

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.12-08:616.8-085.851

О.О. Хаустова, О.В. Бушинська, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно
**ОПИТУВАЛЬНИК PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ) ЯК СТАНДАРТИЗОВАНА
 МЕТОДИКА ВИЯВЛЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
 У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
 НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: опитувальник Patient Health Questionnaire, депресія, тривога, хронічні неінфекційні захворювання, первинна медична допомога.

У статті представлений аналіз статистичних даних щодо психічних розладів непсихотичного реєстру в Україні, доведена необхідність всебічного вивчення психопатологічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної ланки медичної допомоги з використанням валідних і стандартизованих методів для виявлення депресії і тривоги. Авторами зроблений адаптований український переклад опитувальника Patient Health Questionnaire (PHQ) і наведений власний досвід його застосування. Зроблено висновок, що опитувальник PHQ є надійним інструментом для виявлення психопатологічних порушень у соматичній медицині і може використовуватися в клінічній практиці як психіатрами, так і лікарями загальної медицини.

Актуальність. Психічні розлади є однією з головних проблем охорони здоров'я суспільства в Європейському регіоні з точки зору тяжкості захворювання або інвалідності. Є дані, що більше третини населення щорічно зазнає психічних розладів, найпоширенішими з яких є депресія і тривога. Депресивний розлад у жінок трапляється удвічі частіше, ніж у чоловіків. Аналіз психічного здоров'я населення України за 2008–2012 роки виявив наступні тенденції. Захворюваність на розлади психіки та поведінки зменшилася на 8,7% за 5-річний період, що може бути обумовлене гіподіагностикою психічних розладів, особливостями організації надання психіатричної допомоги, відсутністю статистичного обліку пацієнтів, які отримують допомогу у психіатрів недержавних закладів, ставленням населення до стану психічного здоров'я, культурою та традиціями ставлення до осіб із вадами психіки.

У структурі показників психічної захворюваності в Україні у 2012 році, як і в минулі роки, переважали розлади психіки непсихотичного характеру. Протягом останніх п'яти років поширеність розладів психіки та поведінки збільшилася на 0,3%. Аналіз структури поширеності розладів психіки та поведінки засвідчив збереження тенденції до зростання відсотка непсихотичних розладів – 49,9% [1].

Це явище можна пояснити зростанням рівня захворюваності на психічні розлади внаслідок церебральних та атрофічних процесів, соматичної патології. Дані численних популяційних досліджень свідчать, що значна частина осіб, які страждають на психічні розлади, залишається поза увагою фахівців-психіатрів. Насамперед ідеться про розлади непсихотичного рівня, оскільки психотичні розлади виявляються в 12 разів краще [1].

Первинна медична допомога для переважної більшості людей залишається першою точкою контакту з приводу проблем із психічним здоров'ям. Близько 50% осіб, які звертаються за допомогою, страждають від проблем, часто не діагностованих, із психічним здоров'ям. Звернення в систему первинної медичної допомоги не є стигматизацією, легкодоступне, і короткі втручання можуть бути ефективними, особливо для людей з такими поширеними проблемами психічного здоров'я, як тривога і депресія.

Психосоматична медицина, згідно з сучасними поглядами, є методом лікування та наукою про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з навколишнім середовищем [2–7, 12–14]. Такий принцип, який опирається на єдність тілесного і душевного, є основою медицини та підґрунтям сучасної біопсихосоціальної парадигми. Очевидно, що межа між «органічними» і «функціональними» розладами діяльності внутрішніх органів і систем є досить невизначеною, і в клінічній медицині все більше утверджується точка зору, що коло суто «тілесних» порушень скорочується. Звідси закономірний інтерес до психологічних і соціальних аспектів клініки внутрішніх хвороб, емоційних факторів етіології і характеру перебігу хвороби. Хворого справедливо сприймають не тільки як «власника» хворого органа, але й як особистість, що функціонує у визначеному, нерідко патогенному, середовищі. Багато лікарів бачать у психосоматичному підході здорову реакцію на деперсоналізовану медицину, що стала результатом усе більш вузької спеціалізації і технізації, що глибоко змінюють відносини «лікар – хворий». До цього варто додати, що гуманізація медицини, впровадження в широку клінічну практику ідей і методів медичної

