

ОЦЕНКА НА ОБЩОТО ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА БЛИЗКИ, ПОЛАГАЩИ ГРИЖИ ЗА ХРОНИЧНО БОЛНИ

Е. Иванова

Клиника по психиатрия, УМБАЛ „Александровска” – София

AN ASSESSMENT OF THE GENERAL STATE OF HEALTH OF RELATIVES CARING FOR CHRONICALLY ILL PATIENTS

E. Ivanova

Clinic of Psychiatry, University Multiprofile Hospital for Active Treatment “Alexandrovska” – Sofia

Резюме. Целта на изследването бе да се сравни общото здравно състояние на две групи от близки, полагащи грижи за хронично (психично и соматично) болни. Обект на изследването бяха близките на 54 пациенти с психични разстройства и 61 души близки на пациенти с хронична бъбречна недостатъчност, провеждащи хемодиализа. За оценка беше използван "Въпросникът за общо здравно състояние" (ВОЗС) на D. Goldberg с нормативен праг от ≤ 11 точки за българското население. Над нормативния праг по ВОЗС бяха 36 от близките (66,67%) на пациентите с психични разстройства и 42-ма от близките (68,85%) на пациентите на хемодиализа. При двете изследвани групи доминираха нарушенията в съня, проявите на тревожност и дисфория.

Ключови думи: въпросник за общо здравно състояние на D. Goldberg, близки, психични заболявания, хемодиализа

Abstract. The aim of the study was to compare the general health status of two groups of relatives caring for chronic (mental and somatic) patients. The subjects of the study were the relatives of 54 patients with psychiatric disorders and 61 of patients with chronic renal failure receiving hemodialysis. The General Health Questionnaire (GHQ) by D. Goldberg was used for evaluation with a rate of ≤ 11 points for the Bulgarian population. 36 relatives (36.6%) of patients with psychiatric disorders and 42 of the relatives (68.85%) of patients on hemodialysis were over the GHQ norm. The two study groups were dominated by sleep disturbances, anxiety and dysphoria.

Key words: General Health Questionnaire by D. Goldberg, relatives, mental disorders, hemodialysis

Увод

В нашето общество значителна част от хронично (психично и соматично) болните остават в семейната среда, където основно се полагат грижи за тях. Семейството и значимите възрастни преживяват редица трудности по отношение на тяхното обгрижване. Пациентите често се приемат като „тежест“ за семейството и поставят „белег“ върху него. Присъствието на хронично (психично и соматично) болен в семейството води до промени в

социалните роли, ресурсите и възможностите за реализация на семейството като цяло. Най-честият ефект от продължителното обгрижване е тежка семейна дисфункция, от друга страна, за хронично (психично и соматично) болните се „търсят начини“ за настаняване в институция, поради ограничените възможности за ползване на социални услуги в общността: център за социална рехабилитация и интеграция, дневни центрове за възрастни хора с умствени или физически увреждания, дневни центрове за деца и младежи и други.

Целта на изследването беше да се направи оценка на общото здравно състояние на близките, които основно полагат грижи за болен член от семейството. Обект на изследването бяха близките на 54 пациенти с психични разстройства и 61 на пациенти с хронична бъбречна недостатъчност (ХБН), провеждащи периодична хемодиализа (ПХД). За пациентите грижите са в рамките на семейна среда и никога не са настанявани в институции.

В трудоспособна възраст бяха 48 от близките (88,89%) на пациентите с психични разстройства, като само 10 (20,83%) от тях работеха. При близките на пациентите на ПХД в трудоспособна възраст бяха 39 (63,93%), като от тях 7 (11,48%) имаха постоянна работа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

При двете изследвани групи беше използван *Въпросникът за общо здравно състояние* (ВОЗС) на D. Goldberg (General Health Questionnaire – GHQ) [8], който е преведен и адаптиран на български език [1] с нормативен праг от ≤ 11 точки. Въпросникът съдържа 60 твърдения, които дават възможност за шестфакторен анализ на следните показатели: общо заболяване, соматични симптоми, нарушения в съня, социална дисфункция, тревожност и дисфория и депресия със суициден риск.

