

## **КОНЦЕПЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

В работе приведено изучение качества жизни у женщин с алкогольной зависимостью. Установлено умеренное снижение качества жизни в 52,68 % случаев, значительное снижение качества жизни 33,33% исследованных пациенток, что значительно превосходит аналогичные показатели в контрольной группе.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, качество жизни.

Studying of quality of life at women with alcohol abuse is given. . Moderate decrease of quality of life in 52,68 % of cases is established. Significant decrease of quality of life of 33,33 % of cases is established that considerably surpasses similar results in control group.

Key words: alcohol abuse, quality of life.

В современной научной литературе все чаще встречаются публикации о качестве жизни пациентов с различной патологией. Концепция качества жизни особенно разрабатывается у лиц с общесоматическими нарушениями [3,5]. Определяется надежность, чувствительность и валидность методов оценки качества жизни по методикам, большинство из которых разработаны за рубежом. Существуют различные вариации применения данного метода в разных популяциях, при разных заболеваниях и разных социальных статусах пациентов. В последнее десятилетие понятие “качество жизни” широко используется в научно-исследовательской работе при определении эффективности применяемой терапии и разработке методов реабилитации у больных с различными хроническими заболеваниями [4]. Исследования качества жизни в психиатрии и наркологии в настоящее время несколько отстают от общесоматической медицины, тем не менее, в этой сфере понятие “качество жизни” воспринимается как гуманистическое дополнение к психиатрической практике [1,2].

Понятие “качество жизни” включает все потребности человека с преимущественным акцентом внимания на субъективную точку зрения. Неудовлетворенность современными методами лечения и медицинской практикой в целом вызывает у пациента желание сосредоточиться на выборе необходимой терапии и тем самым продления своего физиологического, психологического и социального благополучия. Применение понятия “качество жизни” обычно относят к хроническим заболеваниям. Именно к этой области относятся многие болезни наркологически больных и особенно женщин, страдающих патологической алкогольной зависимостью.

Качество жизни определяется как удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием во всех аспектах его функционирования в обществе.

Материалы и методы

Обследовано 57 женщин с алкогольной зависимостью, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре. Возраст пациенток преобладал от 30 до 40 лет.

Они имели преимущественно среднее и средне специальное образование. Большинство женщин были замужем или жили в гражданском браке. 84,21% исследованных женщин имели детей, некоторые женщины не имели детей или были лишены родительских прав. Проживали испытуемые в основном в городе; не работали или же выполняли неквалифицированный труд. Многие меняли место работы более трех раз (табл. 1).

Таблица 1

**Сравнительная характеристика социального положения  
испытуемых женщин с алкогольной зависимостью**

Социальное положение		Число в абсолют- ных цифрах	% к общему количеству испытуемых
Возраст	до 30 лет	12	21,05
	от 30 до 40 лет	23	40,35
	от 41 до 50 лет	14	24,56
	от 51 года и старше	8	14,03
Образование	базовое	7	12,28
	среднее	17	29,81
	средне специальное	28	49,12
	высшее	5	8,77
Семейное положение	разведена	9	15,79
	замужем	27	47,37
	живет одна	8	14,03
	гражданский брак	6	10,53
	прочие	7	12,28
Дети	не имеет детей	9	15,79
	имеет детей	48	84,21
	лишена родительских прав	4	7,02
Проживание	город	39	68,42
	село	18	31,58
	без определенного места жительства	-	-
Трудовая деятельность	работает	17	29,82
	не работает	40	70,18
	квалифицированный труд	17	29,82
	неквалифицированный труд	40	70,18
	увольнение по статьям КЗОТ	14	24,56
	смена места работы более 3-х раз	37	64,91

Клиническая картина исследованных женщин соответствовала II-III стадии алкогольной зависимости, описанной в литературе и МКБ 10. Кроме этого, установлено, что заболевание начиналось преимущественно в возрасте от 26 до 40 лет. У большинства испытуемых наблюдались запои около 7 дней, в отдельных случаях – в виде ежедневного употребления алкоголя. Толерантность возрастала преимущественно до уровня “плато”, до одной бутылки водки в сутки. Часто наблюдались психотические расстройства в виде делирия и галлюциноза с последующей госпитализацией бригадой скорой помощи или по направлению психоневрологического диспансера. После выписки ремиссия наблюдалась в 28,07% случаев; не наблюдалась у 71,93% испытуемых (табл. 2).

