

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Юлия Андреевна Луговцова

Амурская государственная медицинская академия, кафедра нервных болезней с курсом нейрохирургии,
675000, г. Благовещенск, ул. Горького, д. 95, e-mail: juli_neuro@mail.ru

Реферат. Изучено влияние некоторых социальных факторов, медико-социального состояния семей на качество жизни 45 больных – инвалидов с установленным диагнозом рассеянного склероза. Отмечено влияние на показатели качества жизни, особенно психологической составляющей, социальных факторов, таких как трудовая занятость, материальный достаток, семейное положение, медико-социальный профиль семьи больного рассеянным склерозом.

Ключевые слова: рассеянный склероз, социальные факторы, качество жизни, медико-социальное состояние семьи больного.

SOCIAL FACTORS AND LIFE QUALITY OF PATIENTS
WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Julia A. Lugovtsova

Amur State Medical Academy, Department of Nervous Diseases
with a course of Neurosurgery, 675000, Blagoveshchensk,
Gorky Street, 95. E-mail: juli_neuro@mail.ru

The influence of some social factors and medical- social status of families on quality of life of 45 patients - people with an established diagnosis of multiple sclerosis -has been studied. The effect of the quality of life, especially the psychological component, is made by social factors such as employment, material wealth, marital status, medical and social profile of the family of the patient with multiple sclerosis.

Key words: multiple sclerosis, social factors, quality of life, social health status of the patient's family.

В последние десятилетия, наряду с традиционными оценками качества лечения, стали изучать такое понятие, как качество жизни (КЖ), которое позволяет оценить и качественно охарактеризовать интеграцию больных в общество. КЖ – многомерное понятие, показывающее, каким образом физическое, эмоциональное и социальное состояние пациента изменяется под влиянием заболевания или особенностей его лечения [5, 7, 8]. Концепция исследования КЖ в неврологии, разработанная экспертами Межнационального центра исследования качества жизни в 2000 г., открывает принципиально новые возможности как для научных исследований, так и для клинической практики [9, 10]. Оценка КЖ

у пациентов с рассеянным склерозом (РС) становится все более важным элементом клинических исследований, поскольку со снижением КЖ увеличиваются затраты на медицинскую и социальную помощь больным [3, 4].

Общепризнанно, что ранняя инвалидизация в трудоспособном возрасте часто обусловлена не только неврологическим дефицитом, но и трудностями социальной и психологической адаптации [1, 2].

Целью настоящей работы было изучение влияния некоторых социальных факторов на КЖ больных с установленным диагнозом РС.

Нами исследовалось влияние трудовой занятости, материального достатка, семейного положения, медико-социального профиля семьи больного РС на показатели КЖ. Для уточнения влияния социальных факторов на КЖ было обследовано 45 больных (11 мужчин и 34 женщины) с одинаковой степенью утраты трудоспособности, а именно со II группой инвалидности (стойкой нетрудоспособностью), установленной специалистами бюро медико-социальной экспертизы. Клинический аспект заболевания – анатомический дефект, функциональные нарушения у этих больных имели одинаковую для всех степень нарушения функции и не влияли на комплексную оценку КЖ. У 13 больных наблюдалось ремиттирующее, у 27 – вторично-прогрессирующее и у 5 – первично-прогрессирующее варианты течения РС. Средний возраст больных составлял $42,95 \pm 11,03$ года, скорость прогрессирования – $0,55 \pm 0,29$ балл/год, длительность болезни – $13,7 \pm 10,15$ года, степень функциональной недостаточности по шкале EDSS – $4,38 \pm 1,07$.