Данните бяха обработени със статистически програмен продукт (SPSSv.17.0) чрез използването на параметрични методи: вариационен и алтернативен анализ, и t-критерий на Student.

РЕЗУЛТАТИ

Направено беше сравнение на социодемографските характеристики (пол, семейно положение, образование и възраст) между двете групи близки, които са представени в табл. 1.

И при двете групи най-голям беше относителният дял на жените (майки, съпруги и дъщери), семейните и тези със средно образование, които се грижеха за хронично болните в рамките на семейството. Близките на пациентите с психични разстройства полагат грижи за 29 пациенти (53,70%) до 18-годишна възраст и за 25 пациенти (46,30%) над 18-годишна възраст.

Разпределението на пациентите според техните диагнози беше: лека умствена изостаналост – 13 (24,07%), умерена умствена изостаналост – 10 (18,52%), генерализирани разстройства на развитието (детски аутизъм) – 10 (18,52%), специфични разстройства в развитието на речта и

Таблица 1. Социодемографски данни за двете изследвани групи

Група	Близки на психично болни (n = 54)		Близки на болни на ПХД (n = 61)	
	Брой	%	Брой	%
<i>Пол</i>				
Жени	51	94,44	49	80,30
Мъже	3	5,56	12	19,70
<i>Семейна статус</i>				
Семеен/а	40	74,07	48	78,70
Несемеен/а	8	14,81	9	14,80
Разведен/а	5	9,26	2	3,30
Вдовец/а	1	1,85	2	3,30
<i>Образование</i>				
Висше	8	14,81	16	26,20
Средно	29	53,70	34	55,70
Основно	17	31,48	11	18,00
<i>Средна възраст в години (mean ± SE)</i>	38,11 ± 7,18 г.		46,29 ± 1,79 г.	

езика – 2 (3,70%), хиперкинетично разстройство – 2 (3,70%), шизофрения – 5 (9,26%), депресия – 5 (9,26%), шизоафективно разстройство – 2 (3,70%), специфични разстройства на личността – 3 (5,56%), и деменция – 2 (3,70%).

Всички близки, полагачи грижи за пациентите с ХБН на ПХД, бяха над 18-годишна възраст. Разпределението на пациентите на ПХД според техните диагнози, довели до развитието на ХБН, беше: хроничен гломерулонефрит – 24 (39,30%), хроничен пиелонефрит – 14 (23,00%), диабетна нефропатия – 6 (9,80%), бъбречна поликистоза – 5 (8,20%), вродени бъбречни аномалии – 3 (4,90%), подагра – 1 (1,60%), и други заболявания – 8 (13,11%).

В изследването бяха включени близки на пациенти, провеждащи ПХД минимум от 3 месеца, а при едни от тях продължителността на диализното лечение беше 180 месеца (15 години). Средната продължителност на ПХД беше 37,77 ± 5,32 месеца.

Заболяванията, които имат хроничен ход на протичане, нарушават в значителна степен социалното функциониране и работоспособността на пациентите. Разпределението на пациентите с психични разстройства според процента неработоспособност/степената на нарушената социална

адаптация, определени от ТЕЛК (териториални експертни лекарски комисии), бяха: 13 пациенти (до 50%), 11 пациенти (от 51 до 70%), 17 пациенти (от 71 до 90%) и 16 пациенти (над 90%). В процуването преобладаваха пациентите с психични разстройства, при които неработоспособността/нарушената социална адаптация беше от 71 до 90% и над 90% според решението на ТЕЛК.

Петима от пациентите с психични заболявания над 18 години (9,26%) ежегодно посещаваха Дневен стационар, а други двама пациенти посещаваха Дневен център (3,70%). Един от близките на психично болен беше негов социален асистент (1,85%). От всички деца и юноши, включени в изследването, Дневен център за деца с увреждания посещаваха – 3 деца (5,56%), а други 5 (9,26%) провеждаха занимания с психолог и/или логопед, според индивидуалните им нужди.

