 0,7% студентів, 6,0% хворих є безробітними (за відсутності права на пенсію по інвалід-

ності), абсолютна ж більшість (88,1%) є непрацюючими отримувачами пенсії по інвалідності або за віком. Хоча серед чоловіків пенсіонерів дещо менше (86,2% проти 90,0%), а представників інших соціальних груп дещо більше, ці гендерні розбіжності не є значущими ($p > 0,05$). Дані щодо соціального стану хворих на шизофренію тісно пов'язані зі станом інвалідності хворих. Так, серед хворих, яким встановлено інвалідність, лише 3,4% є соціально активними (працюючими або студентами); при цьому серед чоловіків таких вдвічі більше, ніж серед жінок (5,3% проти 2,6%, $p < 0,05$).

Важливою характеристикою соціального статусу індивіда є його освітній рівень. Освітній рівень визначає загальні перспективи соціального статусу і є вирішальним фактором у реалізації трудового потенціалу. В цілому освітній рівень хворих на шизофренію є невисоким. Лише 14,0% обстежених мають повну вищу освіту (рівень спеціаліста і магістра), ще 7,1% навчалися у вищих навчальних закладах, але не змогли їх закінчити, 15,5% мають середню спеціальну освіту. Високою серед хворих на шизофренію є питома вага осіб з професійно-технічною освітою (37,4%), а також осіб, які припинили навчання після закінчення середньої школи (20,7%). Слід також зауважити, що 5,3% хворих не змогли завершити курс середньої школи. При цьому виявлено значущі розбіжності в освітніх характеристиках чоловіків і жінок, хворих на шизофренію: чоловіки в цілому мають вищий освітній рівень, ніж жінки. Так, повну вищу освіту здобули 18,6% чоловіків та 9,5% жінок; також майже вдвічі більше чоловіків мають незакінчену повну вищу освіту (9,5% проти 4,8%). Осіб з середньою спеціальною (технікум, коледж, сучасний інститут) та професійно-технічною освітою (ПТУ, професійно-технічний ліцей) серед чоловіків та жінок приблизно порівну (15,2% і 15,7% та 40,0% 34,8% відповідно). Натомість, серед жінок значуще більше осіб, які припинили освіту після закінчення середньої школи (28,6% проти 12,9% у чоловіків) та таких, які не змогли завершити курс середньої школи (6,6% проти 3,8% відповідно).

Водночас, гендерні особливості соціального та економічного статусу хворих на шизофренію мають більш складний характер, про що свідчать дані аналізу трудової діяльності та трудового анамнезу. Так, в цілому майже кожен п'ятий хворий (18,8%) ніколи в житті не працював; при цьому серед чоловіків таких осіб у 1,5 рази більше, ніж серед жінок (22,9% проти 14,8%, розбіжності значущі: $p < 0,05$).

При цьому, на момент обстеження працювали 7,6% чоловіків проти 2,9% жінок, за спеціальністю - 3,3% чоловіків і 1,0% жінок, не за спеціальністю - 4,3% чоловіків та 1,9% жінок. Виявлені розбіжності є статистично значущими ($p < 0,05$). Таким чином, чоловікам притаманний більш обтяжений трудовий анамнез; однак, по мірі розвитку захворювання трудова реалізація жінок суттєво погіршується, і за наявності значного стажу захворювання (як у дослідженій популяції) значно

поступається чоловікам.

