

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ

На правах рукопису

Рештакова Наталя Олександрівна

УДК 616.892

Магістерська робота

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ З
ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

**ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH
PSYCHOSOMATIC DISEASES**

спеціальність 223 «Медсестринство»

Науковий керівник:

Наумова Людмила Валеріївна

кандидат медичних наук,

доцент кафедри внутрішньої медицини №1

ДВНЗ «Тернопільський національний

медичний університет

імені І.Я. Горбачевського

МОЗ України»

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	7
1.1. Визначення психосоматики, різні форми та типи проявів психосоматичних захворювань.....	7
1.2. Багатофакторні моделі розвитку психосоматичних порушень як концепції психосоматичної медицини.....	12
1.3. Диференційно-діагностичні критерії різних форм психосоматичних порушень.....	18
1.4. Програма медико-соціальної допомоги хворим із психосоматичними порушеннями.....	23
РОЗДІЛ 2 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ, ВНУТРІШНЯ СТРУКТУРА ТА ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В СУЧАСНІЙ КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	29
2.1. Якість життя як багатофакторний критерій оцінювання стану хворих.....	29
2.2 Підходи з оцінювання якості життя хворих, інтерпретація та клінічне значення результатів оцінки.....	32
2.3. Об'єктивізація оцінки якості життя хворих для індивідуальних психосоматичних реабілітацій.....	38
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	44
3.1. Оцінка суб'єктивної якості життя за шкалою у хворих.....	44
3.2. Результати стандартизації показників об'єктивної оцінки якості життя у хворих.....	46
3.3. Інтерпретація отриманих результатів та клінічні висновки щодо стану хворих та подальших лікувальних заходів.....	49
ВИСНОВКИ.....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	59
ДОДАТКИ.....	62

ВСТУП

Психосоматичні розлади в наш час мають високу поширеність серед населення, особливо, у високорозвинених країнах. Згідно даних медичної статистики, майже третина хворих, отримуючих медичну допомогу, мають емоційні розлади. Кількість пацієнтів з психосоматичними розладами в загальній структурі багатопрофільних лікарень складає 53,6% випадків. Дуже часто хворі протягом тривалого періоду страждають від психосоматозних порушень, іноді роками безуспішно лікуються у лікарів різних спеціальностей, нерідко переходячи від одного спеціаліста до іншого. У клініці внутрішніх хвороб частіше за інших зустрічаються астеничний, фобічний і депресивний синдроми. Досить часто при соматичних захворюваннях відзначаються психогенні (невротичні) реакції переважно з неврастенічною, істеричною та obsesивно - фобічною симптоматикою. Загальна кількість власне психосоматичних захворювань серед населення працездатного віку коливається в межах від 50 до 70%. Останні 25-30 років відбувається різкий зріст кількості хворих, які мають психосоматичну патологію. Перш за все, це стосується захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, хронічних неспецифічних хвороб і ендокринних розладів. Так, поширеність артеріальної гіпертонії становить - 30-40% населення, ішемічної хвороби серця - 5-10%, виразкової хвороби - 6-10%, цукрового діабету - 5-7%, бронхіальної астми - 1-5% і ревматоїдного артрити - 1 %.

Традиційно критеріями ефективності лікування в клінічних дослідженнях є фізикальні дані та лабораторні показники. Так, ефективність лікування анемії оцінюють за рівнем гемоглобіну та за кількістю необхідних трансфузій, а ВІЛ та онкопатології – за відповіддю на лікування та тривалістю життя. Незважаючи на те, що стандартні медико-біологічні параметри часто є основними критеріями ефективності лікування, вони не відображають повної

картини самопочуття пацієнта, його функціонування у повсякденному житті. Необхідно зазначити, що за наявності певних захворювань оцінка пацієнтом свого стану є найважливішим показником здоров'я. Незважаючи на численні спроби виділити будь-які об'єктивні методи оцінки якості життя, поняття це до сих пір залишається більшою мірою суб'єктивним, хоча можлива і кількісна оцінка окремих його компонентів.