психології і психотерапії, реалізація загальномедичної концепції реабілітації орієнтує лікарів різного профілю і психологів на особистісний підхід до хворої людини. Остання обставина також припускає сприйняття хворого не тільки як об'єкт, але і суб'єкт лікування [8–11, 14–19].

Завдання психосоматичної медицини полягає в тому, щоб знайти зв'язок між психологічними показниками переживань і поведінки та соматичними процесами і отриману картину використати з терапевтичною метою. Психосоматика також вирішує питання прогнозу, які визначаються при лікуванні різними методами. Беручи початок із загальної медицини, психосоматика вимушена постійно розширювати свої межі, що неминуче приводить до пошуків нових шляхів дослідження. Сьогодні важливо те, що допускається плюралізм рівнів досвіду і що науково-дослідницькі підходи конкурують між собою водночас залишаючись відкритими один для одного [3, 9, 10, 20–22].

Нові соціальні техніки та технології ґрунтуються на суттєво іншому принципі суспільного розвитку, який передбачає радикальний поворот суспільства до особистості, захисту її життєвих (психічних та фізичних) сил. Якщо раніше в центрі уваги були інтереси суспільства, тобто особистість виявлялася підім'ятою суспільством і мала підпорядковувати свої інтереси суспільній необхідності, а суспільство, своєю чергою, «обслуговувало» державу, то зараз подальший прогрес суспільства залежить від того, наскільки успішним буде «перевертання піраміди», встановлення зворотного співвідношення – не суспільство й особистість для держави, яка привласнила необмежену владу над особистістю, а держава для суспільства і суспільство для особистості, для кожного окремого індивідуума.

Всебічне вивчення психопатологічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної ланки медичної допомоги потребує валідних та стандартизованих діагностичних підходів. Сучасні інтеграційні тенденції української психіатрії до світової науки спонукають до застосування зарубіжних методів діагностики.

Мета нашого дослідження – адаптувати спільний інструментарій діагностики психічних розладів непсихотичного реєстра у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги з використанням опитувальника PHQ.

Матеріали та методи дослідження

Опитувальник PHQ є діагностичним інструментом для виявлення психічних розладів непсихотичного реєстра у пацієнтів на етапі первинної медико-санітарної мережі. На сучасному етапі існує багато варіантів даного опитувальника. Для досягнення поставленої мети ми проаналізували різні модулі PHQ. В історичному аспекті попередником сучасного опитувальника був Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME–MD), розроблений в середині 90-х років L. Robert, M. D. Spitzer, B. W. Janet, D. S. Williams and Kurt Kroenke та ін. для скринінгу та діагностування в первинній медико-санітарній мережі п'яти типів най-

поширеніших психічних розладів: депресії, тривоги, соматоформного розладу переїдання та зловживання алкоголем. Але суттєвим недоліком цього варіанта була його недостатня інформативність. На сьогодні його використовують лише в деяких видах досліджень, він не набув значного поширення.

В останнє десятиріччя значну популярність отримав модуль PHQ–9, який складається із 9 пунктів, зручний у використанні, але дозволяє оцінити вираженість та оцінити динаміку в процесі лікування лише депресії. PHQ–2, коротший варіант PHQ–9, містить два питання для оцінки наявності пригніченого настрою і втрати інтересу або задоволення в повсякденній діяльності. Інший варіант модуля PHQ, який складається із 7 пунктів, має назву Generalized Anxiety Disorder (GAD–7), було розроблено для діагностики генералізованого тривожного розладу, але він також має високу чутливість і при панічному розладі, і при посттравматичному стресовому розладі. Опитувальник GAD–2 – скорочений варіант, придатний лише для скринінгу тривоги, при наявності змін вирішується питання про детальніше обстеження. І нарешті PHQ–15, який використовують для діагностики соматоформного розладу. Кожен модуль може використовуватись самостійно, залежно від інтересів, які має на меті дослідник. Існує ще багато модифікованих варіантів PHQ, наприклад PHQ–A, розроблений для використання у підлітків, або ультракороткі варіанти PHQ–4, PHQ–8, використовуючи які дослідник може виявити лише деякі зміни, щоб виявити потребу в більш детальному обстеженні.

