Описание методики

Методика представляет собой полуструктурированное интервью с элементами клинической рейтинговой шкалы, предназначенной для комплексной оценки качества жизни и психиосоциального функционирования психически больных, в первую очередь эндогенными психозами. Опросник был разработан, апробирован и валидизирован в 1994 году И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуклером.

 Теоретические основы

В настоящее время показатели социального функционирования, наряду с клиническими данными, все более активно рассматриваются в качестве диагностических критериев. В ряде случаев они даже включаются в официальные классификации психических заболеваний, в частности DSМ-IV и МКБ-10, что является свидетельством значимости оценки социального функционирования больных на всем протяжении психического заболевания и степени его восстановления в результате лечения. Наряду с этим все большее внимание уделяется субъективный переживаниям пациентов, что приводит ряд авторов к мнению о необходимости нового прочтения классических работ по психопатологии.

Подобный интерес к вопросам социального функционирования и качества жизни психически больных (как субъективного показателя) объясняется рядом причин. В первую очередь, он знаменует собой отход клиницистов от ориентации только на имеющуюся патологию и рост интереса к более широкой концепции психического здоровья, учитывающей, кроме того, психологические и социальные аспекты жизни пациентов и требующей полипрофессионального оказания психиатрической помощи. Данный подход является в большей степени личностно ориентированным, адресованным к индивидуальным нуждам каждого конкретного пациента со всеми его характерологическими и социальными особенностями, успехами, неудачами, суждениями и оценками, а том числе касающимися заболевания и его последствий.

В наиболее общем виде качество жизни определяется как "восприятие человеком своей жизни". Соответственно, качество жизни представляет собой субъективный показатель, включающий как экзистенциальные аспекты, самоощущение, так и оценку своего функционирования в противоположность собственно социальному функционированию, которое может быть оценено объективно, со стороны и в большей степени поддается квантификации.

В настоящее время существует большое количество шкал и опросников, пред назначенных для оценки уровня социального функционирования и качества жизни психиатрических пациентов (Global Assessment Scale (GAS), Social Adjustment Scale (SAS), Quality of Life Scale (QLS), Progress Evaluation Scales (PES), Quality of Life Interview и ряд других). С одной стороны, они создаются для научных целей, то есть для унификации результатов, полученных в различных исследованиях; с другой - имеют прикладную направленность.

Данные методики, как правило, состоят из нескольких блоков, включающих в себя различные стороны жизни - жилищные условия, социальное функционирование, взаимоотношения, поддержку со стороны родственников, медицинских/социальных работников, доступность лекарств, уровень безопасности, доступность информации и т.д.). Каждый блок включает в себя как объективную сторону вопроса, так и субъективную (например, поддержка со стороны родственников объективно зависит от наличия родственников, способных и заинтересованных в предоставлении такой поддержки, а субъективно - от степени контакта больного с родственниками и его заинтересованности в получении поддержки).

Большое количество используемых в этой области методик связано в том числе с широким кругом задач, решаемых данными опросниками. Они могут ставить своей задачей широкое описание всех сфер повседневного функционирования психически больного, или концентрироваться на определённых моментах; включать в себя только субъективные, только объективные данные или и те и другие; включать или не включать в себя клинические параметры, в первую очередь данные о степени выраженности негативной и депрессивной симптоматики, наиболее влияющей на повседневное функционирование; базироваться на содержательной интерпретации полученных данных, дающей непосредственное представление о содержании изучаемого явления, или использовать балльную оценку, дающую возможность математического анализа.

Каждый из этих вариантов имеет свои достоинства и недостатки. Так, попытка описания качества жизни «объективно» не учитывает субъективное восприятие больным своего состояния, которое как раз таки и является предметом оценки; субъективные же опросники подвержены значительным искажениям в связи с искажением восприятия как из-за самого заболевания, так и из-за «примирения» больного со своим состоянием. Включение клинических параметров в опросники «сдвигает» диагностируемый показатель в сторону клинической шкалы, оценивающей клиническое состояние, а не психосоциальное качество жизни; исключение клинических показателей игнорирует зависимость качества жизни от стадии заболевания и степени его тяжести. Использование содержательной интерпретации практически исключает возможность статистической обработки, в то время как балльная оценка применима не ко всем параметрам (попытка «измерить неизмеримое»). Кроме того, почти все создаваемые опросники имеют выраженную зависимость получаемых результатов от социокультурного контекста той среды, в которой они создавались; таким образом, большое количество зарубежных методик в этой области имеет ограниченное применение в отечественной практике.

Таким образом, универсальным представляется тот способ, который бы включал в себя все вышеперечисленные элементы и изначально создавался для российской популяции. Именно такие положения легли в основу данной методики.

С учетом данных положений и происходило формирование приводимого ниже набора инструментов для оценки клинико-социальных характеристик отдельных контингентов, психосоциального лечения и реабилитации психически больных.