Актуальність вивчення якості життя хворих на психосоматичні захворювання обумовлена прогресивним зростанням числа випадків захворюваності, невисокою ефективністю традиційного лікування й тим фактом, що більшість хворих — люди молодого, працездатного віку, серед яких високий відсоток інвалідизації. Інтегральна інформація про фізичне, психологічне, духовне та соціальне функціонування хворого дозволяє отримати уявлення про загальні закономірності реакції пацієнта на патологічний процес, виявити індивідуальні особливості реакції людини на захворювання, оцінити ефективність терапії в конкретного хворого за даними індивідуального моніторингу і використовувати ці дані для корекції схеми лікування.

Об'єкт дослідження — віддалені історії хвороб пацієнтів (кількість — 60 осіб) з різними ступенями нейроциркуляторної дистонії, які перебували на амбулаторному лікуванні в сімейного лікаря міської амбулаторії.

Предмет дослідження — психосоматичні фактори, їх місце та значення в розвитку захворювань, вплив психіки та реакції особливості на соматичні захворювання, показники якості життя в клінічній практиці.

Методи дослідження — **аналіз** та узагальнення літературних даних, аналіз та узагальнення науково-методичної бази клінічної практики, дослідження відповідно обраного опитувальника, аналіз статистичної звітності.

Мета роботи — розглянути теоретичні та практичні аспекти психосоматичних захворювань, дослідити визначення показника якості життя

пацієнтів із психо-соматичними розладами, визначити його значення для психосоматики.

Завдання дослідження:

1. Розглянути різні форми та типи проявів психосоматичних захворювань, виділити напрямки диференційної діагностики та раціональні підходи до лікування пацієнтів із психосоматичними розладами.
2. Визначити актуальність проблеми оцінювання якості життя в сучасній клінічній практиці, розглянути основні підходи з оцінювання якості життя хворих та визначити клінічне значення результатів оцінки показника якості життя.
3. Вивчити віддаленні результати хвороби пацієнтів із різними типами нейроциркуляторної дистонії, провести оцінку показника якості життя та провести інтерпретацію результатів дослідження.
4. Зробити клінічні висновки щодо стану хворих та подальших лікувальних заходів на підставі оцінювання показника якості життя.

Наукова новизна отриманих результатів — теоретично обґрунтовано та проведено дослідження оцінки суб'єктивної якості життя за шкалою у хворих на нейроциркуляторну дистонію різного ступеню тяжкості, проведено стандартизацію показників об'єктивної оцінки якості життя та виявлення ступеня розбіжності суб'єктивної й об'єктивної оцінок введенням індексу відповідності. Оцінка показника якості життя була проведена у пацієнтів після лікування на підставі вираженості клінічних симптомів, суб'єктивних відчуттів пацієнтів і результатів об'єктивних клінічних даних.

Практичне значення отриманих результатів — дані, отримані в результаті комплексної оцінки стану пацієнтів із різними типами нейроциркуляторної дистонії, можуть бути використаними для розробки клінічних рекомендацій та лікувальних методик лікування нейроциркуляторної дистонії. Запропонований спосіб об'єктивізації оцінки якості життя у хворих дозволить лікарям загальносоматичного профілю

отримати об'єктивну інформацію стосовно рівня ЯЖ хворого, ступеня психосоціальної дезадаптації й тим самим допомогти при підборі адекватної медикаментозної терапії захворювання, проведенні динамічного порівняльного дослідження ЯЖ залежно від прогресування захворювання.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1.1. Визначення психосоматики, різні форми та типи проявів психосоматичних захворювань

Визначення терміну «психосоматика» можна надати виходячи зі значення складаючи його слів (грец. *psyche* - душа, *soma* - тіло) – це функціональні розлади внутрішніх органів або систем людського організму, формування та протікання яких пов'язані з особливостями психічного реагування особистості, або такі, що розвиваються внаслідок впливу стресу, психічної травми та інших психологічних чинників. Вперше визначення психосоматичних розладів було зроблено S.L. Halliclay у 1943 році: «Психосоматичним захворюванням слід вважати таке, природу якого можна зрозуміти лише зі встановленням безумовного впливу емоційного фактора на фізичний стан».

