

## ДЕМОГРАФСКИ И КЛИНИКО-СОЦИАЛНИ ОСОБЕНОСТИ НА ПАЦИЕНТИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ



Д. Драганова

Д. Драганова

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“,  
Русенски университет „Ангел Кънчев“

**Резюме.** Психичните разстройства са на второ място, с най-голям принос за болестността в Европейския регион, измерена чрез показателя „години живот в боледуване или инвалидност“ DALYs в Европейския регион (19%). В последните години, наред с „обективните“ количествени и качествени характеристики на социалното функциониране, все по-голямо значение придобиват субективните преживявания от живота (физическо, психично и социално функциониране) и благополучия, получили определението „качество на живот“. Това е относително нов аспект от изучаването на психично болните в социален план. **Цел:** Да се установят демографските и клиничко-социалните особености на пациентите, включени в програми за

психосоциална рехабилитация. **Методи на проучването** – използвани са исторически метод, документален метод, социологически метод, математико-статистически методи за обработката и анализ на резултатите от изследването. В проучването са обхванати 235 пациенти с диагноза „шизофрения“ от специализирани лечебни заведения и социални услуги – резидентен тип. **Резултати:** Възрастовата характеристика показва по-голям брой лица над 35 години в групата на пациентите от социалните услуги в сравнение с пациентите от отделенията, постъпили за активно лечение. По-високата възраст на пациентите от социалните услуги е свързана с по-голямата продължителност на заболяването, настъпилите дълбоки личностови промени или промени в социалната среда. **Изводи:** Продължителността на боледуване от шизофрения над 10 години и настъпилата личностова промяна води до трайна социална изолация. В резултат на продължителното боледуване, невъзможността за самостоятелно справяне в ежедневието, промени в социалната среда (починали родители), настаняването им в социални услуги – резидентен тип, е наложително. Социалните услуги в общността са алтернатива за предоставяне на грижа и живот в среда, близка до семейната.

**Ключови думи:** качество на живот на психично болни, социални услуги в общността

**Summary. Introduction:** Mental disorders are on the second place, with the largest contribution (19%) to disease prevalence in the European region, as measured by the Disability-Adjusted Life Year (DALY) indicator. In recent years, along with the “objective” quantitative and qualificative characteristics of social functioning, more importance is given to the subjective experiences of life (physical, mental and social functioning) and well-being, defined as “quality of life”. This is a relatively new aspect of studying patients with mental disorders in a social perspective. **Objectives:** To determine the demographic and clinical-social specifics of patients included in programs for psycho-social rehabilitation. **Methods:** Historic, documentary and sociological methods, mathematical-statistic methods for processing and analyzing the study data were used. The study included 235 patients diagnosed with schizophrenia in the specialized hospitals and social services of residential type. **Results:** Age characteristics have shown a larger number of individuals aged over 35 in the group of patients from the social services of residential type, compared to patients from hospital wards, who have received active treatment. The higher age of the patients from the social services is associated with the longer duration of the

disease and the occurred profound personality changes or changes in the social environment. **Conclusions:** The duration of schizophrenia over 10 years and the occurred personality changes lead to permanent social exclusion. As a result of the prolonged disease, the impossibility of coping with everyday life and changes in the social environment (parental loss), patients' inclusion in social services of residential type is imperative. Community-based services are an alternative for providing care and living environment close to familial.

**Key words:** quality of life, patients with mental disorder, community social services

## Въведение

Психичните разстройства са на второ място, с най-голям принос за болестността в Европейския регион, измерена чрез показателя „години живот в боледуване или инвалидност“ DALYs в Европейския регион (19%). На съвременното ниво на развитие на психиатрията, в условията на деинституционализация на психично-здравните услуги и повишени възможности за контрол на симптомите на психичните разстройства, все по-актуален става проблемът, свързан със социализацията на пациентите [3].

Особена важност придобиват въпросите за социалното функциониране на психично болните, техните социални умения и способности за самостоятелен и независим живот. Въпреки многото изследвания върху социална, трудова, професионална и семейна адаптация при различните форми на шизофрения, проблемът с ресоциализацията на болните е далеч от разрешение [1].

В последните години, наред с „обективните“ количествени и качествени характеристики на социалното функциониране, все по-голямо значение придобиват субективните преживявания от живота (физическо, психично и социално функциониране) и благополучия, получили определението „качество на живот“ [4]. Това е относително нов аспект от изучаването на психично болните в социален план.

Принос към по-доброто качество на живот на тези болни би била пълноценната рехабилитация, която да подпомогне социалната адаптация и ресоциализация на лицата с психични заболявания след лечението на острия епизод [2]. Приемствеността на грижите за пациентите след изписването от лечебното заведение и връщането им обратно в общността, може да минимизира негативните ефекти на заболяването върху личността им [6].