Особливості трудової діяльності закономірно виявляють кореляції з тривалістю захворювання: кореляційний зв'язок зворотний, коефіцієнт рангової кореляції $r_s = -0,197$ (зі збільшенням тривалості захворювання трудовий прогноз погіршується). Водночас, цікаво, що соціальний та економічний стан (за винятком освітнього рівня) не виявляє значущих кореляцій з місцевістю проживання. Зокрема, нами були виявлені значущі ($p < 0,05$) кореляції між місцевістю проживання та освітнім рівнем в цілому в обстеженого контингенту (коефіцієнт рангової кореляції $r_s = 0,157$, освітній рівень позитивно корелює з проживанням у місті), та у жінок (коефіцієнт рангової кореляції $r_s = 0,145$, освітній рівень також позитивно корелює з проживанням у місті), що є загальною тенденцією і відображає освітню міграцію до міст; щодо чоловіків, то у них значущих кореляцій виявити не вдалося, що пов'язано з більш раннім початком захворювання, який унеможлиблює здобуття освіти. Інші ж характеристики (соціальний стан, трудовий анамнез та трудова діяльність) не виявляють значущих кореляцій з місцевістю проживання. Очевидно, що вирішальну роль у цьому грає не потенційна доступність роботи, яка більше у містах, а рівень шизофренічного дефекту, що в принципі унеможлиблює працевлаштування хворих; останній не залежить від місця проживання і є практично однаковим у сільських та міських жителів.

На наш погляд, виявлені закономірності щодо різного ступеню соціальної адаптованості чоловіків, хворих на шизофренію, порівняно з жінками слід розглядати у контексті загальних соціальних та культурних особливостей, притаманних сучасному українському суспільству. Зокрема, за рівних умов чоловіки мають потенційно більші можливості для працевлаштування як внаслідок більш широкого спектру доступних робіт і більш вигідного для роботодавців соціального та економічного статусу (відсутність ризиків непрацевдатності внаслідок пологів і догляду за дитиною), так і внаслідок суттєвих розбіжностей у освітньому рівні. Водночас, очевидно, що принципову роль у соціальній адаптації загалом і у гендерному її аспекті відіграє ступінь шизофренічного дефекту і пов'язані з цим зміни у психічному стані та якості життя, що буде детально розглянуто нижче.

Надзвичайно важливою соціальною характеристикою індивіда є особливості мікросоціального оточення. Особливої актуальності ці фактори набувають саме для хворих на шизофренію, оскільки значною мірою визначають ступінь соціальної адаптації, стійкість та тривалість ремісій. Можливості інтеграції хворого у мікросоціальне середовище тісно пов'язані з особливостями перебігу шизофренії, зокрема, з віком дебюту, ступенем шизофренічного дефекту. Виявлені нами при аналізі мікросоціального оточення хворих особливості підтверджують ці закономірності.

Переважає більшість хворих на шизофренію не мають повноцінної сім'ї: лише 23,0% їх є одруженими. Ще

29,3% хворих (27,1% чоловіків та 31,4% жінок) мали сім'ю, однак, на момент обстеження є розлученими. Серед обстежених хворих 2,9% є вдовами (вдівцями), при цьому жінок вдвічі більше, ніж чоловіків (0,5% проти 5,2% відповідно). Особливості більш раннього дебюту захворювання накладають відбиток на розбіжності у сімейному стані: 50,0% чоловіків і 39,5% жінок (в цілому 44,8% хворих) ніколи не були одружені. Виявлені розбіжності мають статистично значущий характер ($p < 0,01$).

З особливостями сімейного стану тісно пов'язані наявність дітей і особливості мікросоціального оточення хворих. Більше половини (52,2%) хворих на шизофренію є бездітними, при цьому чоловіків серед них суттєво більше, ніж жінок (61,3% проти 42,8%). Одну дитину мають 26,4% хворих (22,9% чоловіків та 30,0% жінок), двох дітей - 15,7% хворих (12,9% чоловіків та 18,6% жінок), трьох та більше дітей - 5,7% хворих (2,9% чоловіків та 8,6% жінок). Виявлені розбіжності мають статистично значущий характер ($p < 0,01$).

Більшість хворих на шизофренію проживають з батьками (47,9%), чоловіки значно частіше, ніж жінки (57,6% проти 38,1%), суттєво менше - з подружжям (в цілому 21,2%, чоловіків 18,6%, жінок 23,8%). Цікаво, що якщо всі одружені жінки проживають з чоловіком, то значна частина одружених чоловіків (17% від загальної кількості одружених) фактично не проживає з подружжям, тобто шлюб в цих випадках має формальний характер. З дітьми чоловіки, хворі на шизофренію, проживають вкрай рідко (1%), тоді як жінки - у 12,9% (в цілому 6,9%), з іншими родичами - відповідно 5,7% та 11,0% (в цілому 8,3%), з іншими особами - відповідно 1,4% та 1,9% (1,7%), в інтернатному закладі - відповідно 1,4% та 2,9%. На самоті проживають 11,9% хворих на шизофренію (14,3% чоловіків та 9,4% жінок). Виявлені розбіжності мають статистично значущий характер ($p < 0,01$).