Психосоматичне захворювання неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми - психічної або соматичної. Цей патологічний стан організму людини виникає внаслідок взаємодії між підсистемами організму та навколишнім середовищем, тому тільки розуміння цих зв'язків може дати змогу ефективно впливати на захворювання, в тому числі психотерапевтичними методами.

Психосоматичні співвідношення, що виникають у хворих, традиційно розглядаються в межах двох основних підходів:

- психоцентричний, в рамках якого досліджується вплив на розвиток хворобливого стану гострого та хронічного психічного стресу з огляду на конституційні особливості та психічний статус пацієнта;
- соматоцентричний, в рамках якого досліджується вплив особливостей клінічних проявів і перебігу хвороби на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого захворювання та аналізуються особливості соматогенних і

психогенних станів, що зумовлені комплексом психотравмуючих подій, пов'язаних з соматичним захворюванням.

Проблема психосоматичних співвідношень- одна з найбільш складних проблем сучасної медицини, яка вивчається протягом декількох століть та стосовно якої існують неоднозначні погляди окремих авторів [1, 2,]. Сьогодні, у науковій літературі психосоматикою позначають науковий напрямок, предметом дослідження якого є взаємовплив психіки та функцій організму людини, а також безпосередній вплив емоцій на функції організму та формування його розладів. Та водночас, терміном «психосоматика» позначається напрямок медицини, який досліджує та лікує патологічні соматичні розлади, що виникають внаслідок дії психогенних факторів. Слід зазначити, що психосоматичний напрямок являє собою лікарській підхід, який враховує взаємодію фізіологічних, психологічних, соціально-психологічних та екологічних причин, що спричиняють виникнення хвороби. Психосоматичний підхід поєднує досягнення психології та медицини, що дозволяє цілісно проводити дослідження та лікування.

З іншого боку, практично поза увагою залишається велика група захворювань, які об'єднані в групу "соматопсихічних захворювань", для яких характерно виникнення різноманітних соматовегетативних, соматопсихічних функціональних порушень, а також зміна рис характеру особистості через гострі або хронічні захворювання внутрішніх органів. До цієї групи соматопсихічних захворювань відносяться обструктивні захворювання легень, есенціальну гіпертензію, цукровий діабет, пептичну виразку та інші. Як показує практика, наявність симптомів, які неможливо обумовити наслідками проявів лише соматичної патології становить загрозу помилкового діагностування. При цьому, зазвичай такі хворі протягом тривалого часу безрезультатно проходять обстеження в амбулаторіях та стаціонарах, викликаючи тим самим, здебільш роздратування медичного персоналу. З іншого боку, за умови адекватної діагностики та лікування цієї категорії

хворих можливо значно зменшити частоту відвідувань дільничих лікарів та стаціонарів, зменшити тривалість госпіталізації та поліпшити загальний стан хворих.

Найбільш поширене трактування психосоматичних розладів надає психологічним факторам критерія визначального впливу як у виникненні, так і в посиленні чи послабленні соматичного (фізичного) захворювання. Отже, основним критерієм віднесення специфічного фізичного захворювання до групи психосоматичних є наявність психологічно впливових подразників навколишнього середовища, які протягом певного терміну можуть бути пов'язані з виникненням чи загостренням даного фізичного порушення. Слід зазначити, що таке розуміння сутності психосоматичних розладів є досить широким, тому що охоплює різноманітні порушення функцій внутрішніх органів і систем, виникнення та розвиток яких тісно пов'язані з нервово-психічними факторами, наслідками гострої або хронічної психологічної травми зі специфічними особливостями індивідуальних емоційних реакцій людини на зовнішні подразники.

