

О.О. Хаустова, О.В. Бушинська, О.В. Прохорова, В.П. Кардашов

## ВПЛИВ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології  
МОЗ України, м. Київ  
prokhorova3773@gmail.com

**Актуальність.** У структурі непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями провідні позиції займають афективні (тривога, депресія) та когнітивні розлади. Дослідження якості життя допомагає оцінити їх вплив на функціонування пацієнта та ступінь його дезадаптації в соціумі.

**Метою** дослідження було встановлення кореляційної залежності між ступенем тяжкості депресивних та тривожних синдромів, когнітивними порушеннями (КП) та якістю життя у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги

**Методи.** Було проаналізовано соціально-демографічні характеристики, патопсихологічні особливості афективних і когнітивних розладів у 185 пацієнтів за шкалами HADS, МОСА та оцінки якості життя.

**Результати.** У процесі виконання роботи була встановлена кореляційна залежність між кількістю виявлених патологічних психічних феноменів та якістю життя пацієнтів: пацієнти, які відмітили себе як особи з високим рівнем якості життя, мали психопатологічні феномени на субклінічному рівні вираженості. Серед осіб з середнім рівнем життя у 28,6% відмічалось одне із афективних порушень, а у 71,4% виявлялись психічні порушення помірного ступеня вираженості афективної сфери. Пацієнти, які відмітили себе як особи з низьким і вкрай низьким рівнем життя, мали виражені психопатологічні порушення в афективній сфері та зниження когнітивних функцій.

**Висновки.** Наявність афективних і когнітивних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями значно погіршує їх якість життя, тому такі хворі потребують психокорекційних заходів для покращення соціального функціонування.

**Ключові слова:** психічні порушення, депресія, тривога, когнітивний дефіцит, якість життя, хронічні неінфекційні захворювання.

**Актуальність.** На сучасному етапі розвитку медичної науки і клінічної практики стан здоров'я виступає як провідний показник якості життя людини в цілому. Під здоров'ям нації розуміють кінцевий результат політики держави, що дає можливість громадянам ставитися до свого здоров'я як до непересічної самоцінності, як до основи продовження здорового роду, збереження і вдосконалення трудового потенціалу, як до розвитку генофонду, творчих і духовних першоджерел людини.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) підкреслює важливість поєднання психічного, соматичного та соціального здоров'я людини, що підтверджено в багатьох наукових дослідженнях [6]. Принцип єдності тілесного і психічного, що є основоположним у сучасній медичній науці та практиці, забезпечує комплексний підхід до клінічного обстеження і лікування пацієнта, тому він є необхідним для всіх медичних спеціальностей. Прикладами психічних розладів є депресія, тривога, поведінкові розлади, біполярні розлади і шизофренія. Більшість із цих розладів піддається лікуванню [12].

Зміцнення психічного здоров'я, а також запобігання і лікування психічних розладів є основоположними факторами підтримки і поліпшення якості життя, бла-

гополуччя і продуктивності людини в її особистому, сімейному, робочому і соціальному функціонуванні, таким чином збільшуючи соціальний капітал суспільства в цілому.

У 2012 році Регіональний комітет Європейського регіонального бюро ВООЗ прийняв програму «Здоров'я 2020». Цим документом встановлені політичні рамки для підтримки діяльності урядів і всього суспільства в ім'я здоров'я і благополуччя. Ґрунтуючись на цінностях, принципах, стратегіях і цілях «Здоров'я для всіх», він знову ставить в основу управління охороною здоров'я й цілісний підхід до досягнення здоров'я, рівної реалізації потенціалів і благополуччя. «Здоров'я 2020» містить загальні політичні пріоритети та рекомендації для діяльності, що відображає сучасну неодноманітність стану здоров'я і систем охорони здоров'я в Європейському регіоні. Документ дає солідний фундамент для роботи зі складними питаннями у сфері охорони психічного здоров'я. Резолюція «Здоров'я населення світу і зовнішня політика», прийнята на 65-ій сесії Генеральної Асамблеї ООН, констатує, «що проблеми психічного здоров'я є виключно важливими для всіх суспільств, вони лежать важким тягарем на людині, роблять її хворою, знижують

якість життя і наносять величезний економічний і соціальний збиток»; Резолюція підтримує доповідь ВООЗ про психічне здоров'я і розвиток (A/RES/65/95, 10 лютого 2011). Цей Європейський план дій з охорони психічного здоров'я є внеском у досягнення даних цілей.

Далі в цьому ж руслі Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла в 2012 році резолюцію, яка закликає до створення Глобального комплексного плану дій в галузі психічного здоров'я (WHA 65.4), що включає питання послуг, політики, законодавства і програм щодо забезпечення лікування, прискорення одужання, а також профілактики психічних розладів, підтримки психічного здоров'я та розширення прав і повноважень людей з психічними розладами із тим, щоб забезпечити їм повноцінне і продуктивне життя в суспільстві.

Проект плану дій ґрунтується на твердженні «немає здоров'я без психічного здоров'я». У людей, які страждають від психічних розладів, спостерігається значне зниження життєздатності і непропорційне збільшення смертності. Наприклад, люди з тяжкою депресією і шизофренією вмирають передчасно на 40–60% частіше, ніж населення в цілому, що відбувається через проблеми з їх фізичним здоров'ям, які часто залишаються без уваги (такі як рак, серцево-судинні захворювання, діабет і ВІЛ-інфекція), а також через суїцид. Психічні розлади впливають, і самі знаходяться під впливом інших хронічних захворювань, таких як рак, серцево-судинні захворювання і ВІЛ/СНІД. Наприклад, є докази того, що депресія спричиняє схильність людей до розвитку інфаркту міокарда та діабету, і навпаки, інфаркт міокарда і діабет збільшують ймовірність депресії. Одна тільки депресія становить 4,3% глобального навантаження від захворювань і є однією з найбільших причин інвалідності в усьому світі (11% від усіх років, що прожиті з інвалідністю, в глобальному масштабі).

Економічні наслідки цих втрат у плані здоров'я також значні: за оцінкою недавнього дослідження Всесвітнього економічного форуму, в майбутні 20 років сукупний глобальний ефект психічних розладів у перерахунку на витрачені економічні результати складе 16 тисяч мільярдів доларів США. Системи охорони здоров'я ще не дали адекватної відповіді на тягар психічних захворювань, і, внаслідок цього, в усьому світі існує прірва між потребою в лікуванні психічних розладів і забезпеченням даного лікування: 76% і 85% людей з тяжкими психічними розладами в країнах із низьким і середнім рівнями прибутку взагалі не отримують лікування; відповідна цифра в країнах з високим рівнем прибутку теж висока: від 35% до 50%. 67% фінансових ресурсів відведені на спеціалізовані психіатричні лікарняні установи, незважаючи на той факт, що дані установи асоціюються з низькими результатами по здоров'ю та з порушеннями прав людини. Перенаправлення цього фінансування на служби за місцем проживання, включаючи й інтеграцію охорони психічного здоров'я в загальні структури охорони здоров'я, дасть багатьом людям кращий і більш економічний доступ з догляду.

У своїй сукупності всі конвенції, декларації, стратегії і дії, що підтримуються державами та партнерськими організаціями, складають солідну і конструктивну основу діяльності щодо вирішення проблем, які стоять в даний

час і перед Європейським регіоном і перед державами – членами ВООЗ.

Психічні розлади є однією з головних проблем охорони здоров'я суспільства в Європейському регіоні з точки зору тяжкості захворювання або інвалідності. Є оцінка, що більше третини населення щорічно піддається психічним розладам, найпоширенішими з яких є депресія і тривога. Депресивний розлад у жінок зустрічається удвічі частіше, ніж у чоловіків. Близько 1–2% населення мають діагноз психозу, що зустрічається у чоловіків і жінок з однаковою частотою, і приблизно 5,6% чоловіків і 1,3% жінок страждають від токсикозів. Постаріння населення призводить до зростання частоти когнітивних розладів, як правило їх виявляють у 5% людей старше 65 років і у 20% відсотків тих, кому за 80 років. У всіх країнах більшість психічних розладів зустрічається серед найбільш знедолених груп населення [1].

Доповідь робочої групи ECNP (2008) показала, що поширеність захворювань психічної сфери у країнах Євросоюзу сягає 24,1%, тим самим віддзеркалюючи високий рівень інтеграції служб психічного здоров'я у первинну медико-санітарну мережу [9].

Лікарі-інтерністи виявляють психічні розлади у 36,9 – 60,1% пацієнтів, тоді як при психіатричному огляді психічні розлади виявляють у 53,2 – 89,2% пацієнтів [9]. Серед осіб із невиявленими лікарями первинної мережі психічними розладами переважали хворі з більш високим соціальним статусом, високим рівнем освіти та менш вираженими симптомами тривоги та депресії [2, 4].

На черговому щорічному міжнародному конгресі Європейської психіатричної асоціації (European Psychiatric Association – EPA) в Ніцці (Франція) аспекти психосоматики в поточному році не були найбільш актуальною темою наукових доповідей в рамках симпозиумів, проте значущий інтерес психіатрів до цієї галузі чітко відображено в роботі тематичних постерних сесій, тематичних дискусій і клубів за інтересами. Не можна не помітити схильність авторів наукових робіт до деталізації психопатологічних проявів психічних розладів у загальній медицині, чому сприяє все частіше застосовуваний дослідниками різних країн дименціональний методологічний підхід; з розвитком психіатричної допомоги в соматичній ланці психосоматика стає все більш персоніфікованою, орієнтованою на кожного пацієнта, що має величезне практичне значення. Серед психічних розладів у хворих на соматичні захворюваннями найпоширенішими є депресивні стани. Афективні (гіпотимічні) синдроми в клініці загального профілю за частотою збігаються лише з порушеннями сну і, за відомостями з різних джерел, складають від 5 до 60%. Відомо, що соматична патологія може чинити виражений вплив на афективні розлади, збільшуючи тривалість і тяжкість депресивних симптомів. В роботі V. Enatescu и соавт. (Румунія) вивчалися кореляції депресії – соматичного розладу з іншої точки зору. Так, депресивний розлад як найпоширеніший серед психічних розладів у загальній популяції, сприяє розвитку соматичної патології, аж до хронічних станів. Питання вивчене недостатньо і причини таких взаємозв'язків залишаються малозрозумілими. Більшість (71%) пацієнтів з депресією мали щонайменше 1 соматичне захворювання. Автори встановили, що у структурі

особистості цих хворих переважали такі характеристики як сором'язливість, виснаженість тощо. Висунуто припущення, що у формуванні коморбідних соматичних станів важливу роль відіграють преморбідні особистісні риси [3, 5, 7, 8, 10, 11, 13].

**Метою** нашого дослідження було встановлення кореляційної залежності між ступенем тяжкості депресивних та тривожних синдромів, когнітивними порушеннями (КП) та якістю життя (ЯЖ) у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги.

## Матеріали та методи дослідження

У дослідженні на першому етапі – скринінгове тестування – взяли участь 325 пацієнтів Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ-Пасажирський, м. Київ, з яких у 185 хворих були виявлені психосоматичні розлади: 22,7% склали чоловіки до 55 років (42 особи), після 55 років – 23,2% (43 особи); жінки до 55 років – 26,5% (49 осіб), після 55 років – 27,6% (51 особа). Контрольну групу склали 140 пацієнтів тієї ж самої лікарні, група була репрезентативною за статтю і віком з основною: чоловіки до 55 років – 21,4% (30 осіб), після 55 років – 26,4% (37 осіб); жінки до 55 років – 21,4% (30 осіб), після 55 років – 30,8% (43 особи). Супутня соматична патологія включала захворювання серцево-судинної системи у 62% пацієнтів, захворювання дихальної системи у 18% пацієнтів, шлунково-кишкового тракту – у 43% пацієнтів, сечостатевої системи – у 16% пацієнтів (таблиця).

**Таблиця. Розподіл пацієнтів за супутньою соматичною патологією**

Патологія	Абс.	%
Серцево-судинної системи	83	62,0
Дихальної системи	27	18,0
Шлунково-кишкової системи	45	43,0
Сечостатевої системи	18	16,0
Захворювання сполучної тканини	15	18,0

Для виявлення тривоги і депресії у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями ми використували Госпітальну шкалу тривоги і депресії HADS. Перевагами цієї шкали є простота застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта), що дозволяє рекомендувати її до використання в загальносоматичній практиці. При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі (Г і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0 – 7 балів – норма; 8 – 10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія [3].

Монреальський когнітивний тест (МОСА-тест) був розроблений як швидкий інструмент для визначення ранніх форм КП. Його чутливість до додементних форм когнітивної дисфункції становить 90%, а специфічність методу – 87%. МОСА-тест оцінює різні аспекти когнітивної діяльності: увагу й концентрацію, пам'ять, «лобні функції» (тест з'єднання літер і цифр, швидкість мови, узагальнення та інше), зорово-просторовий праксис (куб, годинник), абстрактне мислення, рахунок і орі-

єнтацію. Час виконання МОСА-тесту приблизно 10 хвилин. Максимально можливий результат – 30 балів. Результат 26 балів і вище розглядається як норма. При цьому сама система оцінки МОСА-тесту не передбачає градацію за тяжкістю порушень залежно від набраних балів. Нейропсихологічне тестування є найоб'єктивнішим методом діагностики КП, проте він все ж не є абсолютно надійним. Доволі часто суб'єктивні КП є проявом емоційних розладів тривожно-депресивного ряду. Тому пацієнтам з активними скаргами когнітивного характеру при негативному результаті нейропсихологічного тестування необхідне ретельне дослідження емоційного стану. Враховуючи можливість помилкового результату тестування в сумнівних випадках доцільні повторні нейропсихологічні дослідження, можливо із застосуванням більш широкого кола діагностичних критеріїв. У деяких випадках діагноз можна встановити лише в процесі динамічного спостереження за пацієнтом.

Якість життя – це інтегральний показник, який відображає, наскільки людина задоволена своїм фізичним, психічним та соціальним станом. Основними властивостями цього показника є багатокомпонентність та суб'єктивність в оцінці. Нами був використаний самоопитувальник «Шкала оцінки рівня якості життя» (О.С. Чабан). Оцінка тесту: дуже високий рівень – 25–39 балів, високий – 19–24 балів, середній 13–18, низький 7–12, вкрай низький 0–6. Дуже високий – абсолютне та повне задоволення своїм життям (соціальним статусом, положенням, роботою, оточенням, здоров'ям, відчуття гармонії власного життя та оточення, відчуття щастя). Високий – майже повне задоволення своїм життям, є незначні проблеми, які вирішуються. Середній – посереднє задоволення своїм життям, є значні проблеми в житті якогось характеру, для вирішення яких потрібно докласти зусиль, деяка невпевненість у майбутньому. Низький – незадоволення своїм життям, є значні та такі, що не вирішуються, проблеми життя, немає радості від життя, яке сприймається як важка боротьба з невизначеним майбутнім, скоріше негативним. Вкрай низький – абсолютне та повне незадоволення своїм життям, відчуття пустки, безвиході, безперспективності та гнітючості життя, власна непотрібність, крах.

## Результати та їх обговорення

Дані обстеження пацієнтів за госпітальною шкалою HADS були наступні: у чоловіків до 55 років рівень субклінічної тривоги склав 47,6% (20 осіб) та депресії 50% (21 особа) випадків, клінічно виражена тривога спостерігалась у 11,9% (5 осіб); після 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 37,2% (16 осіб); а депресії – 27,9% (12 осіб); клінічно виражена тривога спостерігалась у 9,3% (4 особи), а депресія відмічалась у 20,9% (9 осіб) пацієнтів.

У жінок до 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 40,8% (20 осіб), депресії – 48,9% (24 особи); клінічно виражена тривога спостерігалась у 24,5% (12 осіб), депресія у 16,3% (8 осіб); після 55 років субклінічна тривога спостерігалась у 25,5% (13 осіб), а депресія у 33,3% (17 осіб); клінічно виражена тривога спостерігалась у 25,5% (10 осіб), депресія у 35,3% (18 осіб) (рис. 1, 2).

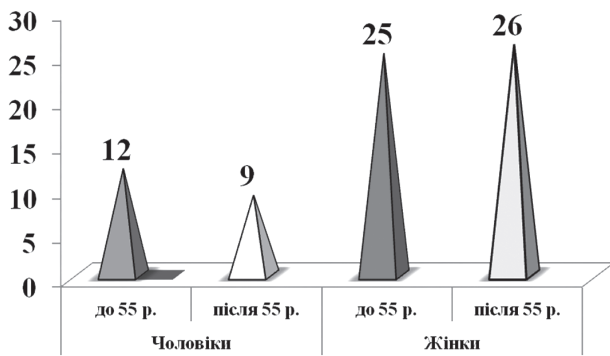


Рис. 1. Показники тривоги за шкалою HADS

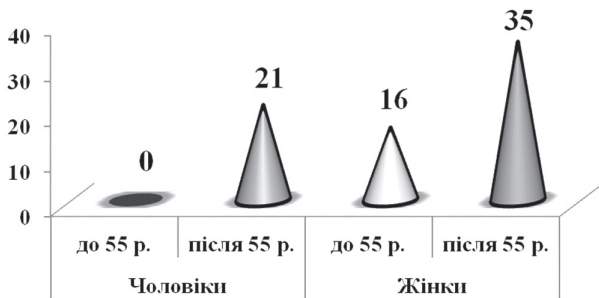


Рис. 2. Показники депресії за шкалою HADS

Результати дослідження за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (МОСА) вказують на зниження показників у когнітивній сфері, особливо у жінок до 55 і після 55 років – з 26 до 23,5 і 22,9 балів відповідно; у чоловіків рівень когнітивних порушень до 55 і після 55 років склав по 23 бали (рис. 2) – тобто у 77,4% пацієнтів основної групи.

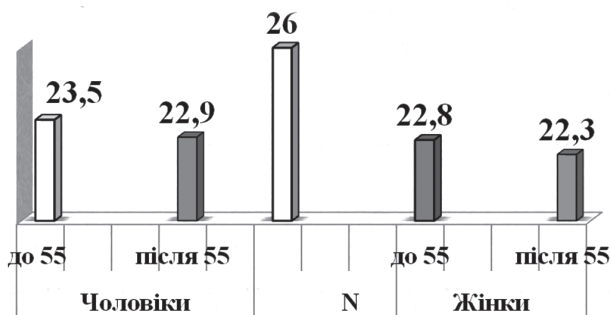


Рис. 3. Оцінка когнітивних порушень у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями (за МОСА)

Шкала оцінки рівня якості життя виявила, що 39,2% осіб відмітили себе як люди з середнім рівнем якості життя; 16,2% вважають якість свого життя низькою, 8,5% – вкрай низькою і тільки 36,1% становлять особи з високим рівнем якості життя (рис. 3).

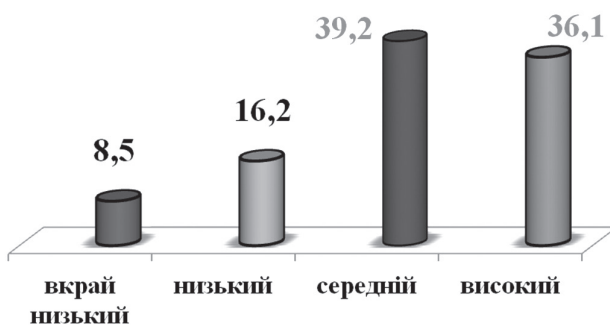


Рис. 4. Рівень якості життя

У процесі виконання роботи була встановлена кореляційна залежність між кількістю виявлених патологічних психічних феноменів та якістю життя пацієнтів: пацієнти, які відмітили себе як людей з високим рівнем якості життя у 68% випадках мали психопатологічні феномени на субклінічному рівні вираженості. Серед осіб з середнім рівнем життя у 28,6% відмічали одне із афективних порушень, а у 71,4% виявляли психічні порушення помірного ступеня вираженості афективної сфери. Особи, які відмітили себе як осіб з низьким і вкрай низьким рівнем життя, мали виражені психопатологічні порушення в афективній сфері та зниження когнітивних функцій.

## Висновки

У результаті проведеного аналізу була виявлена залежність показників складових шкали ЯЖ від характеру емоційних порушень (депресія або тривога). Треба зазначити, що при наростанні рівня депресивного синдрому пацієнти відчували себе менш соціально активними, були частково незадоволені соціальним статусом, фінансовим благополуччям, ізолювали себе від контактів із друзями та сім'єю, відчували невелике задоволення від улюблених справ, тобто відмічали, як правило, 0 або 1 бал, але відчували себе реалізованими в основному. При наростанні тривожного синдрому кількісні зміни в категоріях були дещо інакшими, такі пацієнти були більш соціально активними, проводили часті зустрічі із сім'єю та друзями, у них була більш виражена гедонія, тобто бальна оцінка зміщувалась вправо і була на рівні 2 або 3, але вони відчували часткову або взагалі повну нереалізованість у суспільстві. Отримані результати дозволяють зробити висновки, що наявність афективних і когнітивних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями значно погіршує їх якість життя і такі хворі потребують додаткових терапевтичних та психокорекційних заходів для покращення соціального функціонування.

## Список використаної літератури

- ВОЗ, Европейское региональное бюро, Европейский региональный комитет, 63 версия. – Чешме, Измир, Турция, 16–19 сентября, 2013.
- Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии / Ю. А. Васюк, Т. В. Довженко, Е. Л. Школьник, Е. Н. Ющук – М.: Анахарсис, 2009. – 200 с.
- Діагностика афективних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями / О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, О. В. Прохорова, С. Г. Сахно // Архів психіатрії – 2014. – № 2 (77). – С. 32–35.
- Копчак О. О. Особливості депресивних розладів та когнітивних порушень у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією / О. О. Копчак // Український медичний часопис – 2012. – № 6 (92). – С. 129–132.
- Марута Н. О. Проблема коморбидності в сучасній психіатрії. Теоретический, клінічний, терапевтичний і організаційні аспекти / Н. О. Марута // Здоров'я України – 2013. – № 12. – С. 38–39.
- Нулевая версия проекта Глобального Плана Действий по Охране Психического Здоровья 2013–2020, версия от 27 августа 2012.
- Психофармакотерапия генерализованной тревоги / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине – 2010. – № 1. – С. 33–36.
- Смулевич А. Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине – 2010. – № 2. – С. 23–42.
- Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008–2012 рр. – Київ, 2013. – 202 с.
- Чабан О. С. Депресія: розуміння, лікування сьогодні та завтра / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал – 2012. – Т. 6, № 2 (18). – С. 20–26.
- Чабан О. С. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Я. М. Несторович. – К.: Медкнига, 2010. – 132 с.
- EPA guidance on the quality of mental health services / Gaebel W. [et al.] // European Psychiatry. – 2012. – № 27. – P. 87–113.
- Sartorius N. Future direction for European psychiatry – a 30 year prospective / N. Sartorius. Презентація 21-й Европейській Конгрес по Психіатрії, Ницца, Франція, 7 апреля 2013 г.

**ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**  
**Е.А. Хаустова, Е.В. Бушинская, О.В. Прохорова, В.П. Кардашов**

Актуальность. В структуре непсихотичных психических расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями ведущие позиции занимают аффективные (тревога, депрессия) и когнитивные расстройства. Исследование качества жизни помогает оценить их влияние на функционирование пациента и степень его дезадаптации в социуме.

Целью исследования было установление корреляционной зависимости между степенью тяжести депрессивных и тревожных синдромов, когнитивных нарушений (КН) и качеством жизни у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями на этапе первичной медицинской помощи

Методы. Были проанализированы социально-демографические характеристики, патопсихологические особенности аффективных и когнитивных расстройств у 185 пациентов по шкалам HADS, MOCA и оценки качества жизни.

Результаты. В процессе выполнения работы была установлена корреляционная зависимость между количеством выявленных патологических психических феноменов и качеством жизни пациентов: пациенты, которые отметили себя как люди с высоким уровнем качества жизни, имели психопатологические феномены на субклиническом уровне выраженности. Среди лиц со средним уровнем жизни у 28,6% выявлялось одно из аффективных нарушений, а у 71,4% выявлялись психические нарушения умеренной степени выраженности аффективной сферы. Пациенты, которые отметили себя как лица с низким и крайне низким уровнем жизни, имели выраженные психопатологические нарушения в аффективной сфере и снижение когнитивных функций.

Выводы. Наличие аффективных и когнитивных расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями значительно ухудшает их качество жизни, поэтому такие больные нуждаются в психокоррекционных мероприятиях для улучшения социального функционирования.

**Ключевые слова:** психические нарушения, депрессия, тревога, когнитивный дефицит, качество жизни, хронические неинфекционные заболевания.

**MENTAL DISORDERS' INFLUENCE ON QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES**

**O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, V. Kardashov**

Relevance. In the structure of non-psychotic mental disorders in patients with chronic non-communicable diseases is dominated by affective (anxiety, depression) and cognitive disorders. Quality of life research helps to evaluate their impact on the functioning of the patient and the degree of dysadaptation in society.

Aim was to establish a correlation between the severity of depression and anxiety syndromes, cognitive impairment (CI) and quality of life in patients with chronic non-communicable diseases in primary health care.

Methods. We analyzed the socio-demographic characteristics, pathopsychological especially affective and cognitive impairment in 185 patients scales HADS, MOCA and evaluation of quality of life.

Results. In carrying out the work has been established correlation between the number of identified pathological psychic phenomena and the quality of life of patients: patients who reported themselves with a high level of quality of life have psychopathological phenomena subclinical manifestation. Among those with an average level of life in 28.6% were detected one of affective disorders, and 71.4% identified mental disorders of moderate severity of affective sphere. Persons who reported themselves low and extremely low standard of living had expressed psychopathological disorders in the field of affective and cognitive decline.

Conclusions. The presence of affective and cognitive decline in patients with chronic non-communicable diseases significantly affects their quality of life, so these patients need psycho activities to improve social functioning.

**Key words:** mental disorders, depression, anxiety, cognitive deficits, quality of life, chronic non-communicable diseases.

УДК 616.891.6:159.99.072.432

**О.А. Божук**

**ОБҐРУНТУВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВІДУ ЖІНОК З ФІЗІОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

lento4ka-bozhuk@ya.ru

Аналіз літературних джерел дозволяє стверджувати, що вагітність є кризовим моментом щодо усвідомлення своєї жіночої ідентичності, визначає кінець існування жінки як незалежної соціальної одиниці та сприяє початку новим стосункам у діаді «мати – дитина». Кожна жінка по своєму відчуває свою вагітність, тому можливий як нормальний, так і патологічний її перебіг. Метою дослідження було обґрунтування загальних засад медико-психологічного супроводу жінок з фізіологічним перебігом вагітності та її обсягів. Дослідження проводилось на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва в 2010–2014 рр. До дослідження було залучено 185 вагітних жінок, вік яких становив від 17 до 36 років. На першому етапі дослідження проводили клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження. На основі проведеного дослідження можна зробити висновок про те, що незалежно від наявності / відсутності у жінки суб'єктивного страху перед пологами, медико-психологічний супровід гестації із фізіологічним перебігом є необхідним. Відповідно до проведеного дослідження, були виявлені мішені психотерапевтичного впливу: нормалізація психоемоційного стану вагітної, зниження тривожності; робота із виявленими страхами; нормалізація емоційного зв'язку в діаді «пренейт – мати» та створення тріади «батько – пренейт – мати»; нормалізація сімейних стосунків із побудовою оптимальних типів сімейних систем; гармонізація особистісних рис вагітної.

**Ключові слова:**

емоційна лабільність, прив'язаність до дитини, психосоціальна підтримка, репродуктивні мотивації.

Вагітність, пологи та післяпологовий період є кризовим етапом для жінки, оскільки, попри усвідомлення того, що вона вагітна, її уявна дитина, з якою жінка весь період гестації перебувала у симбіотичному зв'язку, відокремлюється у нову окрему істоту, що вже стає індивідом

і представником нашого виду [1, 3, 4, 7]. У зв'язку з цим суттєво змінюються стосунки у родині, жінка починає відчувати нові емоції до дитини та переосмислювати стосунки із іншими членами родини [1, 3]. Безумовно, нова соціальна роль, статус та обов'язки позначаються