## Цел

Да се установят демографските и клинично-социалните особености на пациентите, включени в програми за психосоциална рехабилитация.

В проучването са обхванати 235 респондента, разпределени в 2 групи:

- **Първа група** – съставена от 109 болни (57 мъже и 52 жени) с психично заболяване шизофрения, потребители на социални услуги в общността – центрове за настаняване от семеен тип, защитени жилища, дневен център, център за рехабилитация и социална интеграция от Русенска, Добричка и Великотърновска област;

- **Втора група** – съставена от 126 (62 мъже и 64 жени) болни с психично заболяване шизофрения, преминали през стационарните отделения за активно лечение на Център за психично здраве Русе ЕООД и Център за психично здраве Добрич ЕООД;

Проучването е проведено през периода октомври 2013 г. – януари 2014 г. в Център за психично здраве Русе ЕООД, Център за психично здраве Добрич ЕООД, Държавна психиатрична болница – с. Церова кория, обл. Велико Търново и социални услуги в общността и резидентен тип на територията на посочените лечебни заведения. Изследването се извърши с помощта на анкета, съдържаща 48 въпроса, структурирани в 6 раздела.

## Методи на проучването

**Исторически метод** – за изучаване развитието на разглеждания проблем в исторически мащаб.

**Документален метод** – за проучване на нормативни документи – стратегии, закони и методически указания, свързани с предоставянето на здравни и социални услуги на болни с психични заболявания.

**Социологически метод** – за събиране на достоверна информация за оценка на мнението, относно качеството на живот на БППР, за установяване мнението на пациентите относно качеството им на живот и удовлетвореност от здравословно състояние и здравни грижи.

**Математико-статистически методи** – за обработката и анализа на резултатите от изследването са използвани следните методи:

**Вариационен анализ** – за установяване на честотните разпределения на емпиричните данни и вариативността на всеки от наблюдаваните показатели.

**Корелационен анализ** – за установяване на съществуването и силата на корелационни връзки между изследваните признаци.

**Графичен метод** – за илюстрация на получените данни.

Обработката на данни е извършена с пакет за математико-статистическа обработка SPSS 16.0.

### Резултати и обсъждане

Характеристика на проучения контингент

Разпределението на пациентите по пол (табл. 1) е приблизително еднакво в двете групи, което дава възможност да се направят обективни сравнения и анализи. Мъжете са 52,3% от изследваните лица в социалните услуги и 49,2% от отделенията на лечебните заведения. Жените са съответно 47,7 % от социалните услуги и 50,8 % от отделенията.

**Таблица 1.** Разпределение на пациентите по възраст

Възраст на пациентите	Болни в социални услуги		Болни в отделения	
	брой	%	брой	%
от 18 до 21 години	1	0,9	5	4,0
от 22 до 35 години	17	15,6	36	28,6
от 36 до 55 години	68	62,4	68	54,0
на 56 и повече години	23	21,1	17	13,5
общо	109	100	126	100

Възрастовата характеристика показва по-голям брой лица над 35 години в групата на пациентите от социалните услуги в сравнение с пациентите от отделенията, постъпили за активно лечение (табл. 1).

По-високата възраст на пациентите от социалните услуги е свързана с по-голямата про-

дължителност на заболяването, настъпилите дълбоки личностови промени или промени в социалната среда (починали родители), което е наложило настаняването им в социални услуги – резидентен тип (табл. 2).

Разпределението на пациентите по местожителство няма съществени разлики в двете изследвани групи. В градове живеят 81,5% от пациентите от социалните услуги и 82,4% от пациентите от отделенията за активно лечение, а в селата съответно 18,5% и 17,6%. Ползването на социални услуги предимно от градско население е свързано с близостта на услугата до местоживеенето, както и факта, че по-голяма част от населението живее в градове.

От резултатите прави впечатление, че пациентите от социалните услуги със средно образование са повече, няма неграмотни, което логично води до по-висока удовлетвореност от образованието (75,3% от пациентите в социалните услуги са удовлетворени, за разлика от пациентите от отделенията, при които само 67,5% са удовлетворени от полученото образование).

Болните от социалните услуги са с повече години трудов стаж.

По показател удовлетвореност от трудовата заетост не намираме значителна разлика в удовлетвореността на пациентите – 30,2% от социалните услуги и 27,8% от болните от отделенията са удовлетворени от работата си.

Статистически значима разлика намираме в продължителността на боледуване в двете групи изследвани лица (табл. 2). Сред пациентите, ползващи социални услуги от дневен и резидентен тип, боледуващите с продължителност между 10 и 15 години и над 15 години са повече (78,9%) в сравнение с пациенти, постъпили за активно лечение (51,6%) Asymp. Sig.= 0,000 <  $\alpha$  = 0,05, P = 100%.