Опитувальник стану здоров'я PHQ призначений для полегшення визначення і діагностики найпоширеніших психічних розладів у пацієнтів на рівні первинної медичної мережі: депресії, тривоги, соматоформного розладу, розладів переїдання та зловживання алкоголем. Для пацієнтів з депресивними розладами оцінка індексу тяжкості депресії за PHQ може бути проведена повторно, через деякий час, для відстеження змін. PHQ має застосовуватись для усіх пацієнтів, які щойно поступили у відділення з підозрою на психічний розлад. Оскільки опитувальник надається для самозвітності пацієнта, він дозволяє виявити проблему, але остаточний діагноз повинен бути перевірений лікарем з урахуванням того, наскільки добре пацієнт зрозумів питання опитувальника, а також іншої відповідної інформації від пацієнта, його сім'ї та з інших джерел.

Для полегшення інтерпретації відповідей пацієнта, всі відповіді, які мають клінічне значення, можна знайти в колонці праворуч (окрім опитування щодо суїцидальних думок при діагностиці депресивного синдрому).

Відповідно до статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу», питання встановлення діагнозу психічного захворювання належать винятково до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Оцінка симптомів, вказаних в опитувальнику, дозволяє лікарю-психіатру встановити діагноз.

Адаптований протокол опитувальника стану здоров'я PHQ має такий вигляд (див. нижче).

1. Наскільки Вас турбували такі проблеми за останні 4 тижні?	Мене це зовсім не турбувало	Незначно турбувало	Дуже турбувало
A	Біль у животі		
B	Біль у спині		
C	Біль у руках, ногах або суглобах (колінах, тазостегнових суглобах)		
D	Менструальні болі або інші проблеми, пов'язані з менструаціями (тільки для жінок)		
E	Біль або інші проблеми під час статевого акту		
F	Головний біль		
G	Біль у грудній клітці		
H	Головокружіння		
I	Непритомність		
J	Посилене або прискорене серцебиття		
K	Задишка		
L	Запор, рідкі випорожнення або пронос		
M	Нудота, гази або відчуття дискомфорту у шлунку		

2. Як часто за останні 2 тижні Вас турбували такі проблеми?	Жодного разу	Деякі дні	Більше половини днів	Майже кожен день
A	Вам не хотілось нічого робити?			
B	У Вас був поганий настрій, Ви були пригнічені або відчували безнадійність?			
C	Вам було важко заснути, у Вас був переривчастий сон, або Ви достатньо багато спали?			
D	Ви були втомлені, або у Вас було мало сил?			
E	У Вас був поганий апетит, або Ви переїдали?			
F	Ви погано про себе думали: Ви вважали себе невдахою, або були в собі розчаровані, або вважали, що підвели свою родину?			
G	Вам було складно сконцентруватися (наприклад, на читанні газети або на перегляді телепередач)?			
H	Ви рухались або говорили настільки повільно, що навколишні це помічали? Або, навпаки, Ви були настільки метушливі або розбурхані, що рухались дещо більше звичайного?			
I	Ви думали про те, що Вам краще було б померти, аніж причинити собі якусь шкоду?			

