

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Петров Д.С., 2012
УДК 613.954/96:317.7:367.1/3:57.013.3

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП

Д.С. Петров

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, г. Рязань

Рассмотрен вопрос качества жизни лиц с психическими расстройствами. Представлены результаты исследования качества жизни групп больных находящихся на стационарном лечении. Опрос проведен при помощи опросника ВОЗКЖ-100. Дана оценка и сравнительная характеристика показателей основных сфер и субсфер жизни респондентов. Показана практическая важность оценки показателей качества жизни больных разных нозологических категорий для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: *качество жизни, психические расстройства, реабилитация.*

Качество жизни и социальное функционирование в настоящее время считаются одними из важнейших составляющих оценки состояния психически больных. Показатели качества жизни используются для оценки особенностей психопатологической симптоматики, ее динамики, течения (тяжести) заболевания, а также при учете эффективности проводимой терапии. В целом данные характеристики отражают полноту и качество медицинской (специализированной) помощи и могут использоваться в организации здравоохранения для планирования работы кабинетов психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников в амбулаторной сети, а также для разработки и совершенствования лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях стационара [3,4,6].

Информация о качестве жизни может быть использована на уровне как отдельного пациента, так и группы больных. Благодаря использованию опросников для измерения качества жизни, врач, обсуждая результаты обследования с больным, лучше понимает, каким именно образом данное заболевание влияет на субъектив-

ное переживание пациентом своей жизни, ее отдельных сфер. Помимо этого, рутинное использование инструмента совершенствует сбор и фиксацию данных о пациентах в историях болезни, а также способствует обмену ценной информацией между профессионалами [1,2,5,7].

Материалы и методы

Методом обследования был выбран опросник «ВОЗКЖ -100» – многомерный инструмент, позволяющий получить как оценку качества жизни респондента в целом, так и частные оценки по отдельным сферам и субсферам его жизни.

Исследование пациентов с психическими расстройствами проводилось на базе Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Баженова, Тульской областной психиатрической больницы № 1 им. Н.П. Камнева, Липецкой областной психоневрологической больницы № 1.

Диагнозы обследованных больных представлены:

- органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (F06.0 – 07.8). Из исследования ис-

ключались дементные пациенты (F00-F04) и имеющие на момент обследования расстройства психотического регистра (с учётом того, что показатели качества жизни являются исключительно субъективными, а для получения достоверных результатов обязательным условием является возможность адекватно понимать поставленные вопросы);

- шизофренией и шизотипическими расстройствами (F 20–29) в стадии ремиссии. Обследуемые были разделены на группы с длительностью заболевания до пяти лет, от пяти до десяти лет и от десяти лет и более;

- расстройствами настроения (аффективными расстройствами) (F30 – 38);

- невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40–48). Все обследуемые пациенты находились на стационарном лечении.

Проведено анкетирование 577 пациентов: среди обследованных мужчин – 199 человек, женщин – 378.

Результаты и их обсуждение

При изучении качества жизни пациентов стационара по пятибалльной шкале средний показатель составил 2,8 – 3,3 балла. В целом неудовлетворительная оценка была получена в 42,3 % ответов в группе F4, 37,8 % в группе F3, 31,7 % – F0, в группе F2 – с достоверным нарастанием доли неудовлетворительных оценок (в соответствии с длительностью заболевания) 18,9 % ответов – до 5 лет, 31,4 % – 5-10 лет, 32,3 % – более 10 лет. Хорошую и отличную оценку качества своей жизни дали от 24,4 % до 45,7 % опрошенных в каждой группе.

Анализ результатов по основным сферам качества жизни (ВОЗЖ-100) выявил следующее:

1. «Физическая сфера». В группах пациентов с аффективными и невротическими расстройствами неудовлетворительная оценка «физической сферы» встречалась чаще, чем в других группах – 37,8 и 42,3 % соответственно ($P < 0,05$). Среди больных шизофренией отмечалось нарастание доли неудовлетворительных оценок в зависимости от длительности заболевания (9,8 – 15,5 %). В группе лиц с органическими заболе-

ваниями неудовлетворительные оценки встречались в 31,6 % ответов.

2. «Психическая сфера». В оценке «психической сферы», как и «физической», отмечается практически аналогичная картина – достоверно преобладают негативные оценки в группах F3 и F4, в группе F2 процент неудовлетворительных ответов нарастает в зависимости от длительности заболевания.