**Таблица 2.** Продължителност на боледуване

Продължителност на боледуване и хоспитализации	Болни в социални услуги		Болни в отделения	
	брой	%	брой	%
Години боледуване				
до 1 год.	1	0,9	12	9,5
1 до 3 г.	1	0,9	16	12,7
3 до 5 г.	9	8,3	11	8,7
5 до 10 г.	12	11,0	22	17,5
10 до 15 г.	24	22,0	20	15,9
над 15 г.	62	56,9	45	35,7

По-голямата продължителност на боледуване сред пациентите с психически и поведенчески разстройства, ползващи социални услуги, може да се обясни с настъпилите дълбоки личностови промени в резултат на продължителното боледуване, довели до невъзможността за самостоятелно справяне в ежедневието и насъщаването им в социални услуги в общността.

**– Социално функциониране на изследваните групи**

Трудностите в социалното функциониране в резултат на психичното заболяване и ниската устойчивост на стресови фактори оказват неблагоприятно влияние върху хода на болестта. Социалното изключване на пациентите поради заболяване и продължителен болничен престой още повече влошава състоянието им. Ролята на социалната среда за поддържане на ремисия придобива все по-голямо значение. Това поражда и необходимостта от пълноценно прекарване и създаване на развлечения за оползотворяване на свободното време, подпомагане при организиране на дневната активност.

Значителна разлика намираме в резултатите на въпросите, отнасящи се до телевизия/радио между потребители на социални услуги – 79,8% и хоспитализирани пациенти – 63,5% посещение на театър, кино, музей и други места за отдих. Голям е процентът на пациентите, които никога не са посещавали описаните развлечения – 41,3% от дневните социални услуги и 61,9% от пациентите на стационарно лечение.

Една от причините за тези разлики е организираното посещение на постановки, развлечения и разходки за пациентите от резидентните социални услуги. Поради възможностите, които предоставя социалната услуга, пациентите, които я посещават четат повече и гледат телевизия много повече в сравнение с пациентите от отделенията. Това, наред с посещението на кино, театър, общуването с приятели и наличие на хоби е полезно като превенция на социалното изключване.

Проблемът с общуването е сериозен индикатор за психичното състояние на пациентите с шизофрения, поради което е един от наблюдаваните показатели. Резултатите показват значителни различия в двете групи.

Честото общуване 1-2 пъти седмично и ежедневно (69,7%) при пациентите от соци-

алните услуги значително надвишава общуването при пациентите на стационарно лечение (54,7%), *Asymp. Sig. = 0,01 <  $\alpha$  = 0,05; P = 99%*.

Наличието на хоби е важно за оползотворяване на свободното време. По-незначителни са разликите при наличие на хоби – без хоби са 19,3% от пациентите от социални услуги и 33,3 % от пациентите на стационарно лечение *Asymp. Sig. = 0,07 >  $\alpha$  = 0,05*. Няма статистически значими различия в двете групи по отношение наличие на хоби.

В рубрика „домакинство“ от въпросника проучваме участието на пациентите в почистването на жилището, грижа за домакинството и личната хигиена. Пациентите от социалните услуги се включват по-активно в почистването на жилището ( $P = 96%$ ). При болни с психически и поведенчески разстройства, ползващи социални услуги, почистването на обитаваното жилище е част от трудовата терапия, което обяснява получените резултати.

Доходите на пациентите от социалните услуги са основно от пенсия (97,2%). Всички потребители на социални услуги имат ЕР на ТЕЛК със 70% или 80% намалена трудоспособност. Пациентите от социалните услуги, посочили доходи от трудова дейност, са работили шест месеца по проект за трудова заетост на хора с увреждания. Доходите им са по-ниски в сравнение с доходите на пациентите, постъпили за активно лечение, но имат по-висока удовлетвореност от доходите (табл. 3).

*Таблица 3. Доходи и удовлетвореност*

Удовлетвореност от доходите	Болни в социални услуги		Болни в отделения	
	брой	%	брой	%
не удовлетворен	33	30,3	57	45,2
по-скоро не удовлетворен,	26	23,9	31	24,6
по-скоро удовлетворен,	34	31,2	25	19,8
удовлетворен напълно	16	14,7	13	10,3

Причината за тези резултати можем да търсим в осигурените добри битови условия и задоволени базови потребности в социалните услуги. Заплащаната такса е обвързана с % от пенсията, независимо от доходите на лицето. Без доходи са 15,1% от анкетираните от отделенията на ЦПЗ, всички останали имат ЕР на ТЕЛК с над 70% нетрудоспособност.