Пациентите с ХБН на ПХД имаха 100% неработоспособност, определена от ТЕЛК, като нито един от тях не беше включен в социални услуги в общността.

Ежедневието на близките на пациентите с ХБН на ПДХ беше поредица от задължения и дейности, свързани със съобразяване с дневния режим на пациента за провеждане на ПХД, придружаването му до диализния център, съдействие за изписване, доставка и прием на назначените медикаменти, осъществяване на консултации със специалисти по повод на различните заболявания, ежедневна помощ в приготвянето на диетична храна, допълнителни грижи за съдовия достъп (предпазване от възникването на инфекции и др.), грижи за хигиената и други.

Близките на пациентите с психични разстройства контролираха приема на назначеното поддържащо лечение, провеждането на прегледи при амбулаторен психиатър, посещенията при

личния лекар за изписване на лекарства, настаняването за болнично лечение при влошаване на състоянието, проследяването на съпътстващи соматични заболявания и др.

Съществува двупосочна връзка по отношение на здравното състояние на пациента и полагащия грижи за него. От една страна, грижите на близкия за психично или соматично болния често имат решаващо значение за хода на заболяването, от друга страна, близкият е подложен на неблагоприятните последици на хроничното заболяване, които могат да доведат до развитието на психични разстройства при болногледача. Над нормативния праг от 11 точки по ВОЗС бяха 36 от близките (66,67%) на пациентите с психични разстройства и 42-ма от близките (68,85%) на пациентите с ХБН на ПХД. В табл. 2 са представени резултатите по шестфакторния анализ на ВОЗС за двете групи.

При сравняването на резултатите по шестфакторния анализ на ВОЗС беше установено, че при двете групи доминират нарушенията в съня, общото заболяване и проявите на тревожност и дисфория.

Продължителният и интензивен дистрес, който съпровожда грижите за хронично (психично и соматично) болен, може да доведе до прояви на тревожност и депресия при близкия. Наблюдавана беше тенденцията близките на болните с ХБН на ПХД да имат по-високи средни стойности за депресията със суициден риск в сравнение с близките на пациентите с психични разстройства.

Грижите за хронично болните оказват влияние върху психичното състояние на близките им, като прием на психотропни медикаменти беше установен при 17 от близките (27,90%) на пациентите с ХБН, провеждащи ПДХ: 14 от тях приемат медикаменти от групата на бензодиазепините (22,95%), а трима (4,92%) – антидепресанти.

Таблица 2. Резултати според шестфакторния анализ на ВОЗС за двете групи

Изследвани групи Фактори по ВОЗС	Близки на психично болни (n = 54)	Близки на болни на ПХД (n = 61)	t	P
	mean ± SD	mean ± SD		
Общо заболяване	2.07 ± 1,68	2.39 ± 1.82	0,49	> 0.05
Соматични симптоми	1.39 ± 1.44	1.66 ± 1.85	0,27	> 0.05
Нарушения в съня	2.20 ± 1.89	2.54 ± 2.03	0,41	> 0.05
Социална дисфункция	1.37 ± 1.89	1.75 ± 1.66	0,56	> 0.05
Тревожност и дисфория	1.63 ± 1.96	2.57 ± 2.47	0,75	> 0.05
Депресия със суициден риск	0.67 ± 1.70	1.43 ± 2.04	0,89	> 0.05
Средна стойност на обща сума	18.81 ± 14.19	25.07 ± 18.45	0,96	> 0.05

От всички изследвани близки на пациентите с психични разстройства, прием на психотропни медикаменти беше установен при 9 (16,67%): четирима приемат медикаменти от групата на бензодиазепините (7,41%), а петима (9,26%) – анти-депресанти.

ОБСЪЖДАНЕ

По отношение на здравното състояние съществува взаимно влияние между пациентите и техните близки, от една страна, наличието на подкрепа повишава благосъстоянието на пациентите, а от друга страна, състоянието на пациента влияе върху психичното здраве на близките. В настоящото изследване сред полагащите грижи за хронично (психично и соматично) болен преобладаваха жените, семейните и тези със средно образование.