3. «Уровень независимости». В большинстве исследуемых групп «уровень независимости» (то есть возможность вести автономное существование, обеспечивать и обслуживать себя самостоятельно) оценивался удовлетворительно более чем в 70 % ответов. Однако среди пациентов с аффективными расстройствами заметно чаще (в 42,8 % ответов) встречалась неудовлетворительная оценка независимости. В группах больных шизофренией параллельно с нарастанием длительности заболевания выявляется постепенное увеличение доли неудовлетворительных оценок (от 4,9 до 18,2 %).

4. «Социальные взаимоотношения». В структуре оценок сферы «социальных взаимоотношений» у больных шизофренией отмечается постепенное смещение процента хороших и удовлетворительных ответов в сторону неудовлетворительных по мере увеличения продолжительности заболевания. В целом большинство опрошенных оценило свои социальные взаимоотношения как удовлетворительные и хорошие (73,3-89,2 %).

5. «Окружающая сфера». Состояние «окружающей сферы» (внешние – материальные и иные – условия жизни индивида) респондентами оценивалось в основном удовлетворительно – 46,4 – 58,6 % ответов. В сравнении с другими пациентами, в группе больных с аффективными расстройствами доля неудовлетворительных ответов была несколько больше 32,9 % (что может быть объяснено клинически: наличие остаточных симптомов депрессии), однако достоверных различий выявлено не было.

6. «Духовная сфера» – это сфера личных убеждений респондентов и то, как они влияют на качество их жизни. Они могут

помогать пациенту справляться с трудностями в своей жизни, структурируя его опыт, давая определенные ответы на духовные и личностные вопросы, а также, в более общем смысле, обеспечивая человеку некое чувство благополучия. Оценка «духовной сферы» достоверно изменяется по мере увеличения продолжительности заболевания, с нарастанием неудовлетворительных ответов в группе больных шизофренией с 3,8 до 15,5 %. В остальных группах больных неудовлетворенность данной сферой выявлена у ка-

ждого пятого пациента.

При более подробном рассмотрении полученных результатов особый интерес представляют оценки, данные пациентами отдельным субсферам своей жизни (табл.1). Они позволяют провести детальный анализ и выявить как основные области жизненно-неблагополучия, вызванного или усугубленного болезнью, так и наиболее сохраненные субсферы, которые способствуют повышению эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий.

Таблица 1

Средние оценки субсфер качества жизни пациентов (в баллах)

Оценка	F0	F2 (до 5 лет)	F2 (5 – 9 лет)	F2 (10 лет и более)	F3	F4
Физическая боль и дискомфорт	2,6	3,4	3,3	3,2	2,8	2,4
Жизненная активность, энергия и усталость	3,1	3,4	3,1	3,2	2,7	2,7
Сон и отдых	3,3	3,9	3,6	3,6	2,7	2,9
Положительные эмоции	2,9	3,2	2,9	3,1	2,7	2,7
Мышление, обучаемость, память и концентрация	3,2	3,5	3,3	3,3	3,0	3,1
Самооценка	3,2	3,5	3,2	3,3	3,0	2,9
Образ тела и внешность	3,5	3,7	3,4	3,5	3,2	3,2
Отрицательные эмоции	2,9	3,4	3,3	3,3	2,3	2,3
Подвижность	3,6	4,2	4,1	3,7	3,6	3,7
Способность выполнять повседневные дела	3,4	3,7	3,4	3,5	2,8	2,9
Зависимость от лекарств и лечения	3,1	3,5	3,5	2,9	2,6	2,7
Способность к работе	3,1	3,9	3,2	3,2	3,0	3,1
Личные отношения	3,4	3,7	3,6	3,5	3,2	3,4
Практическая социальная поддержка	3,2	3,7	3,3	3,3	3,3	3,6
Сексуальная активность	2,7	3,1	2,9	2,9	2,7	3,1
Физическая безопасность и защищенность	3,2	3,4	3,2	3,2	2,9	3,1
Окружающая среда дома	3,2	3,6	3,3	3,4	3,3	3,6
Финансовые ресурсы	2,7	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7
Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)	3,2	3,3	3,3	3,2	2,9	3,0
Возможности для приобретения новой информации и навыков	3,2	3,7	3,4	3,5	3,2	3,4
Возможности для отдыха и развлечений и их использование	3,1	3,5	3,3	3,3	2,7	2,9
Окружающая среда вокруг	3,4	3,6	3,6	3,5	3,2	3,3
Транспорт	3,3	3,5	3,4	3,5	3,1	3,6
Духовность, религия, личные убеждения	3,3	3,8	3,6	3,5	3,1	3,3