	Ні	Так
A	Були у Вас за останні 4 тижні напади тривоги, при яких Ви відчували несподіваний страх або паніку?	
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІДАЄТЕ «НІ», ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ № 5		
B	Чи траплялось це раніше?	
C	Чи трапляються деякі з цих нападів зовсім несподівано – тобто у таких ситуаціях, коли Ви начебто не повинні нервувати або відчувати себе некомфортно?	
D	Чи сильно Вас непокоять ці напади, чи боїтесь Ви, що у Вас буде новий напад?	
Ні Так		
A	Чи була у Вас задишка?	
B	Чи було у Вас прискорене або сповільнене серцебиття?	
C	Чи був у Вас біль у грудній клітці або відчуття стиснення за грудиною?	

D	Чи пітіли Ви?		
E	Чи було у Вас відчуття ядухи?		
F	Чи відчували Ви припливи жару або озноб?		
G	Чи відчували Ви нудоту або дискомфорт у шлунку, або, можливо, у Вас було відчуття, що зараз почнеться пронос?		
H	Чи відчували Ви головокружіння, відчуття втрати рівноваги або стани непритомності?		
I	Чи відчували Ви поколювання або оніміння у будь-яких частинах тіла?		
J	Чи відчували Ви дрижання у тілі?		
K	Чи здавалося Вам, що Ви помираєте?		

5. Як часто за останні 4 тижні Вас турбували такі проблеми?	Жодного разу	Деякі дні	Більше половини днів
A	Ви нервували, тривожились або сильно переживали з різних причин?		
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «ЖОДНОГО РАЗУ», ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЗАПИТАННЯ № 6			
B	Ви були збуджені, тому Вам було важко всидіти на місці.		
C	Ви дуже швидко втамувались.		
D	Ваші м'язи були напруженими, боліли або нили.		
E	Вам було складно заснути або у Вас був переривчастий сон.		
F	Вам було складно сконцентруватися (наприклад, на читанні книжки або перегляді телепередач).		
G	Ви легко роздратовувались або були нестримані.		

6. Запитання про харчування	Ні	Так
A	Чи часто Ви відчуваєте, що не можете контролювати, що і скільки Ви їсте?	
B	Чи часто Ви з'їдаєте протягом 2 годин порції їжі, які інші вважають незвичайно великими?	
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «НІ» НА ЗАПИТАННЯ «А» АБО «В», ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЗАПИТАННЯ № 9		
C	Чи відбувалося це у середньому 2 рази на тиждень за останні 3 місяці?	

7. За останні 3 місяці чи робили Ви часто таке, щоб не набрати вагу?	Ні	Так
A	Чи викликали в себе блювання?	
B	Чи приймали надмірну дозу проносних засобів, перевищуючу рекомендовану дозу більш ніж у два рази?	
C	Чи утримувались Ви від їжі – зовсім нічого не їли принаймні 24 години?	
D	Чи займались фізичними вправами більше години спеціально для того, щоб не набрати вагу після надмірного вживання їжі?	

8. Якщо Ви відповіли «Так» на одне з попередніх запитань, дайте будь-ласка відповідь, чи робили Ви це в середньому два рази на тиждень?	Ні	Так

9. Чи вживаєте Ви алкогольні напої (в тому числі пиво або вино)?	Ні	Так
ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ «НІ», ПЕРЕЙДІТЬ ДО ЗАПИТАННЯ № 11		

10. Чи відбувалося з Вами що-небудь із нижченаведеного більше одного разу за останні 6 місяців?	Ні	Так
A	Чи вживали Ви алкогольні напої, хоча лікар Вам рекомендував припинити їх вживання через проблеми зі здоров'ям?	
B	Ви вживали алкогольні напої, були у стані сп'яніння або похмілля під час роботи, навчання, наглядаючи за дітьми або виконуючи інші обов'язки?	
C	Ви спізнились або не пішли на роботу, навчання або на інші заходи, тому що Ви пили алкогольні напої або у Вас було похмілля?	
D	У Вас були проблеми у спілкуванні з людьми, коли Ви випивали?	
E	Ви керували машиною після того, як випивали помірну або надмірну кількість алкоголю?	