Клінічний досвід показує, що психосоматичні розлади як за характерними проявами, так і за етіологією не є однорідною групою захворювань. Визначення різних психосоматичних симптомів як таких, що викликані однаковими причинами пояснює існуючі суперечності серед фахівців в теоретичних і лікувальних підходах. Наприклад, стрес може бути як фактором розвитку ішемічної хвороби серця, так і фактором виникнення психогенного болю. Крім того, важко запропонувати чіткі критерії розподілу нормальних фізіологічних реакцій та функціональних психогенних розладів. Також, беззаперечним є факт виникнення вторинних психосоматичних симптомів при первинних органічних захворюваннях.

Розглянемо найбільш поширені в науковій літературі варіанти класифікації психосоматичних розладів.

1) Класифікація К. Ясперса, яка згодом лягла в основу більшості наступних класифікацій [4].

У 1914 р К. Ясперс у роботі «Загальна психопатологія» виділив наступні групи «психосоматичних фактів»:

- а) соматичні відчуття, існуючи або викликані у будь-якої людини, для яких характерне слабе усвідомлення та відсутність достатньої диференціації. Автор підкреслює невідповідність між відчуттями та органічними процесами;
- б) перманентні відчуття, що супроводжують будь-яку психічну активність при соматичних явищах, наприклад, фізіологічні прояви емоцій;
- с) соматичні хвороби, які залежать від психічної сфери.

До групи соматичних хвороб належать:

- запаморочення та випадки істеричного характеру (за оригінальною термінологією Ясперса, «психогенні напади», що іноді виникають як наслідок психічного збудження);

- функціональні розлади органів, наприклад, порушення серцевої діяльності, зміни менструального циклу, зору, голосу, слуху, а також «псевдоневрологічні» прояви (заїкання, тремор), при цьому хворі вважають, що ці розлади викликані біологічними факторами;

- соматичні захворювання, що залежать від стану душі, до яких відносяться, наприклад, виразка шлунка, бронхіальна астма;

- розлади «комплексної інстинктивної поведінки», до яких відносяться сексуальні дисфункції, порушення потовиділення та коливання ваги тіла у психічно хворих, ендокринні порушення.

2) Класифікація психосоматичних розладів в психоаналізі.

Найбільш поширені в літературі з психоаналізу наступні розлади:

- а) істеричні (конверсійні) симптоми;
- б) тілесні симптоми при неврозі тривоги;
- с) психосоматичні симптоми за етіологією внутрішніх хвороб (виразка

шлунка та дванадцятипалої кишки, нейродерміт, бронхіальну астму, ішемічна хвороба серця, есенційну гіпертензія, ревматоїдний артрит).

Ця класифікація ґрунтується на роботах З. Фрейда і Ф. Александера. Фрейд підкреслював відмінність між органічними симптомами істеричного неврозу (виникають в результаті психологічної роботи по їх знешкодженню) та симптомами актуального неврозу (викликані блокуванням допуску «в психіку небажаного соматичного порушення»). У свою чергу Ф.Александр пропонував розмежовувати конверсійні симптоми (найчастіше відносяться до сфери сприйняття та рухів) і вегетативний невроз (реакція організму на хронічний емоційний стан)[4].

3. Органічні, функціональні та психогенні розлади.

У медичній літературі часто зустрічається поділ всіх соматичних розладів на:

- органічні (необоротні зміни тканин);
- функціональні (коли змінена робота внутрішніх органів, проте їх тканини не пошкоджені).