Повече от половината потребители на социални услуги ползват услуги резидентен тип и показват висока степен на удовлетвореност от жилищните условия. Останалите включени в проучването пациенти ползват социална услуга Дневен център и живеят с близки. Удовлетворени от жилищните условия са 81,6% пациенти от социалните услуги и 68,3% от отделенията (P = 96%). По-високата удовлетвореност от жилищните условия на настанените в социални услуги – резидентен тип поражда необходимост от разкриването на повече услуги в общността за повишаване качеството на живот на болните с психически и поведенчески разстройства.

По-голяма неудовлетвореност от жилищните условия от потребителите на социални услуги, показват живеещите със семейството си и живеещите с роднини, и съвсем малка част (3,8%) от живеещите в социалните услуги. Като вероятна причина за това са ниските доходи и лошите битови условия за живота на болните в семейната среда.

По отношение на наличие и удовлетвореност от храненето, по-голяма разлика има в преценката на потребителите на социални услуги за количеството храна.

По-голяма част от тях смятат, че количеството е достатъчно и са малко по-неудовлетворени от храненето си, но резултатите не са статистически значими.

Таблица 4. Облекло

Облекло	Болни в социални услуги		Болни в отделения	
	брой	%	брой	%
Наличие на достатъчно дрехи				
имам достатъчно за всички сезони	32	29,4	42	33,3
имам само най-необходимото	34	31,2	50	39,7
имам достатъчно дрехи и обувки	43	39,4	34	27,0
Удовлетвореност от облеклото				
не съм удовлетворен/а	12	11,0	18	14,3
по-скоро не съм удовлетворен/а,	20	18,3	22	17,5
по-скоро съм удовлетворен/а,	31	28,4	40	31,7
удовлетворен/а съм напълно	46	42,2	46	36,5

Идентична е ситуацията и с облеклото - наличие на достатъчно дрехи и обувки имат 68,8% от потребителите на социални услуги и 60,3% от болните в контролната група, а малко по-удовлетворени са пациентите от отделенията (табл. 4).

Прави впечатление високият процент на болни без семейство (неженени/неомъжени и разведени) и в двете групи. Почти половината от активно лекуваните пациенти живеят с родителите си (47,6%), със съпруг/а и деца (15,9%), с децата си (8,7%). Вероятно това е причината за удовлетвореност от семейния живот (52,4%), въпреки наличието на конфликти и напрежение при 17,5% и неутрални взаимоотношения при 19,8% от пациентите, провеждащи стационарно лечение.

Анализът на резултатите от нашето изследване и проучването на достъпната литература позволяват да бъдат формулирани следните

#### Изводи

БПУ обект на изследването са предимно със средно и по-ниско образование, ниски доходи, над 70% инвалидност, установена с ЕР на ТЕЛК.

Ползването на социални услуги предимно от градско население е свързано с близостта на услугата до местоживеенето, както и факта, че по-голяма част от населението живее в градове.

Висок е процентът на болни без семейство (неженени-неомъжени и разведени) и в двете групи. Почти половината (47,2%) от активно лекуваните пациенти живеят с родителите си, голяма част със съпруг/а и деца (24,8%).

Продължителността на боледуване от шизофрения над 10 години и настъпилата личностова промяна води до трайна социална изолация. Пациентите, ползващи социални услуги от дневен и резидентен тип боледуват с продължителност между 10 и 15 години и над 15 години почти 2 пъти повече в сравнение с пациенти, постъпили за активно лечение. В резултат на продължителното боледуване, невъзможността за самостоятелно справяне в ежедневието, промени в социалната среда

(починали родители), настаняването им в социални услуги – резидентен тип е наложително. Социалните услуги в общност-

та са алтернатива за предоставяне на грижа, подкрепа от специалисти и живот в среда, близка до семейната.

**Използвана литература:**

1. Беркман, А.М., Бурковский Г.В., Левченко Е.В., Использование методики семантического дифференциала для измерения качества жизни // Современные проблемы психоневрологии (диагностика, лечение и реабилитация больных нервными и психическими расстройствами): Сборник тезисов научной конференции с международным участием. – 16.10.2002 г., Санкт-Петербург. – СПб., 2002. 20.
2. Гурович, И.Я., Сторожакова, Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии И.Я.Гурович, Я.А.Сторожакова Социальная и клиническая психиатрия. 2001, № 3, 5-13.
3. Иванов, В. Развитие на психиатрията; София, 2003, sites.google.com /site/jurnalpsihea/psihiatricna... / psihicnizabolavania
4. Шмуклер, А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. Дис. д-ра мед. наук. – М., 1999, 56-68.
5. Методика на социалните услуги за хора с психични разстройства
6. Barker, P., Manderscheid, R., Hendershot, G., Jack, S., Schoenborn, C. and Goldstrom, I. „Serious Mental Illness and Disability in the Adult Household
7. www.dissercat.com

Адрес за кореспонденция:  
 Даниела Константинова Драганова  
 Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“  
 Русенски университет „Ангел Кънчев“  
 GSM: 0888520021  
 e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg