

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

жизнедеятельности человека: физической, психологической, духовной, социальной. Качество жизни оценивает компоненты, не связанные с заболеванием и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцировано определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

2. Изменяемость во времени. Показатели качества жизни изменяются во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. Данные о качестве жизни, наряду с общепринятыми клиническими параметрами, позволяют осуществлять полноценный мониторинг состояния больного и при необходимости проводить коррекцию терапии.
3. Участие больного в оценке своего состояния. Качество жизни оценивает сам больной. По данным многочисленных исследований, оценка качества жизни, сделанная больным, часто не совпадает с оценкой качества жизни, данной врачом. Максимально точная и всесторонняя оценка состояния возможна на основании анализа объективных данных и спектра субъективных переживаний больного. Субъективная составляющая, получаемая с помощью больного, важна как на этапе первичной диагностики, так и при оценке результатов лечения.

Материалы и методы исследования

Для исследования использовался опросник RAND Short Form-36 (SF-36) для оценки качества жизни. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья.

SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

Было обследовано 97 женщин с бесплодием в возрасте от 23 до 40 лет. Стаж семейной жизни у 90% из них составлял больше 5 лет.

Результаты и их обсуждение

Исследование позволило определить, что у 100% обследуемых женщин качество жизни снижено. У 85,5% (83 чел.) качество жизни снижено за счет психического компонента здоровья, а именно в 75,9% (63 чел.) случаев – за счет снижения социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, в 20,4% (17 чел.) случаев – за счет снижения ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, в 3,6% (3 чел.) случаев – за счет снижения жизненной активности. У 14,5% (14 чел.) качество жизни снижено за счет снижения уровня общего состояния физического и психического здоровья.

В процессе беседы женщины с бесплодием часто использовали такие характеристики для обозначения качества своей жизни, как «неполноценная», «пустая», «ненужная».

Из результатов обследования видно, что все женщины находились в состоянии психологического дискомфорта, хотя бесплодие чаще рассматривается в контексте физиологических проблем. Это психоэмоциональное напряжение в значительной мере усиливает саму проблему, так как известно, что стресс способствует подавлению репродуктивной функции.

Исследование показало, насколько велико влияние бесплодия на выполнение социальной и ролевой функций женщины. Будучи бесплодной, женщина не может в полной мере самореализоваться. Работа или общественная деятельность не в состоянии закрыть этот «пробел». Социум, хоть и принимает эмансипированных женщин, которые умело выполняют мужские задачи, но он не исключает выполнение этими женщинами своей первоочередной функции, а именно материнства.

Выводы

Осознание своего бесплодия становится для женщины высокозначимым травмирующим фактором и может приводить к развитию внутриличностного конфликта. Ухудшается также процесс межличностных коммуникаций, нарушается гармония семейных отношений, снижается личностная и статусная адаптация супругов. Все это часто приводит к личностной замкнутости, излишней закрытости, дестабилизации отношений между супругами, отдалению друг от друга, что, в свою очередь, может привести к разводу супругов [5].

Так, бесплодие стоит рассматривать как особую область психологии репродуктивной сферы и как особую область психосоматики. Уникальность подхода к исследованию качества жизни бесплодных женщин заключается в возможности полноформатного описания влияния бесплодия на все составляющие функционирования организма женщины. Информация о физическом, психическом и социальном функционировании дается самими пациентками, и именно этот аспект является ключевым и значимым. Таким образом, традиционные клинические данные дополняются чрезвычайно ценной информацией, полученной от пациенток.

Соответственно, качество жизни, как интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, значительно ухудшается при таком заболевании, как бесплодие. Ухудшение качества жизни, в свою очередь, усугубляет течение заболевания, продлевая его на долгие годы.

Выявленные в результате проведенного обследования женщин с бесплодием тенденции следует учитывать при проведении лечебно-диагностических мероприятий, в том числе при психологическом сопровождении бесплодной пары, при разработке реабилитационных программ.

На современном этапе развития медицины определение эффективности лечения должно быть ориентировано не только на стандартные клинические

критерии, но и на показатели качества жизни, полученные с помощью адекватных методов исследования.

Список использованной литературы

1. Бесплодие в супружестве / под ред. И. Ф. Юнды. – К.: Здоровье, 1990. – 463 с.
2. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – М.: Per Se, 2002. – 879 с.

3. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 314 с.
4. Сгибов В. Н. Роль психотерапии и психокоррекции в комплексном подходе к решению проблемы бесплодного брака / В. Н. Сгибов, С. Н. Рогова, П. Н. Кочерганов // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии. – Сборник научных трудов. Выпуск 5. – Пенза, 2002. – 72 с.
5. Сексология и андрология / под ред. И. И. Горпинченко. – К.: Ин-т урологии АМН Украины, 2002. – 291 с.
6. Стать матерью во что бы то ни стало: муки бесплодия // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – Вып. 88, № 12, 12.2010.2
7. World Health Organization. Basic Documents / 26 ed. Geneva WHO. – 1976. – Vol 1.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК З БЕСПЛІДДЯМ Г.В. Ревунець

Наведені результати вивчення якості життя жінок з безпліддям. Для дослідження був використаний опитувальник RAND Short Form-36 (SF-36). Було обстежено 97 жінок з безпліддям у віці від 23 до 40 років. Показано, що якість життя, як інтегральна характеристика фізичного, психологічного, соціального та емоційного станів пацієнта, значно погіршується при такому захворюванні, як безпліддя. Зазначена необхідність враховувати цей показник при проведенні діагностики та лікування, а також при психологічному супроводі жінок у безплідному шлюбі.

Ключові слова: безплідні жінки, якість життя, рольове функціонування.

QUALITY OF LIFE RESEARCH IN INFERTILE WOMEN G. Revunets

Level of quality of life infertile women was examined using questionnaire RAND Short Form-36 (SF-36). 97 infertile women aged 23 – 40 were included in the study. Reduced quality of life as an integral characteristic of the physical, psychological, social and emotional status of the patient was revealed. This indicator should be considered for diagnostics, treatment, psychological support of infertile women as well as for development of rehabilitation programs.

Key words: infertile women, quality of life, role functioning.

УДК 616.895.8-085.851:364.04.622

Є.Я. Пшук, Н.Г. Пшук ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА ТИПУ СТАВЛЕННЯ ДО ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Ключові слова: соціальний інтелект, референтний родич, шизофренія, підтримувальна терапія.

Досліджені складові соціального інтелекту (історії з завершенням, групи експресії, невербальна експресія, історії з доповненням) референтних родичів пацієнтів з шизофренією як фактора психосоціальної адаптації в контексті типології ставлення референтних родичів до підтримувальної терапії.

Наявність хворого на шизофренію є тяжким випробуванням для його сім'ї, зважаючи на значну руйнівну силу соціальних наслідків цієї хвороби як для самих пацієнтів, так і для їх найближчого оточення – референтних родичів, в якості яких можуть бути один з подружжя (дружина, чоловік) та один з батьків. Наявність психічно хворого є потужним стресовим фактором для всього сімейного оточення.

Як свідчать дослідження деяких авторів [1, 3], референтні родичі, які проживають з хворим, негативно налаштовані щодо спілкування та надання допомоги пацієнтам. Однак рівень труднощів для сім'ї, які виникли як наслідок хвороби близької людини, залежить не стільки від клінічних проявів шизофренії, скільки від тривалості хвороби, ступеня та вчасності надання психіатричної допомоги, а також від рівня функціонування всіх суб'єктів соціально-терапевтичного процесу. Лише якнайраніше комплексне втручання лікаря та підтримка соціуму (сім'я, друзі та близькі) дозволяють пацієнтам підтримувати власний реадaptaційний потенціал та певний рівень соціального функціонування і якості життя [3].

Загальновідомо, що шизофренічний процес, який починається у підлітковому та юнацькому віці, значно погіршує мікроклімат у сім'ї, негативно впливає на її функціонування у соціумі загалом [3, 6]. Виокремлено два основні чинники, які характеризують стосунки в сім'ї, де проживає хворий на шизофренію – соціальне дистанціювання сім'ї та надто високі очікування з боку референтного родича, з яким проживає хворий на шизофренію [1].

Сім'я, як соціально-терапевтичне середовище, може чинити як адаптивний, так і дезадаптивний вплив. Саме сімейна та професійна допомога відіграють важливу роль у профілактиці повторних госпіталізацій хворих на шизофренію [2, 6].

Процес формування лікувальних взаємовідносин сім'ї та лікаря, як правило, є тривалим та складним, що зумовлено низкою чинників. Насамперед це різниця в уявленнях сім'ї та лікаря щодо сутності хвороби, її перебігу, можливостей терапії та прогнозу. Не маючи реальних знань про захворювання та його розвиток, сім'я формує хибне уявлення як про саме захворювання, так