**Некоторая клиническая характеристика  
алкогольной зависимости у испытуемых женщин**

		Число в абсолют- ных цифрах	% к общему количеству испытуемых
Возраст начала заболевания	до 16 лет	3	5,26
	с 16 до 25 лет	23	40,35
	с 26 до 40 лет	29	50,88
	с 41 до 50 лет	2	3,51
	старше 50 лет	-	-
Длительность запоя	до 7 дней	23	40,35
	свыше 7 дней	21	36,82
	ежедневное употребление	13	22,81
Толерантность	возрастает	7	12,28
	“плато”	44	77,19
	снижается	6	10,53
	до 250 мл 40%алкоголя	12	21,05
	до 500мл 40%алкоголя	36	63,16
	свыше 500мл 40% алкоголя	9	15,79
Соматические заболевания	терапевтические	17	29,82
	неврологические	10	17,54
	венерические	8	14,03
	гинекологические	6	10,53
Психотические расстройства	отсутствовали	18	31,58
	один психоз	22	38,60
	два психоза	5	8,77
	три и более психоза	9	15,79
	делирий	12	21,05
	галлюциноз	24	42,10
	прочие	3	5,26
Лечение	одна госпитализация	33	57,89
	две госпитализации	10	17,54
	три и более госпитализаций	14	24,56
	в местах лишения свободы	2	3,51
	по решению исполкома	1	1,75
Ремиссия	отмечалась	16	28,07
	не отмечалась	41	71,93

Для исследования качества жизни у пациенток с алкогольной зависимостью использовали “Опросник качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике”, Санкт-Петербург, 1998 г., а также “Методические рекомендации”, разработанные Научно-исследовательским институтом экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства здравоохранения Республики Беларусь (БНИИЭТИН), составленные на основе методики определения качества жизни NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of Life. P.Y. Hugenholtz and R.A.M. Erdman, 1995).

Опросник состоит из 24 вопросов, включая определение семи категорий качества жизни: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальные функции, познавательная функция, экономическое положение, интегральный показатель. Оценка качества жизни осуществляется путем подсчета баллов по определенной схеме. Более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья. Все перечисленные показатели качества жизни для удобства восприятия переводятся в проценты и в

норме равны 100% или приближаются к этому уровню. По данным интегрального показателя незначительное снижение качества жизни – до 75%, умеренное снижение качества жизни – до 50%, значительное снижение качества жизни – до 25%, резко выраженное снижение – менее 25%.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с помощью пакета прикладных программ “Statgraphics for WINDOWS” с использованием параметрических критериев (метод Стьюдента).

#### Результаты и обсуждение

При анализе качества жизни у женщин с алкогольной зависимостью отмечается статистически достоверное снижение функций по различным категориям. Так, процент сохранности физической мобильности испытуемых женщин с алкогольной зависимостью составляет всего 52,76%, в контрольных случаях – 79,36%. Эмоциональное состояние сохранено только в 49,44% у женщин с алкогольной зависимостью, у здоровых лиц – 85,42%; сексуальная функция соответственно 68,00% и 90,23%; социальные функции – 53,38% и 81,59%; познавательная функция – 72,83% и 88,67%. Экономическое положение – процент сохранности самый низкий у пациенток с алкогольной зависимостью (28,57%) по сравнению со здоровыми лицами (86,67%).

Таким образом, интегральный показатель, отражающий сохранность функций всех выше названных категорий, составляет 56,84% у женщин с алкогольной зависимостью и 84,05% в контрольной группе (табл. 3).