11. Якщо Ви позитивно відповіли на будь-які пункти у даному опитувальнику, то оцініть, наскільки складно Вам було працювати, займатися домашніми справами або спілкуватися з людьми через ці проблеми?			
Зовсім не складно	Трохи складно	Дуже складно	Надзвичайно складно

Результати та їх обговорення

За допомогою опитувальника стану здоров'я PHQ ми досліджували поширеність депресії, тривоги, соматоформних розладів, розладів переїдання та зловживання алкоголем у 115 пацієнтів Дорожньої клінічної лікарні №2 ст. Київ-Пасажирський, м. Київ. Психосоматичні розлади були виявлені у 62 хворих, з яких 11,3% склали чоловіки до 55 років (7 осіб), після 55 років – 29,0% (18 осіб); жінок до 55 років – 25,8% (16 осіб), після 55 років – 33,9% (21 особа). Контрольну групу склали 53 пацієнти тієї ж самої лікарні, групи репрезентативні за статтю і віком: 12,5% – чоловіки до 55 років (6 осіб), після 55 років – 27,8% (15); жінки до 55 років – 26,3% (14), після 55 років – 33,4% (18 осіб). Супутня соматична патологія була наступною: захворювання серцево-судинної системи виявлено у 58% пацієнтів, шлунково-кишкового тракту – у 37%, захворювання дихальної

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за супутньою соматичною патологією

Патологія	Абс.	%
Серцево-судинної системи	63	58,0
Шлунково-кишкової системи	35	37,0
Дихальної системи	23	15,0
Сечостатевої системи	14	19,0

системи – у 15%, сечостатевої системи – у 19% (табл. 1).

При використанні шкали PHQ для діагностики депресивних, панічних, тривожних розладів та порушень харчування і зловживання алкоголем були отримані наступні показники: соматоформний розлад виявлений як у чоловіків, так і у жінок, але найбільше випадків – серед жінок як до 55, так і після 55 років (14,5% випадків, відповідно); панічний синдром та зловживання алкоголем частіше зустрічалися серед чоловіків після 55 років (8,1% випадків) (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів за психопатологічним синдромом

Розлади	Чоловіки		Жінки	
	до 55 років, %	після 55 років, %	до 55 років, %	після 55 років, %
Соматоформний розлад	1,6	8,1	14,5	14,5
Великий депресивний синдром	–	–	–	1,6 %
Інший депресивний розлад	–	–	–	1,6 %
Панічний синдром	–	8,1	1,6	–
Інший тривожний синдром	–	1,6	–	–
Невротична булімія	–	–	–	1,6
Переїдання	–	–	–	–
Зловживання алкоголем	1,6	8,1	–	–

Висновки

Результати дослідження показали, що запропонований діагностичний опитувальник PHQ має суттєві переваги відносно інших модулів тому, що:

- є комплексним інструментом для діагностики найпоширеніших психічних розладів серед пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медико-санітарної мережі, до яких належать депресивний, тривожний, соматоформний розлади та розлади переїдання і зловживання алкоголем;
- алгоритм діагностики подано у вигляді поетапних кроків, що дозволяє вирішити поставлені завдання;
- дозволяє оптимізувати терапевтичну тактику та контролювати ефективність лікування, що проводиться.