 История создания

На первом плане была разработана оригинальная карта, позволяющая оценить ряд социальных характеристик пациентов, отражающих их социальное функционирование и качество жизни. Карта представляет собой полуструктурированное интервью и включает ряд разделов: демографические данные; сведения о течении заболевания и особенностях диспансерного наблюдения; образование и трудовая деятельность; материально-бытовая сфера, в том числе данные о материальном положении, жилищных условиях, питании, обеспеченности одеждой; дневная активность, включая самообслуживание; семейное положение; социальные контакты. Каждый раздел содержит объективные характеристики социального статуса пациента (например, профессия, соответствие работы полученному образованию, наличие или отсутствие группы инвалидности и т. п.), его функционирования (например, частота изменений мест работы, их причина) и самооценку, то есть удовлетворенность соответствующей сферой жизни. Часть пунктов опросника построена по типу шкалы, то есть отражает тяжесть расстройств в баллах, что позволяет оценить их динамику. В отличие от аналогичных зарубежных шкал, данный опросник включает в себя не только данные, сообщаемые самим пациентом, но и показатели, получаемые объективно (из медицинской и другой документации, со слов родственников и т. п.).

В течение 1993 г. с помощью разработанной карты было проведено сплошное невыборочное исследование больных, находящихся под динамическим диспансерным наблюдением на одном из участков ПНД № 14 г. Москвы. Число обследованных больных составило 397 человек (из них 37 больных было протестировано двумя исследователями независимо друг от друга). В результате, были получены данные о социальном статусе, элементах социального функционирования и качества жизни обследованного контингента. Вместе с тем, после проверки работоспособности опросника ряд вопросов был исключен, в других случаях изменена формулировка.

В последующем доработка шла по двум направлениям. В 1994-1998 гг. была осуществлена серия работ, посвященная оценке динамики показателей социального функционирования и качества жизни больных депрессией (всего 283 чел.) в процессе их терапии различными антидепрессантами (амитриптилин, флуоксетин, сертралин, пароксетин, тианептин). В этот период карта была дополнена вопросами, позволяющими оценить изменение показателей социального функционирования за относительно короткий период времени (например, период проведения антидепрессивной терапии). Кроме того, специальное внимание было уделено вопросам, отражающим суждение пациентов о своем здоровье и, в частности, психическом состоянии, а также касающимся удовлетворенности жизнью «в целом», как наиболее интегративном показателе, по информативности превышающем сумму отдельных оценок различных сторон жизни пациента. И, наконец, в течение 1996-1997 гг. было проведено повторное тестирование пациентов, ранее обследованных на первом этапе работы и продолжающих находиться на динамическом диспансерном наблюдении. Их число составило 309 человек. Из них 59 пациентов было опрошено повторно с интервалом в 1 месяц. Кроме того, 53 больных было дополнительно обследова¬но с помощью шкалы A. F. Lehman и соавт. Последующая обработка полученных данных позволила осуществить окончательную валидизацию представляе¬мого оригинального опросника.

 Валидизация

Проверка работоспособности опросника проводилась путем оценки его достоверности (reliability), конструктивной (construct validity) и предиктивной валидности (predictive validity). Для оценки достоверности опросника применялся коэффициент альфа Кронбаха (Cronbach), рассчитываемый для отдельных разделов опросника. Кроме того, использовалось повторное тестирование с вычислением коэффициентов корреляции между ответами на вопросы при первоначальном и повторном тестировании, а также вычисление коэффициентов корреляции между ответами, касающимися ощущения общего благополучия, полученными при использовании данного опросника и шкалы A. F. Lehman и соавт. В последней данный раздел состоит из двух пунктов при 7-балльной оценке каждого (в отличие от 4-балльной в применяемом нами опроснике), переводящихся на русский язык достаточно однозначно, что позволило не проводить дополнительную валидизацию этого раздела шкалы при его использовании в осуществляемом исследовании. При этом данный показатель рассматривается как весьма существенный и используется для оценки достоверности при сопоставлении с другими шкалами.

Для оценки конструктивной валидности применялось два подхода:

вычисление корреляций между отдельным вопросом (или группой вопросов) и другой группой вопросов, а именно: оценкой общего благополучия и самооценкой отдельных показателей; показателями социального статуса, функционирования и здоровья, с одной стороны, и их самооценкой — с другой

анализ внутренней совместимости опросника (изменение коэффициента альфа, если какой-либо вопрос будет исключен).

В последнем случае исключались вопросы, обнаруживающие существенное повышение коэффициента альфа в случае их удаления.

Для оценки предиктивной валидности опросника, то есть возможности его использования для прогнозных расчетов, применялся многофакторный пошаговый регрессионный анализ. Элементы шкалы были сгруппированы в несколько блоков: демографические характеристики; течение заболевания и особенности наблюдения; социальный статус и социальное функционирование; и удовлетворенность пациента различными сторонами жизни. Затем выводилось общее уравнение регрессии удовлетворенности жизни в целом в зависимости от указанных показателей путем постепенного включения в него элементов указанных блоков, имеющих наибольший коэффициент корреляции с выделенным критерием (качество жизни в целом).

Полученные результаты свидетельствуют о высокой внутренней согласованности опросника, высокой тест-ретестовой надёжности и значимой корреляции с результатами валидных зарубежных опросников, в первую очередь Quality of Life Interview.