*Таблица 3*

**Показатели качества жизни в баллах и процентах сохранности функции у женщин с алкогольной зависимостью и у здоровых лиц**

Категории качества жизни	Женщины с алкогольной зависимостью		Контроль	
	Баллы	Процент сохранности функций	Баллы	Процент сохранности функций
Физическая мобильность	22,16±9,94	52,76±0,24	33,33±5,27	79,36±0,13
Эмоциональное состояние	13,84±5,62	49,44±0,20	23,83±2,92	85,46±0,10
Сексуальная функция	9,58±4,25	68,00±0,30	12,63±2,46	90,23±0,18
Социальные функции	22,42±7,28	53,38±0,17	34,27±5,87	81,59±0,14
Познавательная функция	25,49±6,76	72,83±0,19	31,07±4,03	88,76±0,11
Экономическое положение	2,00±0,18	28,57±0,25	6,07±1,44	86,67±0,21
Интегральный показатель	95,49±25,75	56,84±0,17	141,2±15,08	84,05±0,09

$P < 0,001$

При определении степени снижения качества жизни установлено, что данный процесс наблюдается у 33,33% обследованных женщин с алкогольной зависимостью. В контрольных случаях подобных признаков не выявлено. Умеренное снижение качества жизни составляет 52,64%, в контрольных случаях

только у трех испытуемых (10%). И незначительное снижение качества жизни у женщин с алкогольной зависимостью отмечено лишь в 14,03% случаев, в то время как при контроле – в 90% случаев (табл. 4). На лицо имеется выраженное снижение качества жизни у пациенток с алкогольной зависимостью по различным ее категориям и степеням.

*Таблица 4*

**Выраженность снижения качества жизни у женщин с алкогольной зависимостью и у здоровых лиц**

Выраженность снижения	Женщины с алкогольной зависимостью		Контроль	
	абсолютное число	в процентах	абсолютное число	в процентах
Значительное снижение качества жизни	19	33,33%	–	–
Умеренное снижение качества жизни	30	52,68%	3	10,00%
Незначительное снижение качества жизни	8	14,03%	27	90,00%

Рассмотрим теперь уровень качества жизни у женщин с алкогольной зависимостью в зависимости от возраста, образования, семейного положения. В зависимости от возраста испытуемых показатели качества жизни претерпевали характерные изменения. Уменьшение качества жизни особенно наблюдалось в возрасте от 40 до 50 лет. Наибольшее снижение качества жизни отмечалось в показателях экономического положения испытуемых. Оно составляло 22-29% по всем возрастам, что по классификации данной методики определяется как значительное снижение и резкое снижение функции. Наименьшее снижение наблюдалось у всех испытуемых со стороны показателя сексуальной функции.

В зависимости от полученного образования показатели качества жизни у женщин с алкогольной зависимостью также обнаруживали характерные изменения. Как и в предыдущих исследованиях, наименьшие показатели наблюдались со стороны экономического положения обследованных женщин, наивысшие – со стороны познавательной функции.

Влияние семейного положения на показатели качества жизни также очевидно. Наименьший показатель установлен со стороны экономического положения. Более высокие показатели определены со стороны сексуальной и познавательной функций.

В 40-х годах XX столетия ВОЗ было сформулировано определение здоровья человека, в котором говорится, что “здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие заболевания или физического недостатка” [8]. В настоящее время это определение нашло свой отклик в разрабатываемой концепции “Качество жизни”. В наркологии широко используются такие понятия социальной сохранности личности, как деградация личности, социальная адаптация и дезадаптация, дефект личности, т.е. якобы не медицинские аспекты психических заболеваний, которые, тем не менее, имеют непосредственное отношение к концепции “Качество жизни”. Концепция служит не просто устранению

симптомов заболевания и профилактике рецидивов, но и способствует созданию качественной формы существования пациенток в семье, на производстве, среди общественности в целом. Следовательно, качеством жизни должны заниматься специалисты различных направлений (психологи, социологи, юристы, биологи, политики и административные работники).

Исследование качества жизни основано на применении методов самооценки субъективных переживаний пациентов. Что касается наркологически больных и особенно лиц женского пола, решение данного вопроса является проблематичным. Наличие субъективного благополучия тесно связано с психическим состоянием испытуемых. В зависимости от экономических и социальных условий жизни, а также стадии течения алкогольной зависимости оно может искажаться по ряду причин. В первую очередь, эта ошибочность трактовок обусловлена психологическими и психическими расстройствами испытуемых; во-вторых, ошибочность, обусловленная искажениями познавательных когнитивных процессов; в-третьих, субъективное, нередко искаженное восприятие окружающими действительности и понимание окружающих событий.