Однак останнім часом клініцисти все більш схильні відмовлятися від подібного підходу до класифікації, тому що обидва види патології є взаємопов'язаними. Швидше, відзначає А.М. Вейн (1989), потрібно розділити симптоми, в залежності від їх походження, на органічні та психогенні (функціональні порушення можуть виникати в кожному з цих випадків). Вейн виділяє три основні форми прояву психогенних захворювань:

- невротичні розлади;
- психосоматичні розлади;
- психофізіологічні синдроми (виникають під впливом гострого або хронічного стресу, серед яких можна виділити вегетативні порушення, ендокринні порушення, порушення сну та ін.)[5].

4. Психіатрична класифікація психосоматичних синдромів

Американська психіатрична асоціація DSM-5 є загальновизнаним джерелом для визначення психічних розладів. Термін «психосоматичний» відсутній в

APA DSM-5 [6]. DSM-5 класифікує лише симптоми та синдроми, але не стосується причин виникнення хвороби. Як результат, психосоматичні розлади не є ідентифіковані, визначені або пояснені в DSM-5 [7].

МКХ розглядає причинно-наслідкові зв'язки за допомогою певної діагностичної категорії, але це не стосується психосоматичної причинності [8]. Відсутність термінів або лише часткові характеристики визначення та класифікації психосоматичних розладів потребують подальшого обговорення. Існує декілька психічних розладів, для яких особливо актуальна діагностика існуючих суперечностей в комплексі взаємодії психіки та тіла. До цих станів належать:

- 1) симптоми соматичних розладів;
- 2) соматоформні розлади;
- 3) функціональні неврологічні розлади;
- 4) тривожний розлад;
- 5) фактичний розлад;
- 6) фактичний розлад, накладений на інший.

Крім того, тривожні розлади, obsесивно-компульсивні розлади, пов'язані з травмами та розлади, пов'язані зі стресом, часто пов'язують з психосоматичними симптомами.

1.2. Багатофакторні моделі розвитку психосоматичних порушень як концепції психосоматичної медицини

Існує досить велика кількість теорій і моделей виникнення психосоматичних захворювань та способів їх класифікації. В узагальненому вигляді серед факторів виникнення психосоматичних розладів, на думку багатьох дослідників істотний вплив мають когнитивні та особистісні фактори.

Більшість психологів виокремлюють наступні когнитивні фактори, що зумовлюють розвиток психосоматичних розладів:

- 1) викривлення уявлення про здоров'я, звідки сподівання, що здорова людина ніколи не відчуває дискомфорту та не має жодних симптомів;
- 2) зацикленність на тілесних відчуттях;
- 3) надто серйозні висновки у разі виникнення незначних симптомів.

Серед особистісних факторів, насамперед великого значення надається істеричному типу особистості, як головного чинника розвитку психосоматичного захворювання. Люди з істеричним типом особистості є схильними до певних моделей поведінки, орієнтованої на привернення уваги інших, до емоційності та драматизму, відкриті до емоційності та егоїстичні. Сукупність цих чинників підвищує ризик формування самонавіяного психосоматичного розладу.

Розвиток психосоматичної медицини зумовив поступовий перехід від однолінійних моделей до системних, які враховують взаємодію безлічі фізіологічних і психосоціальних факторів виникнення психосоматичних захворювань. Можна також відзначити, що жодна з розроблених раніше теорій не дозволяє достовірно пояснити всі ланки в розвитку психосоматичних порушень. Саме тому багатофакторні моделі розвитку психосоматичних порушень трансформувались концепції психосоматичної медицини. У зв'язку з цим, є необхідність розробки нових концепцій психосоматики.

На даний момент відомо більше 300 різних концепцій, серед яких основними можна вважати наступні:

- 1) психоаналітичні концепції (Freud S., 1895; Alexander F., 1951), в якій конверсійна модель приписує тілесним порушенням функції символічного вираження пригнічених інтрапсихічних конфліктів);

- 2) характерологічні-орієнтовані концепції (Dunbar F., 1943; Friedman M., Rosenman R., 1960), що ставлять своїм завданням пояснення природи виникнення психосоматичних захворювань через характерологічні, особистісні особливості;

- 3) психофізіологічні концепції (Lassy J., 1955; Wolff H., 1946), які

виникли на підставі систематичних психофізіологічних перевірок для надання пояснень специфічності хвороб;

4) особистісно-орієнтовані концепції (Mitscherlich A., 1953; Ruesch J., 1948; Sifneos P., 1967; Schur M., 1955), в першу чергу орієнтована на розвиток особистості та взаємодію особистості з внутрішніми факторами, із захисними механізмами, регресією особистості;

5) гомеостатичні концепції (Sperling M., 1955; Engel G., 1962; Mahler M., 1965; Hofer M., 1984; Ейдемільер Е.Г., Юстіцкас В.В., 1999), які походять від розвиваючогося в останні роки гомеостатиченому підходу в психології, що об'єднує теоретичні побудови self-психології, теорії психології розвитку, психології об'єктних відносин та фізіології;

6) нейрогуморальні теорії (Cannon W., 1932; Selye H., 1953; Lazarus R., 1976), які пояснюють хвороби порушеннями внутрішнього середовища організму та вважають психосоматичну патологію проявами загального неспецифічного адаптаційного синдрому;

7) фізіологічні концепції, серед яких можна виділити кортико-вісцеральну теорію К.М. Бикова і І.Т. Курцина.

Крім даних теорій можна ще виділити комплексні теорії, що підкреслюють складність патогенезу психосоматичних захворювань і враховують як психологічні фактори, так і соматичні (концепції А.Б. Смулевича, Д.Н. Ісаєва та онтогенетична концепція структурного аттрактора хвороби Ананьєва та ін.).

Новим методологічним інструментом вивчення психосоматичних захворювань є синергетика (від грец. Synergetikos - спільний, узгоджений, діючий) - науковий напрямок, що вивчає зв'язки між окремими структурними елементами (підсистемами) відкритих систем за умови порушення умов рівноваги внаслідок інтенсивного обміну речовин та енергії з навколишнім. В подібних системах спостерігається узгоджена поведінка підсистем (самоорганізація), в результаті чого зростає ступінь впорядкованості системи

та відбувається зменшення ентропії (самоорганізація).

Основними принципами синергетики є: нелінійність, нестійкість, динамічна ієрархічність, та досліджуваність. Методологія синергетики заснована на інтегративному підході до вивчення термодинамічно відкритих і нерівноважних дисипативних структур, що відрізняються спіралеподібним розвитком в багатовимірному просторі, траєкторія та автоколивальна амплітуда якого носить різноманітний характер, зумовлений складанням різноспрямованих сил в точках біфуркації.

Організм людини є сукупністю дисипативних систем, динамічна зміна яких визначає її стан здоров'я. Синергетичний підхід можна представити трьома основними векторами біопсихосоціальної моделі:

- соматогенез (розвиток систем і функцій організму);
- психогенез (розвиток психічних функцій);
- соціогенеза (розвиток соціальних ролей і відносин).

Біопсихосоціальна модель передбачає мультидисциплінарний і інтегральний підхід щодо комплексних і складних причинно-наслідкових відносин, при цьому модель є багатомірною, неврівноваженою, нестійкою та незамкненою. Траєкторії розвитку захворювання задається, і коригуються в точках біфуркації, набуваючи спіралеподібного і багатоваріантність. На зміну лінійної нозоцентричної динаміці приходять нелінійна дискретність і фрактальність.

Динаміка психосоматичних розладів є дискретною та включає наступні фрактали:

- 1) предиспозиції (психосоматогенна сім'я);
- 2) латентний (психосоматогенний діатез);
- 3) ініціальний (функціональні розлади);
- 4) розгорнута клінічна картина психосоматичного захворювання;
- 5) хронізація форми психосоматичного захворювання;
- 6) результат (соматоневрологічні ускладнення).

Фрактал психосоматогенної сім'ї при формуванні психосоматичних розладів є початковим, тому що основна частина соціалізації з моменту народження людини відбувається в родині та порушення сімейних взаємин, розподіл ролей можуть сприяти формуванню даної патології.