Исследование медико-социального профиля семьи больных РС проводилось по классификации, разработанной в Красноярском государственном медицинском университете, которая

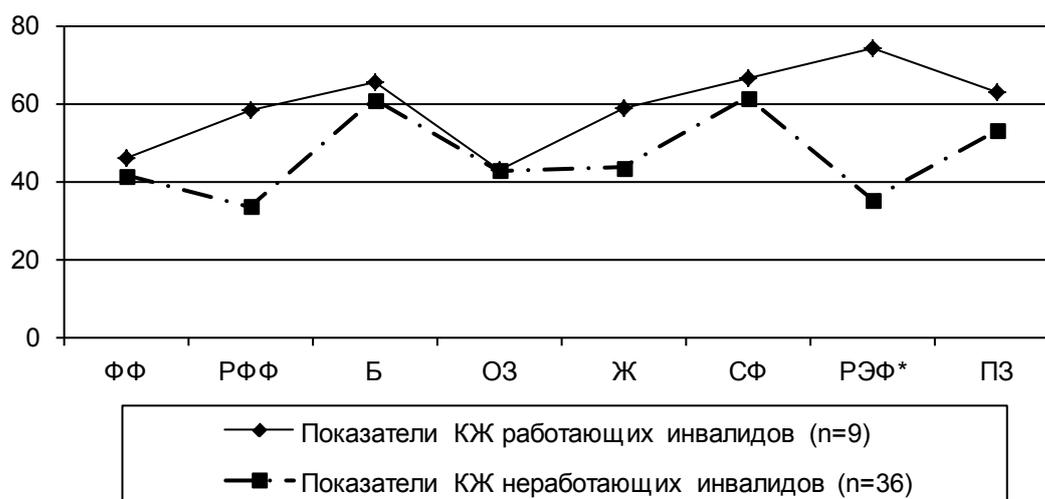


Рис. 1. Показатели КЖ у пациентов в зависимости от участия в труде.

Условные обозначения: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психологическое здоровье.

* $p=0,01$. То же на рис. 4.

Таблица 1

Суммарные показатели КЖ работающих и неработающих пациентов

Показатели	Показатели КЖ работающих инвалидов (n=9)	Показатели КЖ неработающих инвалидов (n=36)	p
Общий	475,51±29,49	371,78±28,27	0,000878
Физический компонент	212,77±28,79	178,62±28,71	0,099228
Психологический компонент	262,74±29,24	193,15±27,82	0,001703

включала два раздела – типизацию семей по медицинскому и социальному состоянию [11]. КЖ изучалось с помощью русскоязычной версии общего опросника оценки КЖ – MOS SF-36 (Short-Form Health Survey), разработанного в Центре изучения медицинских результатов США в 1992 г. [10]. Полученные данные были статистически обработаны с помощью программ Statistica 6.0 for Windows XP, Microsoft Excel 2003. Статистическая значимость различий определялась при $p < 0,05$. Для каждого анализируемого количественного показателя вычислялись значения среднего по совокупности μ и стандартного квадратного отклонения σ в виде $\mu \pm \sigma$. Для оценки различий изучаемых средних показателей независимых групп использовали непараметрический критерий Манна–Уитни. Результаты исследований КЖ работающих инвалидов в сравнении с неработающими показали, что по многим шкалам параметры у первых были выше, особенно по шкалам «Ролевое физическое функционирование», «Жизнедеятельность», «Ролевое эмоциональное функционирование» (рис. 1).

При оценке суммарных показателей компонентов КЖ данные у неработающих были почти в 1,5 раза ниже, чем у работающих инвалидов, особенно психологической составляющей (табл. 1). Это свидетельствует о том, что трудовая деятельность, являясь важнейшим видом социальной активности, определяет круг общения, социальный статус, уровень благосостояния семьи и положительно влияет на психологический аспект жизнедеятельности. Также были проанализированы показатели КЖ инвалидов с различным материальным достатком. Уровень обеспеченности семьи был определен исходя из прожиточного минимума на каждого члена семьи, определяемого на первое полугодие 2014 г. в Амурской области. Полученные данные показали отсутствие статистической значимости различий между средними значениями шкал в группах (рис. 2), хотя у больных с высоким доходом наблюдалась тенденция к увеличению психологического компонента КЖ.