Во время наших исследований пациентки оценивали свое качество жизни в состоянии синдрома отмены отлично от оценки окружающими людьми. Это отличие наблюдалось даже в тех случаях, когда пациентки находились в состоянии ремиссии. Абстинентный синдром (синдром отмены) являлся серьезной причиной негативной оценки своего состояния, что могло сказываться на ложности выводов. В связи с интеллектуально-мнестическим снижением пациенток и социальной деградацией личности также невозможно получить полноценную характеристику качества жизни из-за возможности патологической ее трактовки. Поэтому в наркологии, как и в психиатрии, качество жизни должны оценивать не только сами пациентки, но и другие лица, которым в связи со служебными обязанностями предписывается оказание постоянной медицинской и социальной помощи обслуживающим пациенткам. Могут привлекаться для оценки качества жизни родственники, друзья, члены семьи, сослуживцы. Наличие грозного синдрома алкогольной зависимости, патологической зависимости от спиртосодержащих напитков ставит испытующих перед неразрешимой проблемой – отсутствие алкоголя и экономическая нищета.

Следует сказать, что Н. Katsching определяет качество жизни как “субъективное благополучие и удовлетворенность различными сторонами жизни, объективное функционирование в различных социальных ролях” [7]. У. R. Elkinton в работе “Медицина и качество жизни” говорит: “Гармония внутри человека и между человеком и миром – качество жизни – к которой стремится пациент, врач и общество” [6].

Таким образом, проведенные исследования качества жизни у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, показали, что развитие болезни наступает в зрелом возрасте (от 40 до 50 лет). Страдают в основном женщины со средним и средне специальным образованием. Большинство из них являются безработными или же выполняют неквалифицированный труд, в то же время имеют детей, семью. Почти все пациентки являются жительницами города. Многие женщины страдали запоями, в среднем по 7 дней; толерантность

достигала “плато” до 1 бутылки водки в сутки; перенесли психотические расстройства. Течение болезни было преимущественно безремиссионным. Установлено общее снижение качества жизни у всех испытуемых до 56,84% по интегральному показателю по сравнению с контролем. По всем остальным показателям также наблюдалось снижение качества жизни, особенно выражено со стороны экономического положения, затем эмоционального состояния, физической мобильности и социальных функций. Данная закономерность сохраняется и при определении качества жизни в зависимости от возраста, образования и семейного положения испытуемых женщин с алкогольной зависимостью.

#### Литература

1. Вассерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А. Концепция исследования качества жизни больных эпилепсией. // Материалы XIII съезда психиатров России. Москва, 2002. – с.7.
2. Дмитриева Т. Н., Занозин А. В., Дмитриева И. В., Миронова И. О., Каткова Е. Н., Барсукова И. К. Оценка качества жизни подростков с психотическими нарушениями. // Материалы XIII съезда психиатров России. Москва, 2002. – с.121.
3. Доброхотова Т. А., Зайцев О. С., Алексеева В. С. Факторы, определяющие качество жизни после тяжелой черепно-мозговой травмы. // Материалы XIII съезда психиатров России. Москва, 2002. – с.52.
4. Зайцев Д. А. Социальное функционирование и качество жизни периодически госпитализируемых больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. // Материалы XIII съезда психиатров России. Москва, 2002. – с.15.
5. Захарушкина Т. С., Абоян И. А., Павлов С. В. Влияние изменений психического состояния на качество жизни пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы. // Материалы XIII съезда психиатров России. Москва, 2002. – с.79.
6. Elkinton Y. Medicine and the quality of life. *Annals. Int. Med.*, 1966, №64. – P 711-714.
7. Katsching H. How useful is the concept of quality of the life in psychiatry? *Current Opinion in Psychiatry*, 1997, №10. – P337-345.
8. World Health Organisation: Constitution of the World Health Organisation. Geneva: Basic Documents; 1948.