Особливості сімейного стану та мікросоціального оточення хворих закономірно виявляють кореляції з віком початку захворювання: пізні дебюти позитивно корелюють з більшою мікросоціальною адаптованістю і більшою кількістю дітей (коефіцієнт рангової кореляції $r_s = 0,307$ в цілому, $r_s = 0,316$ у чоловіків, $r_s = 0,214$ у жінок).

Важливим індикатором соціального функціонування індивіда є спосіб життя. Хворим на шизофренію в силу глибоких особистісних змін, спричинених захворюванням, притаманні несприятливі варіанти способу життя (зниження уваги до власного здоров'я, нехтування правилами догляду за собою тощо), що також утруднює їх соціальну адаптацію. Враховуючи це, нами було досліджено такі важливі аспекти способу життя, як поширеність тютюнової та алкогольної залежності, а також особливості харчування хворих на шизофренію.

Високий рівень тютюнової залежності хворих на шизофренію був показаний в ряді досліджень. Автори деяких досліджень вважають, що тютюнопаління допомагає хворим зменшити напруженість, відволіктися від галюцинацій та розслабитися. У нашому дослід-

женні було не лише проаналізовано поширеність тютюнопаління серед чоловіків і жінок, хворих на шизофренію, а й простежено зв'язок тютюнопаління з соціальними та клінічними факторами. При цьому було встановлено високий рівень поширеності тютюнопаління серед хворих: в цілому 50,9% (до 10 сигарет на добу - 20,2%, від 10 до 20 сигарет на добу - 24,0%, понад 20 сигарет на добу - 6,7%), серед чоловіків - 73,8% (до 10 сигарет на добу - 31,0%, від 10 до 20 сигарет на добу - 32,4%, понад 20 сигарет на добу - 10,4%), серед жінок - 28,1% (до 10 сигарет на добу - 9,5%, від 10 до 20 сигарет на добу - 15,7%, понад 20 сигарет на добу - 2,9%).

Таким чином, рівень поширеності тютюнопаління серед хворих на шизофренію за нашими даними приблизно співпадає з даними більшості інших досліджень, проведених у попередні роки. Однак, при цьому слід зауважити, що протягом останніх років в Україні завдяки активним законодавчим та просвітницьким заходам спостерігається стрімке зниження споживання тютюну в популяції: поширеність тютюнопаління знизилася з 62,3% у 2005 році до 46,0% у 2011 році серед чоловіків та з 16,7% у 2005 році до 6,0% у 2011 році серед жінок (в цілому з 37,4% до 24,0% відповідно).

Враховуючи ці дані, можна стверджувати, що рівень тютюнопаління серед хворих на шизофренію незначно пов'язаний із рівнем споживання тютюну в популяції, і слабо реагує на законодавчі та просвітницькі заходи. Очевидно, що вирішальну роль у формуванні тютюнової залежності у хворих на шизофренію грають особливості проявів захворювання. Це підтверджується виявленими нами кореляційними зв'язками інтенсивності тютюнопаління з рядом факторів. Так, значущий кореляційний зв'язок ($p < 0,05$ і менше) виявлений для тютюнопаління і вживання алкоголю (коефіцієнт рангової кореляції $r_s = 0,324$ в цілому, $r_s = 0,268$ у чоловіків, $r_s = 0,435$ у жінок), при цьому більша інтенсивність паління і зловживання алкоголем корелює з проживанням у сільській місцевості ($r_s = 0,120$ та $r_s = 0,116$ відповідно). Тютюнопаління також виявляє кореляції з віком дебюту шизофренії (чим раніше починається захворювання, тим більшою є ураження тютюнопаління, $r_s = 0,156$) та поступовим початком захворювання ($r_s = 0,118$). Очевидно, це пов'язане із здатністю тютюнопаління певною мірою пом'якшувати психічну напругу і допомагати хворому адаптуватися до неприємних змін психіки.