Психологический компонент КЖ больных из полных семей был выше, чем у больных, находящихся в разводе, вдовствующих, а также никогда

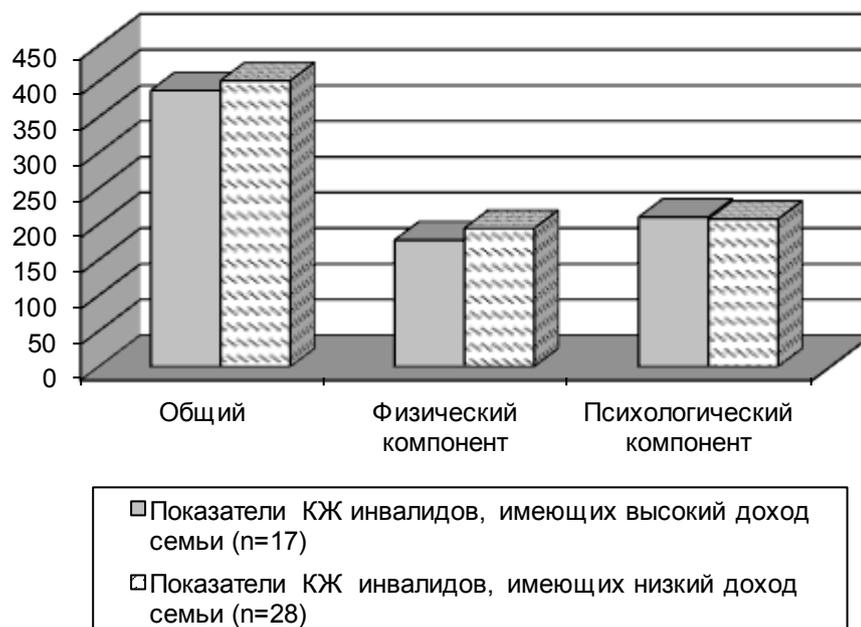


Рис. 2. Суммарные показатели КЖ у пациентов с различным материальным достатком.

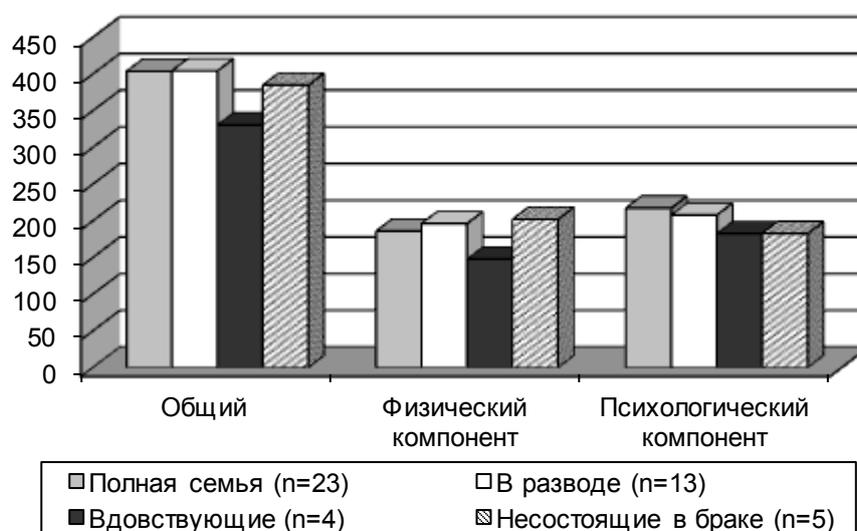


Рис. 3. Суммарные показатели КЖ у пациентов в зависимости от семейного положения.

не состоявших в браке. Общий и физический компоненты КЖ практически у всех больных независимо от семейного положения были практически одинаковы, хотя вдовствующие больные оценивали КЖ ниже по сравнению с больными из других групп (рис. 3).

На следующем этапе мы попарно сравнивали между собой суммарные показатели компонентов КЖ у больных РС из семей неблагоприятных по состоянию здоровья и получили статистически достоверную разницу по всем параметрам (табл. 2). Затем мы провели анализ показате-

телей КЖ больных в зависимости от социального состояния семьи (рис. 4). У пациентов из семей, социально неблагополучных, они оказались значительно ниже, чем у больных из благополучных семей, хотя по шкалам опросника разница была статистически недостоверной. Предполагаем, что при увеличении выборки больных из социально благополучных семей результаты получились бы нагляднее. Однако при анализе суммарных показателей физического и психологического здоровья была выявлена отчетливая разница в показателях – значительное достоверное их снижение у паци-