- полужирным шрифтом выделены наиболее «неблагоприятные» сферы

В целом уровень оценок субсфер жизни пациентов не превышал удовлетворительного. Наиболее низкую оценку респонденты дали субсфере «Финансовые ресурсы» – средний балл 2,7-2,8. Практически во

всех группах около половины пациентов оценили субсферу неудовлетворительно (от 43,1 % до 52,3 %). Оценку «удовлетворительно» поставила треть больных. Полученный результат прежде всего связан с

низким уровнем пенсии по инвалидности и высоким уровнем безработных среди обследуемых. Оценка своего финансового положения может создавать ощущение социальной уязвимости из-за отсутствия возможности подрабатывать и чувствовать себя материально независимыми.

Оценка «Работоспособности» в исследуемых группах F0, F3 и F4 практически не различалась: пациенты оценили ее неудовлетворительно в 32,2 – 36,6 % случаев. В свою очередь, в группах больных шизофренией и шизотипическими расстройствами доля неудовлетворительных оценок нарастала в зависимости от длительности заболевания и составила лишь 7,8 % среди пациентов с длительностью заболевания до 5 лет, 32,3 % – от 5 до 10 лет и 25,2 % более 10 лет (статистически достоверная разница между оценками первой и третьей группы $P < 0,01$). Полностью удовлетворенных «работоспособностью» было 29,4 %, 13,1 % и 9,7 % соответственно (статистически достоверная разница при сравнении ответов первой и третьей групп $P < 0,01$). Существенно более высокий процент положительных оценок трудоспособности в группе больных с продолжительностью заболевания до пяти лет необходимо принимать во внимание при разработке реабилитационных мероприятий и привлечении пациентов к трудотерапии.

Субсферу «Жизненная активность, энергия» больные с аффективными и невротическими расстройствами оценили в среднем на 2,7 балла, доля неудовлетворительных ответов составила 43,3 – 46,3 %. Среди остальных опрошенных пациентов «Жизненная активность» была оценена удовлетворительно (3,1 -3,4 балла), а процент неудовлетворительных оценок значительно был ниже 15,5 – 23,7 % ($P < 0,01$). Практически аналогичная картина была в субсфере «Способность выполнять повседневные дела»: в группах F3 и F4 средняя оценка 2,8 – 2,9 балла (неудовлетворительных ответов 40,2 % и 35,5 % соответственно), в группах F0 и F2 средняя оценка 3,4-3,7 балла (неудовлетворительных ответов 6,8 – 17,8 %)($P < 0,01$).

Обращает на себя внимание оценка субсферы «Подвижность» (общей способности индивида пойти туда, куда он хочет, без посторонней помощи, независимо от того, какие средства он для этого использует) – более половины опрошенных (68,0 – 82,0 %) в группах F2 с длительностью заболевания менее пяти и десяти лет оценили свои возможности как хорошие и даже отличные (средняя оценка 4,1 – 4,2 балла). Пациенты других групп дали аналогичные оценки в 50,4 – 58,9 % ответов (средняя оценка 3,6-3,7 балла). Относительно хорошие ресурсы в этой субсфере следует использовать при профессиональной переподготовке больных и организации лечебно-трудовых мастерских.

Социальные взаимоотношения в микросоциальном окружении (субсфера «Практическая социальная поддержка») положительно оценили около 80,0 % всех больных. Такой результат необходимо реализовывать в реабилитационной работе с целью использования высокого потенциала семьи и близких больного. Однако, круг общения пациентов, страдающих психическими расстройствами, часто ограничивается «родительской» семьей, когда создание супружеских взаимоотношений исключается из-за стигматизации и тяжести течения заболевания. По-видимому, в связи с этим в сфере «Сексуальная активность» дали неудовлетворительную оценку (средний балл – 2,7-2,9) практически во всех исследуемых группах, кроме пациентов с невротическими расстройствами (3,1 балла) и больных шизофренией с длительностью заболевания менее 5 лет (3,1 балла). Неудовлетворенность уровнем «сексуальной активности» может быть следствием ряда факторов, среди которых основными, по-видимому, являются: возрастные показатели в группах и процент не состоящих в браке пациентов. Очевидно, что супруги оставляют больного не сразу после возникновения психического расстройства, а по мере истощения собственных адаптационных возможностей, в основе чего лежит болезненное (бредовое, психопатоподобное) поведение пациентов или страх

родственников перед диагнозом и стигматизацией, а также нарастающая у них с годами фрустрированность, что подтверждается семейно-социальным статусом пациентов из групп F0 и F2. Более благополучная картина семейных взаимоотношений наблюдается среди больных с невротическими и аффективными расстройствами, что можно объяснить особенностями течения данных расстройств (например, отсутствием специфических изменений личности и апато-абулической симптоматики).