Данните се потвърждават и от други автори, които посочват, че обгрижването е хроничен стресор, под чието въздействие попадат най-често жените – поставяйки ги пред повишен риск за развитието на депресивно разстройство [9]. При проучване на връзката между депресията и семейния статус при наличието на инвалидизиращо заболяване в семейството, е установено, че бракът е протективен фактор за мъжете, но е рисков фактор за жените по отношение на развитието на депресивно разстройство [11].

При изследване на грижещите се за 100 пациенти на ПХД с давност повече от 4 месеца е установено, че по-голямата част от тях са жени, семейни, на средна възраст и с нисък социално-икономически статус. Близките, полагащи грижи за пациентите, най-често са техните съпруги или деца, като влияние върху психичното им здраве имат следните фактори: жизнеността на пациента, роднинската връзка с него (жени/съпруг) и наличието на болки при пациента. Според авторите грижата за пациент на ПХД може да има неблагоприятни ефекти върху качеството на живота на близкия, особено при отчитане на емоционалните аспекти на роднинските връзки (жени/съпруги), което определя необходимостта от социална подкрепа и психологични интервенции, насочени към цялото семейство [4].

При изследване на близки, които полагат грижи за пациенти на ПХД и перитонеална диализа, е установено, че 32% от тях имат прояви на депресия [3]. Други автори също потвърждават наличието на взаимовръзка между депресивните прояви при пациенти с ХБН на ПХД и емоционалното състояние на близките, полагащи грижи за тях [6].

Депресивни прояви са установени при 25% от лицата, полагащи грижи за болни с деменция, като приблизително при 30% от случаите депресивно разстройство персистира [2].

Нашите резултати разкриха, че и двете групи имат прояви на тревожност, депресия със суициден риск и нарушено социално функциониране, като при сравнението между тях не беше установена статистически значима разлика. Близките на пациентите от двете групи приемаха психотропни медикаменти, с оглед овладяване на тревожно-депресивните прояви.

Грижите на екипите от диализните центрове е желателно да бъдат насочени към цялото семейство. В научната литература съществуват публикации, които препоръчват провеждането на обучителни програми, насочени към психологичната подготовка на пациентите с ХБН и членовете на техните семейства [8]. Необходимо е провеждането на обучение – не само за хроничните соматични заболявания, но и за близките на пациентите с психични разстройства.

Изследователи проучват семейните отношения, социалното функциониране и подкрепата при 709 роднини на пациенти с шизофрения и 646 близки на пациенти със соматични заболявания (хронични сърдечни, мозъчни, диабетни, бъбречни и белодробни). При всички изследвани „последниците“ от грижите през последните 2 месеца са ограничения в социалните дейности, наличието на семейна дисфункция и преживявания на „чувство за загуба“. От друга страна, социалната подкрепа и помощ при спешни случаи приоритетно получават роднините на пациентите със соматични заболявания, в сравнение с роднините на пациенти с шизофрения.

Резултатите от това проучване подчертават необходимостта от оказване на подкрепа на семействата на хората с хронични заболявания, която да бъде насочена към предоставяне на информация относно естеството и хода на болестта при пациента, обучение на близките за симптомите на болестта и психотерапевтична работа с тях, както и развити на социалните услуги в подкрепа на роднините на психично болни (шизофрения) [10].

Според други автори е необходимо осигуряването на грижи за членовете на семейството с хронично болен, тъй като обгрижването може да доведе до „чувство на бреме“ или „натиск върху лицата“, грижещи се за болния, влошаване на качеството на живота им, промени както в ролите, така и в грижите за болните, налагащи се в хода на заболяването [12].

Ефективността от провеждането на интервенции в рамките на семейството има важна роля

по отношение на превенцията и терапията на заболяванията. Основните насоки на семейните интервенции могат да бъдат ориентирани към четири клинични области: грижи за семейството на възрастен болен; участието на съпрузите в терапията на хроничните заболявания при възрастни; хронично заболяване в детска възраст и промоция на здравето [5].