Щодо ураження алкоголізацією хворих на шизофренію, то тут виявлено більш складні залежності. Алко-

голь може справляти різний вплив на стан хворих на шизофренію: як пом'якшувати рівень напруги та тривожності, так і провокувати загострення продуктивної симптоматики, погіршуючи психічний стан. Тому значна частина хворих, у яких він викликає неприємні відчуття, уникає вживання алкогольних напоїв: 87,4% обстежених пацієнтів не вживають алкоголь (81,4% чоловіків та 93,3% жінок), епізодично вживають спиртні напої 10,5% хворих (16,7% чоловіків та 4,3%). Серед тих, хто вживає алкоголь постійно (2,1% обстежених), виявилося дещо більше жінок (на 1 особу: 2,4% проти 1,9%), що може бути пов'язаним з більшою емоційною напруженістю та вищим рівнем тривожності у жінок, хворих на шизофренію.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Хворим на шизофренію притаманні певні особливості та гендерні розбіжності у соціально-медичних характеристиках: переважання серед чоловіків мешканців міст, а серед жінок - сільського населення, вкрай низький рівень соціалізації та залучення до трудової діяльності, що тісно пов'язане з високим рівнем інвалідності, невисокий освітній рівень (особливо у жінок), складний характер зв'язків освітнього рівня з трудовою діяльністю (кращий трудовий анамнез і погіршення трудової реалізації жінок по мірі розвитку захворювання у порівнянні з чоловіками).

2. Соціальний та економічний стан хворих на шизофренію (за винятком освітнього рівня) не виявляє значущих залежностей від об'єктивних соціально-економічних умов і визначається рівнем шизофренічного дефекту.

3. Хворі на шизофренію погано адаптуються в суспільстві, серед них високою є питома вага неодружених та самотніх.

4. Мікросоціальна адаптація чоловіків є суттєво гіршою у порівнянні з жінками. 5. Хворим на шизофренію притаманний патологічний спосіб життя з надзвичайно високою ураженістю тютюнопалінням (особливо чоловіків), яке пов'язане з особливостями захворювання і практично не реагує на просвітницькі суспільні заходи, та алкоголізацією.

На основі отриманих даних буде розроблена інтегративна модель, направлена на реабілітацію хворих на шизофренію, та продовжено дослідження, направлене на вивчення ефективності даної системи.

Список літератури

Вишнева О. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / О. А. Вишнева, А. Н. Гвоздецкий, Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - № 4 (20). - С. 30 - 36.
Гурович И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление

в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. - 2004. - №1 (14). С. 81 - 86.
Данилов Д. С. Оптимизация лечебного процесса у больных шизофренией, резистентных к антипсихотической терапии / Д. С. Данилов, В. Д. Морозова // Российский психиатрический

журнал. - 2010. - № 4 - С. 75 - 83.
Лепилкина Т. А. Влияние фактора пола на выраженность когнитивных нарушений и связи когнитивного функционирования с психопатологическими проявлениями у больных параноидной шизофренией / Т. А. Лепилкина, М. А. Морозова // Психологические исследования. - 2012. -

- № 5. - С. 5.
Прощенко И. В. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении (клинико-социальные, патохимические и терапевтические аспекты) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.01.16 / И. В. Прощенко. - ФГУ "Московский НИИ психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", М., 2008. - 20 с.
Соколов Р. Е. Роль пола в формировании манифестных шизофренических психозов у подростков / Р. Е. Соколов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2011. - № 5. - С. 9 - 15.
Carter R. Helping Someone with Mental Illness / R. Carter, S. K. Golant. - N.Y. : Times Books, 2000. - 338 p.
Kerwin R. W. Management of clozapineresistant schizophrenia / R. W. Kerwin and A. Bolonna // Advances in Psychiatric Treatment. - 2005. - Vol. 11. - P. 101 - 106.
Family intervention for schizophrenia / F. Pharoah, J. Mari, J. Rathbone [et al.] / Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2006. - № 4. - P. 88 - 102.