Список використаної літератури

1. Александровский Ю. А. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств / Ю. А. Александровский, В. П. Чехонин. – М.: Эзотар Медицина – 2005. – 256 с.
2. Александровский Ю. А. О некоторых проблемах и особенностях современной пограничной психиатрии / Табачников С. И. // *Арх. психиатрии*. – 2003. – Т. 9. – № 2 (33). – С.4–7.
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
4. Андрищенко А. В. Клинико-статистическая модель психических расстройств в общей медицине / А. В. Андрищенко // *Материалы XV Съезда Психиатров России, Москва – 2010*. – С. 96–97.
5. Андрищенко А. В. Клинико-эпидемиологический анализ психических расстройств в общей медицине (по материалам программы «СИНТЕЗ») / Д. А. Бескова, А. Б. Смуглевич, Д. В. Романов // В сб.: *Материалы общероссийской конференции «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах»*. – М., Российское общество психиатров – 2009. – С. 4.
6. Березанцев А. Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства: обзор / А. Ю. Березанцев // *Рос. психиатрич. журн.* – 2001. – № 3. – С. 61–69.
7. Березанцев А. Ю. Теоретические и клинические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики / А. Ю. Березанцев // *Рос. психиатрич. журн.* – 2001. – № 6. – С. 4–8.
8. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подход к коррекции / В. В. Кришталь // *Международ. мед. ж.* – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 37–40.
9. Портнов А. А. Общая психопатология / А. А. Портнов. – М.: Медицина, 2004. – 272 с.
10. Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха; пер. с англ. – СПб.: Питер, 2003. – 1096 с.
11. Психосоматическая медицина: руководство для врачей / под ред. П. И. Сидорова. – М.: МЕДпрессинформ, 2006. – 568 с.
12. Психотерапевтическая генерализованной тревоги / А. Б. Смуглевич, А. В. Андрищенко, Д. А. Бескова, Д. В. Романов // *Психические расстройства в общей медицине – 2010*. – № 1. – С. 33–36.
13. Смуглевич А. Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / А. Б. Смуглевич, А. В. Андрищенко, Д. В. Романов // *Психические расстройства в общей медицине – 2010*. – № 2. – С. 23–42.
14. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008–2012 рр. Київ. – 2013. – 202 с.
15. Хаустова О. О. Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря / О. О. Хаустова // *Ліки України* – 2005. – № 39. – С. 15–18.
16. Чабан О. С. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Я. М. Несторович. – К.: Медкнига, 2010. – 132 с.
17. Fava G. A. Psychological factor affecting medical condition: a new proposal for DSM-V / G. A. Fava, S. Fabbri, L. Siril // *Psychosomatics* – 2007. – V. 48 (2) – P. 103–111.
18. Fava G. A. Psychosomatic assessment / G. A. Fava, N. Sonino // *Psychother. Psychosom.* – 2009. – Vol. 78. – P. 333–341.
19. Fava G. A. The biopsychosocial model thirty years later / G. A. Fava, N. Sonino // *Psychother. Psychosom.* – 2008. – Vol. 77. – P.1–2.
20. Karen A. Intensive Psychotherapy Helps Diabetes Control in Adolescents / A. Karen // *JACC*. – 2006. – Vol. 47 (6). – P. 1093–1100.
21. Stone N. J. Focus on lifestyle change and the metabolic syndrome / N. J. Stone // *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* – 2004. – Vol. 33 (3). – P. 493–508.
22. Wong N. D. Intensified screening and treatment of the Metabolic syndrome for cardiovascular risk reduction / N. D. Wong // *Prev. Cardiol.* – 2005. – Vol. 8 (1). – P. 47–54.

ОПРОСНИК ПАЦИЕНТ HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ) КАК СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Е.А. Хаустова, Е.В. Бушинская, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно

В статье представлен анализ статистических данных психических расстройств непсихотического регистра в Украине, доказана необходимость всестороннего изучения психопатологических расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями на этапе первичного звена медицинской помощи с использованием валидных и стандартизованных методов для выявления депрессии и тревоги. Авторами сделан адаптированный украинский перевод опросника Patient Health Questionnaire (PHQ) и приведен собственный опыт его применения. Сделан вывод, что опросник PHQ является надежным инструментом для выявления психопатологических нарушений в соматической медицине и может использоваться в клинической практике как психиатрами, так и врачами общей медицины.

Ключевые слова: опросник Patient Health Questionnaire, депрессия, тревога, хронические неинфекционные заболевания, первичное звено медицинской помощи.