Таблица 2

Суммарные показатели КЖ больных РС в зависимости от медицинского состояния семьи

Показатели	Показатели КЖ больных из семей, неблагоприятных по состоянию здоровья			P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
	I степень (n=11)	II степень (n=24)	III степень (n=10)			
Общий	521,5±26,91	384,71±28,62	236,1±25,07	0,001	0,001	0,001
Физический компонент	247,8±28,64	174,55±28,74	99,21±24,97	0,001	0,001	0,001
Психологический компонент	273,7±24,88	210,16±27,89	136,89±24,41	0,001	0,001	0,001

P₁₋₂ – достоверность различий между показателями КЖ больных из семей, неблагоприятных по состоянию здоровья I и II степени; P₁₋₃ – между показателями КЖ больных из семей, неблагоприятных по состоянию здоровья I и III степени; P₂₋₃ – между показателями КЖ больных из семей, неблагоприятных по состоянию здоровья II и III степени.

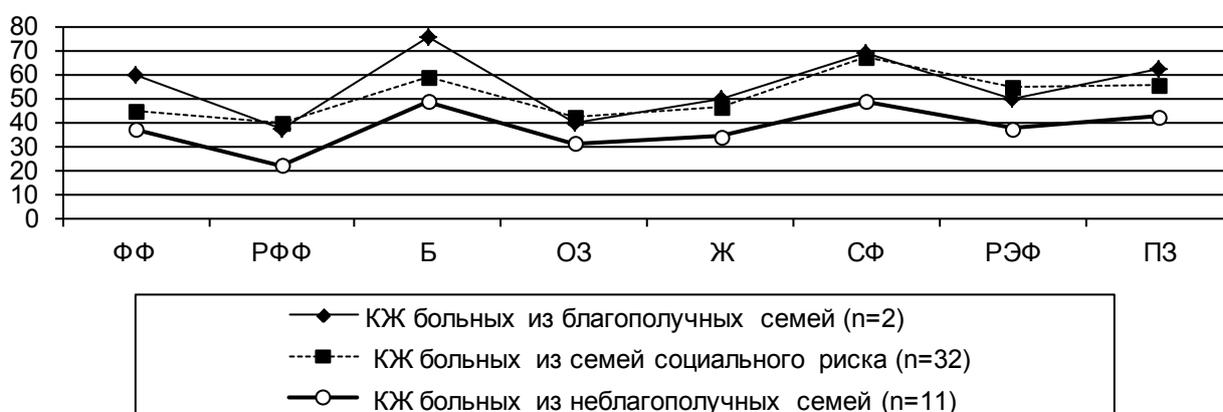


Рис. 4. Показатели КЖ пациентов в зависимости от социального состояния семьи.

Таблица 3

Суммарные показатели качества жизни пациентов в зависимости от социального состояния семьи

Показатели	КЖ больных из благополучных семей (n=2)	КЖ больных из семей социального риска (n=32)	КЖ больных из неблагополучных семей (n=11)	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
Общий	443,75±18,64	410,27±30,51	300,91±26,81	0,133	0,003	0,001
Физический компонент	213±22,49	186,18±31,49	138,42±26,76	0,245	0,033	0,005
Психологический компонент	230,75±15,09	224,09±28,71	162,48±26,76	0,233	0,043	0,001

P₁₋₂ – достоверность различий между показателями КЖ больных из благополучных семей и семей социального риска; P₁₋₃ – между показателями КЖ больных из благополучных и неблагополучных семей; P₂₋₃ – между показателями КЖ больных из неблагополучных и семей группы риска.

ентов из социально неблагополучных семей по сравнению с лицами из благополучных и семей социального риска (табл. 3). Аналогичных данных в доступной литературе нами не найдено.

Следовательно, КЖ больных РС меняется в зависимости от принадлежности к определенному медико-социальному состоянию их семей. По мере утяжеления медико-социального состояния семьи ухудшаются многие показатели ее жизни, что можно объяснить нарастающей инвалидизацией больного РС, требующей усилий по уходу за

ним и зачастую сопровождающейся ухудшением психологического климата.