Буздыган Е.Г.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Резюме. С целью изучения социально-медицинских особенностей мужчин и женщин, больных шизофренией, был проведен опрос и исследование медицинской документации 210 мужчин и 210 женщин, больных шизофренией. В результате были выявлены гендерные различия в социально-медицинских характеристиках: преобладание среди мужчин горожан, а среди женщин - сельского населения, крайне низкий уровень социализации и вовлечения в трудовую деятельность, тесно связанные с высоким уровнем инвалидизации, невысокий образовательный уровень (особенно у женщин), лучший трудовой анамнез и ухудшение трудовой реализации женщин по мере развития заболевания по сравнению с мужчинами, существенно худшую микросоциальную адаптацию мужчин по сравнению с женщинами. Выявлено, что социоэкономический статус больных шизофренией (за исключением образовательного уровня) не выявляет значимых зависимостей от объективных социально-экономических условий и определяется уровнем шизофренического дефекта. Установлено, что больным шизофренией присущ патологический образ жизни с высокой распространенностью табакокурения (особенно у мужчин), которое связано с особенностями заболевания и практически не реагирует на рестриктивные и просветительские общественные мероприятия, и алкоголизацией.

Ключевые слова: шизофрения, социально-медицинские особенности, гендерный фактор.

Buzdygan O.G.

SOCIO-MEDICAL FEATURES OF MEN AND WOMEN, PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Summary. In order to study the social and medical characteristics of men and women with schizophrenia, conducted a survey and study of medical records of 210 men and 210 women with schizophrenia. As a result, gender differences were found in the social and health characteristics: prevalence among men inhabitants of the cities, and among women - rural, extremely poor socialization and involvement in work is closely associated with high disabling, low educational level (especially in women), better labor history and worsening labor realization of women to the extent of the disease compared with men significantly worse microsocial adaptation in men compared to women. We found that the socioeconomic status of patients with schizophrenia (except educational level) shows no significant dependence on the objective socio-economic conditions and is derived from the schizophrenic defect. It was established that patients with schizophrenia exposed to abnormal lifestyle extremely high prevalence of smoking (especially men), which is associated with features of the disease and almost no reaction to restrictive social and educational activities, and alcoholism.

Key words: schizophrenia, social and medical characteristics, the gender factor.

Стаття надійшла до редакції 17.06.2014 р.

Буздыган Елена Григорьевна - пошукач кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, лікар психіатр, ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка; +38 097 886-14-04; cherna4uk@yandex.ua

© Сікало Ю.К.

УДК: 616.89:616.72-002.77:616.892:616.891

Сікало Ю.К.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Резюме. З метою вивчення особливостей анамнезу, соціально-медичних чинників та способу життя хворих на РА нами було обстежено та проанкетовано 146 пацієнтів та 71 здорова особа контрольної групи. Встановлено тенденцію до "помолодшання" захворюваності на РА з ураженням переважно осіб молодого працездатного віку. Показано наявність проблем із раннім виявленням хворих на РА та вчасним призначенням ефективної хворобомодифікуючої терапії. Дослідження дозволило виявити у хворих ознаки соціальної та психологічної дезадаптації, зокрема, нижчий рівень якості життя, знижену працездатність та соціальний статус, порушені міжособистісні відносини у мікросоціальному середовищі та занижену самооцінку. З наведених вище даних очевидно, що РА суттєво погіршує якість життя індивіда та має серйозні соціальні наслідки, потребує розширення лікувальних заходів з первинної профілактики із залученням методів соціально-медичного обстеження. Тому захворювання на РА слід розглядати не лише як суто медичну, але й як важливу соціальну проблему.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, анамнез, соціально-медична характеристика, спосіб життя.