Пациентите с психични разстройства имат някои възможности за включване в различни социални услуги в общността, които да им помогнат за тяхната реинтеграция и социализация, от друга страна – на хората в трудоспособна възраст, както и на техните близки да се предоставят начини за трудова реализация за извършване на социални услуги в общността: *социален асистент* и други. Нашите резултати сочат, че малък брой от пациентите с психични разстройства ползват социални услуги в общността, един от близките е социален асистент на пациента, а относително по-голям брой от децата и юношите посещават дневни центрове.

Изграждането на дневни центрове, предлагащи комплексни услуги, отговарящи на нуждите на техните потребители, дава възможност за подобряването на качеството на живота на цялото семейство. Дневните центрове предоставят подкрепа, включване в терапевтични програми и провеждат обучение в социални умения, като по този начин имат за цел подобряване на социалното функциониране на пациента.

Поради значително ограничения брой на дневните центрове, потребностите от грижи за пациентите с психични разстройства водят до търсенето на алтернативи и до максимално използване на наличните ресурси – дневен стационар, който се приема като алтернатива на хоспитализацията. Дневният стационар има редица предимства: в по-малка степен се нарушава ежедневието на пациентите с психични разстройства, лечението им се извършва в по-слабо рестриктивна среда и се избягва стигмата, свързана с психиатричната хоспитализация. Програмите в дневния стационар се използват в ранната фаза на стабилизация и са ограничени по време, като спомагат за намаляване честотата на рехоспитализациите и за по-добро запазване на ролевото функциониране на пациентите с психични разстройства в рамките на средата им.

Изводи

Грижите за хронично (соматично и психично) болен оказват влияние върху психичното състояние на полагащите грижи за него, като близкият

от своя страна повлиява върху протичането на болестта и провежданото лечение.

Нужно е изграждането на „мрежа“ от социални услуги в общността за хора с хронични (соматични и психични) заболявания, като техните семейства също е необходимо да получават социална подкрепа, да участват в процеса на вземане на решения за предоставянето на социални услуги и да се създадат възможности за трудова реализация на близките – *социален асистент* и т.н. От друга страна, пациентите следва да получават подкрепа за независим живот и социално включване, като по този начин да се ограничи нуждата от институционални грижи за тях.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Машонова Т. Въпросникът за общо здравно състояние на D. Goldberg в нов превод на български език. В: Задачи на медицинската психология (ред. В. Влахова-Николова и други), Офсетова база при Медицински университет, Пловдив, 1994, 43-46.
2. Ballard CG, Eastwood C, Gahir M et al. A follow up study of depression in the careers of dementia sufferers, *BMJ*, 1996, 312-947.
3. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR et al. Quality of Life of Family Caregivers of Elderly Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Am J of Kidney Dis.*, 2006, 48:955-963.
4. Belasco AG, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients". *Am J of Kidney Disease*, 2002, 39, 805-812.
5. Campbell TL. The effectiveness of family interventions for physical disorders. *JMFT*, 2003, 29:263-281.
6. Deneker B, Kimmel PL, Ranich T et al. Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses. *Am J of Kidney Dis.*, 2001, 38(4): 839-846.
7. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire, *Psychol. Med.*, 1979, 9: 139-145.
8. Kimura H, Ozaki N. Diagnosis and treatment of depression in dialysis patients. *Ther Apher Dial*, 2008, 10(4): 328-332.
9. Livingston G, Manela M, Katona C. Cost of community care for older people. *Br J Psych.*, 1997, 171: 56-59.
10. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C et al. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med*, 2005, 61(2): 313-322, 2005.
11. Prince MJ, Harwood RH, Thomas A, et al. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. *Psychol. Med.*, 1998, 28:337-350.
12. Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res*, 2003, 12, (Suppl. 1): 33-41.

✉ Адрес за кореспонденция:
Д-р Елена Иванова
Клиника по психиатрия
УМБАЛ „Александровска“
ул. „Св. Г. Софийски“ № 1
1431 София
GSM: 0895472527
e-mail: helen_aivan@abv.bg