Таким образом, наше исследование подтвердило влияние на показатели КЖ больных РС, социальных факторов, медико-социального состояния семьи, что необходимо учитывать при проведении не только медицинских реабилитационных, но и социальных мероприятий – это помощь в трудоустройстве, улучшение материально-бытовых условий, психологическая поддержка семьи больного РС и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов Я.В., Курапов М.А., Чураков М.В. Роль пациентских общественных организаций в повышении качества оказания медицинской и социальной помощи населению (на примере Общероссийской общественной организации инвалидов - больных рассеянным склерозом) // Вестник Росздравнадзора. 2011. №5. С. 70–77.
2. Власов Я.В., Тореева Е.К. Некоторые проблемы оценки качества оказания медицинской помощи больным рассеянным склерозом // Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. 2009. №7, Вып. 2. С. 148–153.
3. Григорьева В.Н., Белова А.Н., Густов А.В. Методология оценки эффективности реабилитации неврологических больных // Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. 1997. № 12. С. 95–99.
4. Гришина Л.П. Анализ инвалидности в Российской Федерации за 1970 – 1999 гг. и ее прогноз до 2015 г. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2001. № 2. С. 27–31.
5. Маликов Н.С. К вопросу о содержании понятия КЖ // Уровень жизни населения России. 2002. №2. С. 17–23.
6. Малкова Н.А., Рябухина О.В., Бабенко Л.А. и др. Качество жизни и рассеянный склероз // Нейроиммунология. 2005. Т. 3, № 2. С. 102–103.
7. Малкова Н.А., Рябухина О.В., Бабенко Л.А. и др. Связанное со здоровьем качество жизни больных рассеянным склерозом // Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. 2005. № 12. С. 31–37.
8. Нечаева С.М. Качество жизни инвалидов в контексте социальной политики: Автореф. дис. канд. социол. наук. Саратов, 2005. 20 с.
9. Новик А.А., Ионова Т.И. Концептуальные и методологические основы исследования качества жизни у больных рассеянным склерозом / Мат. X конф. "Нейроиммунология", СПб, 2001. С. 202–203.
10. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб: Изд. Дом «Нева». – М.: «ОЛМА-пресс Звездный мир», 2002. 320 с.
11. Новиков О.М., Капитонов В. Ф., Модестов А.А. Методика и классификация медико-социального состояния семьи. Сб. научно-исследовательских работ. Красноярск, 2002. С. 272–279.

REFERENCES

1. Vlasov Ya.V., Kurapov M. A., Churakov M.V. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2011. №5. pp. 70-77. (in Russian)
2. Vlasov Ya.V., Toreeva E.K. *Zhurn. nevrol. i psikh. im. S.S. Korsakova*. 2009. №7 (2). pp. 148–153. (in Russian)
3. Grigor'eva V.N., Belova A.N., Gustov A.V. *Zhurn. nevrol. i psikh. im. S.S. Korsakova*. 1997. № 12. pp. 95-99. (in Russian)
4. Grishina L.P. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2001. № 2. pp. 27-31. (in Russian)
5. Malikov NS. *Uroven' zhizni naseleniya Rossii*. 2002. №2. pp. 17-23. (in Russian)
6. Malkova N.A., Ryabukhina O.V., L.A. Babenko et al. *Neyroimmunologiya*. 2005. T. 3, № 2. pp. 102-103. (in Russian)
7. Malkova N.A., Ryabukhina O.V., Babenko L.A. et al. *Zhurn. nevrol. i psikh. im. S.S. Korsakova*. 2005. № 12. pp. 31–37. (in Russian)
8. Nechaeva S.M. *Extended abstract of PhD dissertation (Sotsiology)*. Saratov, 2005. 20 p. (in Russian)
9. Novik A.A., Ionova T.I. Kontseptual'nye i metodologicheskie osnovy issledovaniya kachestva zhizni u bol'nykh rasseyannym sklerozom. *Proceedings of the X Conference Neyroimmunologiya*, St. Peterburg, 2001. pp. 202–203. (in Russian)
10. Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine*. St. Peterburg: Izd. Dom «Neva», Moscow: «OLMA-press Zvezdnyy mir», 2002. 320 p. (in Russian)
11. Novikov O.M., Kapitonov V. F., Modestov A.A. In: *Sbornik nauchno-issledovatel'skikh rabot*. Krasnoyarsk, 2002. pp. 272–279. (in Russian)

Поступила 10.12.14.