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ) IS A STANDARD DIAGNOSTIC METHOD TO ELICIT PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES IN PRIMARY HEALTH CARE.

O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, S. Sahnio

The article presents an analysis of statistical data register nonpsychotic mental disorders in Ukraine, proved the need for comprehensive study of psychopathology in patients with chronic noninfectious diseases at the stage of primary health care with the use of valid and standardized methods for the detection of depression and anxiety. The authors made an adapted Ukrainian translation Patient Health Questionnaire (PHQ), and provides its own experience of its application. Concluded that the PHQ is a reliable tool for the detection of psychopathological disorders in physical medicine and can be used in clinical practice as psychiatrists and doctors of general medicine.

Key words: Patient Health Questionnaire, depression, anxiety, chronic non-communicable diseases, primary health care.

УДК 618.177+616-055.25+159.9.018.2

А.В. Ревунец

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Киевский городской психоневрологический диспансер № 5,
 Центр планирования семьи, сексологии и репродукции, г. Киев

Ключевые слова:

бесплодные женщины, качество жизни, ролевое функционирование.

Представлены результаты изучения уровня качества жизни женщин с бесплодием. Для исследования использовали опросник RAND Short Form-36 (SF-36). Было обследовано 97 женщин с бесплодием в возрасте от 23 до 40 лет. Показано, что качество жизни, как интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, значительно ухудшается при таком заболевании, как бесплодие. Отмечена необходимость учитывать этот показатель при проведении диагностики и лечения, а также при психологическом сопровождении женщин в бесплодном браке и при разработке реабилитационных программ.

Бесплодие представляет собой серьезную комплексную проблему репродуктологии, сочетающую в себе социальное, психическое неблагополучие и практически всегда физическое нездоровье в семье. С точки зрения психологии, бесплодие можно определить как физиологическое воплощение психологических проблем в паре [4].

Проблема бесплодия – это проблема мирового масштаба: по официальным данным, в мире живут около 80 миллионов бесплодных пар, что составляет порядка 15% всех пар репродуктивного возраста [6], причем во многих культурах бездетные женщины страдают от дискриминации, стигматизации и остракизма; в некоторых странах стигматизация может достигать крайней степени [6], когда бесплодные люди рассматриваются как бремя для социально-экономического благополучия сообщества, а также распространяться на других членов семьи, включая братьев и сестер, родителей мужа и жены. Значимость данной проблемы подтверждается тем, что решением проблемы бесплодия уже несколько десятилетий занимается в том числе и Всемирная организация здравоохранения.

Необходимо подчеркнуть, что проблема бесплодия имеет более значительные социальные и психологические последствия, чем другие заболевания, так как наличие ребенка в семье большинство людей считают смыслом жизни.

Бесплодный брак, как правило, снижает качество жизни супругов, в частности женщин, тяжело переживается ими и нередко приводит к развитию невротических

расстройств. Невротические расстройства, как личностная реакция на расстройство генеративной и/или сексуальной функции у одного или обоих супругов, нарушает психологическое и социальное функционирование семьи и может стать причиной развода [1]. Таким образом, проблема бесплодного брака имеет большое социальное значение, серьезно влияя на социально-демографическую ситуацию в мире [2].

Но, несмотря на все сказанное, детально изучены в основном биологические аспекты бесплодия, а психологические остаются в стороне. В связи с этим была поставлена цель изучить влияние бесплодия на качество жизни женщин, так как именно женщины в большей степени подвержены негативным последствиям этого заболевания, что обусловлено первоначальным предназначением женщины – зачать, родить и вырастить потомство, а значит большей чувствительностью к любым изменениям этих функций.

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [3]. Такая интерпретация понятия качества жизни логично и структурно связана с дефиницией здоровья, данной ВОЗ: «Здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания» [7].

Можно выделить три основных составляющих концепции качества жизни:

1. Многомерность изучаемых параметров. Качество жизни включает информацию об основных сферах