 Внутренняя структура

«Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» представляет собой полуструктурированное интервью и включает ряд разделов: демографические данные; сведения о течении заболевания и особенностях диспансерного наблюдения; образование и трудовая деятельность; материально-бытовая сфера, в том числе данные о материальном положении, жилищных условиях, питании, обеспеченности одеждой; дневная активность, включая самообслуживание; семейное положение; социальные контакты.

Каждый раздел содержит объективные характеристики социального статуса пациента (профессия, соответствие работы полученному образованию, наличие или отсутствие группы инвалидности и т.п.), его функционирования (частота изменений мест работы, их причина) и субъективную оценку, то есть удовлетворенность больного соответствующей сферой жизни. Для формализации последнего показателя больным предлагается выбрать одно из следующих высказываний: "абсолютно не удовлетворен", "скорее не удовлетворен, чем удовлетворен", "скорее удовлетворен, чем не удовлетворен", "удовлетворен полностью".

 Интерпретация

Опросник, не является шкалой, а имеет качественный характер, то есть данные большинства пунктов не оцениваются в баллах, а полученные результаты не суммируются в общий балл, оцениваясь по отдельности. Вместе с тем, для анализа социального функционирования больных в динамике используется несколько пунктов опросника, построенных по типу шкалы (количественная оценка):

Физическая работоспособность

Интеллектуальная продуктивность

Контакты с окружающими

Выраженность указанных нарушений СФ оценивается в баллах от 0 (относительно удовлетворительный уровень функционирования) до 4 (крайне низкий уровень функционирования). Однако и в этом случае каждый пункт оценивается в отдельности, не суммируясь с результатами других пунктов.

 Процедура проведения

Опросник заполняется врачом, социальным работником или другим обученным персоналом. Сведения сообщаются не только самим пациентом, но и складываются из данных, получаемых объективно (из медицинской и другой документации, со слов родственников и т.п.), что позволяет иметь более точную и адекватную информацию. Подобный подход, однако, применяется только для пунктов, объективно отражающих социальный статус и функционирование пациентов. Параграфы, отражающие субъективную оценку пациентов - удовлетворенность больных той или иной стороной жизни, то есть их качество жизни заполняются строго на основе суждений самих пациентов. Учитывая, что показатели качества жизни являются исключительно субъективными, а для получения достоверных результатов обязательным условием является возможность адекватно понимать поставленные вопросы, из этой части опроса исключаются больные с деменциями, глубокой умственной отсталостью и измененностью знания.

Клиническая значимость

С помощью опросника становится возможным получение широкого круга сведений, касающихся функционирования пациентов и их удовлетворенности различными сторонами своей жизни. Эти сведения, наряду с клиническими характеристиками, являются важнейшими составляющими оценки результатов терапии и реабилитационного процесса, качества психиатрической помощи, используются при планировании деятельности психиатрических служб. Изучаемые показатели могут служить основой для выделения отдельных групп пациентов, имеющих сходные социальные проблемы, особенности функционирования и его оценки, что позволяет создать базу для формирования адресно ориентированных реабилитационных программ и более целенаправленно осуществлять психосоциальную помощь, эмоциональную и инструментальную поддержку лиц с психическими расстройствами.

Полученные данные делают возможным выделение категорий больных с определенными (целевыми) задачами по их социальной поддержке и реабилитации, а также групп пациентов, различающихся по соотношению их социальному функционирования и качества жизни (например, высокие показатели качеств; жизни при низком уровне функционирования и др.), что представляется существенным при разработке мероприятий по оптимизации социальной работы в психиатрических учреждениях. Так, с помощью опросника среди контингент; психически больных выделены группы, нуждающиеся в различных формах психосоциального вмешательства:

пациенты, имеющие инвалидность, с высоким риском потери работы, проблемами трудоустройства и безработные;

малообеспеченные;

с бедными социальными сетями, не имеющие близких родственников или не поддерживающие с ними отношений;

лица, имеющие проблемы в семье или занимающие в ней чрезмерно зависимое положение;

пациенты с выраженным ограничением социальных контактов.

Выделение этиХ групп больных (в которых указанные характеристики являются ключевыми, связанными с другими показателями социального функционирования) представляют основу для структурирования системы (психосоциальной реабилитации и всей социальной работы в психоневрологических учреждениях.

Кроме того, выделены группы с различным соотношением (в том числе диссоциацией) показателей социального функционирования и качества жизни. У значительной части из них это может стать препятствием для включения в систему социальной реабилитации и потребовать сначала формирования у них соответствующей мотивации. В целом, соотношение указанных показателей должно непременно учитываться во всех случаях при организации реабилитационного процесса.

Показатели социального функционирования и качества жизни становятся в настоящее время важными составляющими при оценке терапевтической динамики психических расстройств и социального эффекта фармакотерапии.

При проведении научных исследований данные, полученные по каждому из показателей в отдельности (например, количество пациентов с высоким качеством жизни), могут подвергаться статистическому анализу для определения различий до и после того или иного вмешательства, а также соотношения между объективным положением больных и их субъективной оценкой.