Оценки субсферы «Самооценка» отличались более негативными показателями в группе пациентов с невротическими – 2,9 балла и аффективными расстройствами – 3,0 балла (неудовлетворительную оценку дал практически каждый третий пациент – 32,2 % и 26,8 % соответственно), в остальных группах уровень самооценки составил 3,2-3,5 балла. Низкий уровень «Самооценки» в группах F3 и F4, возможно, отразился в оценке субсферы «Возможности для отдыха и развлечений» – средний балл 2,7-2,9 балла, соответственно негативных ответов было 47,5 % и 32,2 %.

Обращает на себя внимание колебание процента неудовлетворительных оценок субсферы «самооценка» в ответах больных шизофренией и шизотипическими расстройствами: с длительностью заболевания до 5 лет – 15,3 %, от 5 до 10 лет – 23,2 % и более 10 лет – 19,4 %. Возрастные проценты больных, испытывающих чувство собственной неполноценности, связано именно с периодом, когда болезнь «ощутимо» вмешивается в жизнь человека, а период адаптации и принятия себя (принятие окружающими) в ходе хронического заболевания затягивается на несколько лет.

В рамках сферы «Уровень независимости» наиболее неблагоприятной субсферой оказалась «зависимость от лекарств», половина пациентов с аффективными и невротическими расстройствами ощущают себя весьма зависимыми от медицинской помощи и приема лекарств (48,9 – 58,6 %). В группе больных шизофренией неудовлетворительная оценка зависимости от лекарств нарастала

с длительностью заболевания, составив 18,6 % – до 5 лет, 22,2% – от 5 до 10 лет и 30,1 % – более 10 лет, что, по-видимому, связано с хроническим течением заболевания и вырабатывается привычкой регулярного приема препаратов. Среди больных органическими психическими расстройствами доля неудовлетворительных оценок была 36,6 %.

Выводы

В результате исследования было выявлено, что в исследуемых группах подавляющее большинство показателей опросника ВОЗКЖ-100 не достигает уровня нормы, т.е. качество жизни пациентов психиатрического стационара не соответствует общепринятым критериям физического, психологического и социального благополучия. В оценке сфер качества жизни лиц с психическими расстройствами выявлен ряд различий среди диагностических групп.

1. В группе пациентов с органическими психическими расстройствами при рассмотрении профиля качества жизни суммарная оценка качества жизни находится на неудовлетворительном уровне (средняя оценка 2,9 балла). Две из шести основных сфер качества жизни – "Духовная сфера" (3,3 балла) и "Уровень независимости" (3,2 балла) – являются наиболее «благополучными». Детальный анализ сфер качества жизни выявил неудовлетворительный уровень в ряде субсфер:

- «физическая боль и дискомфорт»,
- «положительные эмоции»,
- «сексуальная активность»,
- «финансовые ресурсы».

Наиболее сохранными оказались субсферы:

- «подвижность»,
- «способность выполнять повседневные дела»,
- «личные отношения».

Полученные данные свидетельствуют о том, что показатели качества жизни пациентов с органическими психическими расстройствами, конечно, в определенной степени зависят от клинико-психопатологических особенностей забо-

левания. Основными синдромами, ограничивающими жизнедеятельность при органических поражениях мозга, являются астенический, психоорганический и психопатоподобный синдром. Следует отметить, что зачастую они могут сочетаться и с некоторыми другими синдромами – «полисиндромальная симптоматика», что приводит к стойким нарушениям адаптации, а как следствие – к инвалидизации больных.

С другой стороны, результаты опроса пациентов с органическими психическими расстройствами указывают на возможные реабилитационные «ресурсы» и «мишени» приложения терапевтических усилий. Удовлетворительные оценки субсфер: «подвижность», «способность выполнять повседневные дела», «личные отношения», указывают на существующие возможности к профессиональной реадaptации пациентов и привлечение родственников больных в лечебно-реабилитационные мероприятия, учитывая желание пациентов сохранить близкие и доверительные отношения с близкими.

2. При изучении субъективных характеристик качества жизни больных шизофренией и шизотипическими расстройствами установлено, что большинство исследованных показателей опросника изменяются в зависимости от длительности заболевания.

В анкетированных группах пациентов отмечаются, в первую очередь, сниженные оценки качества жизни по ряду сфер: финансовой и социальной. Показатели качества жизни пациентов обследованной группы зависят как от клинико-психопатологических особенностей заболевания и отношения общества к ним, так и в значительной степени определяются длительностью заболевания. Так, наиболее низкие показатели качества жизни были в группе с длительностью заболевания от пяти до девяти лет, хотя изначально можно было ожидать подобные результаты среди пациентов с длительностью психического расстройства более 10 лет. Следует учесть, что пациенты с длительностью заболевания от пяти до десяти лет находятся в наиболее социально и

физически активном возрасте. В результате снижение уровня качества жизни в данной группе более заметно как для самого больного, так и его семьи. Поэтому существенную помощь в совершенствовании лечебно-реабилитационных мероприятий может оказать оценка всех сфер жизнедеятельности пациента с учетом продолжительности заболевания.

Особо отметим, что большинство опрошенных дало высокую оценку в субсфере «Подвижность» (3,7-4,2 бала). В группе пациентов с длительностью заболевания до 5 лет наиболее высоко были оценены субсферы:

- «способность к работе»,
- «духовность, религия, личные убеждения»,
- «личные отношения»,
- «социальная поддержка».

В остальных группах больных шизофренией средняя оценка по вышеуказанным сферам уменьшалась в зависимости от длительности заболевания. Следовательно, несмотря на традиционную оценку специалистами шизофрении как «тяжелого» психического расстройства, у больных в начале заболевания сохраняется комплекс реабилитационных ресурсов, на которые и следует делать упор в восстановительной терапии.

Показатели качества жизни пациентов с психическими расстройствами, – конечно, в определенной степени – зависят от клинико-психопатологических особенностей заболевания, но, с другой стороны, во многом определяются другими факторами: длительностью болезни, семейным статусом, условиями оказания специализированной помощи. Поэтому существенную помощь в совершенствовании лечебно-реабилитационных мероприятий может оказать учет и оценка всех сфер жизнедеятельности пациента.

При этом внимание специалистов должно быть направлено не только на качество медицинской помощи, но и на создание оптимальной микросоциальной сети, т.е. сообщества лиц, оказывающих моральную и экономическую поддержку, так как большинство пациентов после выписки из

стационара возвращаются в семьи. Безусловно, особенно важно формирование социальной сети для пациентов, не имеющих близких родственников или не поддерживающих с ними взаимоотношений.

3. В группе пациентов с аффективными расстройствами при рассмотрении профиля качества жизни выявлены следующие показатели: суммарная оценка качества жизни находится на неудовлетворительном уровне (средняя оценка 2,8 балла). В группе F3, всего лишь одна сфера – "Духовная" (3,1 балла) – является наиболее «благополучной», остальные пять имели неудовлетворительную оценку (2,6-2,9 балла). В свою очередь, детальный анализ показателей качества жизни пациентов с аффективными расстройствами выявил наибольшее количество (в сравнении с другими исследуемыми группами пациентов) «неблагополучных» субсфер:

- «физическая боль и дискомфорт»,
- «жизненная активность»,
- «сон и отдых»,
- «положительные эмоции»,
- «способность выполнять повседневные дела»,
- «зависимость от лекарств и лечения»,
- «финансовые ресурсы»,
- «возможности для отдыха»,
- «сексуальная активность»,
- «физическая безопасность и защищенность»,
- «медицинская и социальная помощь (доступность и качество)».

Наиболее высокие оценки (хотя и они не превышали уровня удовлетворительных) были выявлены в субсферах:

- «подвижность»,
- «практическая социальная поддержка»,
- «окружающая среда дома».

Таким образом, пациенты с аффективными расстройствами в целом неудовлетворены уровнем качества жизни. Практически в 50 % субсфер выявлено определенное «неблагополучие». Полученные результаты, скорее всего, связаны со спецификой течения аффективных расстройств – группы клинических состояний, характеризующихся нарушением

настроения, потерей способности контролировать свои аффекты и субъективным ощущением тяжелых страданий. Аффективные расстройства сопровождаются нарушениями сна, аппетита, речи, вегетативных функций, сексуальной активности и других биологических ритмов, которые вызывают затруднения в межличностных и социальных отношениях, а также в профессиональной деятельности.

Сохранение адаптивных и реабилитационных резервов пациентов обследуемой группы в областях «социальной поддержки», «домашнего окружения» и субъективного ощущения «способности к передвижению» необходимо использовать в организации лечебных мероприятий. При оказании помощи данной категории больных необходимо активное привлечение микросоциального окружения (семьи, друзей), которое по мнению респондентов располагает наибольшим реабилитационным потенциалом.

4. Суммарная оценка качества жизни пациентов с невротическими расстройствами была неудовлетворительной – 2,8 балла. Также «неблагополучными» оказались «Психическая и физическая сфера» (2,6 балла).

При изучении частных показателей качества жизни выявлены неудовлетворительные субсферы:

- «физическая боль и дискомфорт»,
- «жизненная активность»,
- «сон и отдых»,
- «положительные эмоции»,
- «самооценка»,
- «способность выполнять повседневные дела»,
- «зависимость от лекарств и лечения»,
- «финансовые ресурсы»,
- «возможности для отдыха».

Учитывая удовлетворительный общий фон оценок (3,0 – 3,7 балла), относительно «благоприятными» субсферами можно назвать:

- «подвижность»,
- «практическая социальная поддержка»,
- «окружающая среда дома»,
- «транспорт».

Несмотря на то, что по литературным (объективным) данным невротические расстройства характеризуются астеническими, навязчивыми и/или истерическими проявлениями, а также временным снижением умственной и физической работоспособности и не приводят к длительному снижению социальной адаптации, полученные результаты указывают на выраженную субъективную неудовлетворенность опрошенных пациентов уровнем качества жизни. В частности 1/3 субсфер находятся в «неблагополучном» состоянии, остальные субсферы оцениваются лишь как удовлетворительные.

Поэтому, при разработке терапевтических мероприятий для пациентов с невротическими расстройствами необходимо учитывать относительно узкий спектр реабилитационных ресурсов. И все же удовлетворительные оценки субсфер, связанных с личными отношениями, указывают на возможность рассчитывать на помощь друзей и родных пациентов в лечении, опираться на стремление больных сохранить близкие и доверительные отношения с ними.

Таким образом, при рассмотрении вопроса лечебно-реабилитационной помощи лицам с психическими расстройствами, необходимо учитывать медико-социальную специфичность каждой нозологической группы пациентов. Анализ профилей качества жизни лиц с психическими расстройствами позволит сфокусировать внимание специалистов на организации индивидуальных (с учетом диагностической категории, социального и профессионального статуса, длительности заболевания и др.) терапевтических программ, а также разработке комплекса реабилитационных мероприятий, что, несомненно, повысит эффективность медико-

социальной работы.

Литература

1. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г.В. Бурковский [и др.]; под ред. проф. М.М. Кабанова. – СПб., 1998. – 52 с.
2. Гурович И.Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Л.И. Сальникова. – М.: ИД Медиапрактика, 2002. – 180 с.
3. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: ИД Медпрактика, 2004. – 492 с.
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Нева; М.: Олма-пресс, 2002.
5. Чуркин А.А. Качество жизни и социальное функционирование в психиатрической теории и практике / А.А. Чуркин, Н.К. Дешнева // Материалы II съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 109-117.
6. Atkinson M. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology / M. Atkinson, S. Zibin, H. Chuang // Amer. J. Psychiat. – 1997. – Vol. 154, №1. – P. 99-104.
7. Lehman A.F. Instruments for measuring quality of life in mental illness / A.F. Lehman // Quality of life in mental disorders / eds.: H. Katsching, H. Freeman, N. Sartorius. – Chichester: John Wiley and Sons; 1997.

**COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE QUALITY OF LIFE
OF MENTAL PATIENTS OF VARIOUS NOSOLOGICAL GROUP HAVING
IN-PATIENT TREATMENT**

D.S. Petrov

In the article the question of life quality of mental patients has been studied. We present the results of investigations of life quality of a group of schizophrenic patients, patients suffering from schizotypal disorders with various duration of disease to Ryazan regional clinical psychiatric inpatient hospital. The results have been obtained with the help of WHOLQ-100 questionnaire. We've estimated showings of fundamental spheres and subspheres of the respondents' life. The importance of life quality showings of mental patients of various nosological categories taking in to account the duration of disease in case of optimization of therapeutic- rehabilitation actions has been given attention to.

Key words: life quality, psychic disorders, rehabilitation.

Петров Дмитрий Сергеевич – к.м.н., ассист. кафедры психиатрии ГБОУ ВПО РязГМУ
Минздравсоцразвития России.
Тел.: +74912754373.
E-mail: root@ryazgmu.ryazan.ru.