Виділяють наступні характеристики психосоматогенних сімей:

- 1) надмірне втручання батьків в життєві проблеми дитини, що заважає розвитку самостійності та сприяє розвитку у дітей внутрішнього конфлікту;
- 2) надчутливість кожного члена сім'ї до стресу іншого;
- 3) низька здатність змінювати правила взаємодії при мінливих обставинах, ригідні взаємини в сім'ї;
- 4) тенденція уникати вираження незгоди та відкритого обговорення конфліктів, ризик виникнення внутрішніх конфліктів;
- 5) дитина та її захворювання часто грають роль стабілізатора в прихованому подружньому конфлікті.

Для психосоматогенної сім'ї характерним є не заохочувати до вільного вираження почуттів та негативних емоцій, внаслідок чого дитина привласнює стереотипи придушення негативних емоцій, що призводить до їх соматизації. Психосоматогенним сім'ям властива бідність психологічної мови та схильність заперечувати наявність психологічних проблем.

Фрактал психосоматогенного діатезу. Психосоматогенний діатез - це порушення психічної адаптації організму до зовнішнього середовища або прикордонний стан, який може трансформуватися спочатку в функціональні психосоматичні порушення, а потім в психосоматичне захворювання під впливом екзогенних (стрес) і ендогенних факторів (генетично обумовлених аномалій). Він являє собою один з варіантів специфічного діатезу або схильності в загальній групі до недиференційованих психічних діатезів.

До психосоматогенному діатезу можна віднести психосоматичний дізонтонез. Виділяють три варіанти психосоматичного дізонтонеза:

- 1) відставання або затримка в соціалізації тілесних функцій (в

психосоматичному розвитку дитини);

2) регрес в психосоматичному розвитку як реакція дитини на особливі умови розвитку;

3) спотворення психосоматичного розвитку.

Функціональні психосоматичні розлади - це порушення, які носять функціональний характер і проявляються органічними неврозами або іншими соматоформними розладами. Органічні неврози супроводжуються поодинокими соматичними скаргами, до яких відносять кардіо- та ангіоневрози, синдром гіпервентиляції (психогенна задишка), ахалазія (кардіоспазм).

Соматоформні розлади - це функціональні порушення, що супроводжуються численними клінічно значущими скаргами, що повторюються. Подібний стан є ініціальним для розвитку психосоматичного захворювання. Загальним для цієї групи порушень є поява на тлі психосоціального стресу соматичних скарг за відсутності морфологічного зміни відповідних тканин.

Наступний фрактал - різні форми та типи перебігу психосоматичних захворювань, що відображають різноманітні особливості розвитку хвороби. Особливості перебігу і форма захворювання залежить від впливу психосоціальних і соматичних чинників. Перебіг захворювання може бути стабільним з рідкісним загостреннями або лабільним, що призводить до швидкого розвитку ускладнень.

Фрактал соматоневрологічних ускладнень визначається психічними розладами невротичного та психотичного рівнів, виникаючих внаслідк впливу на психіку соматичного захворювання.

В синергетичної концепції враховуються всі три умови, необхідні для «запуску» захворювання (по Alexander F., 1951): психологічна конфігурація; "X" фактор - вразливі органи, наявність яких залежить від спадкової схильності; пусковий механізм - ситуація прискорювач.

Синергетична концепція відповідає на три основні питання, які вирішуються на сучасному етапі в психосоматичної медицини:

1. Щодо пускового механізму патогенного процесу на початковому етапі розвитку;
2. Чому один і той самий надсильний подразник у однієї людини викликає хворобу, а в іншої не чинить значущої дії;
3. Чому психічна травма у різних людей призводить до захворювання різних органів і систем.

Синергетичним підходом можна пояснити етіопатогенез психосоматичних захворювань незалежно від їх нозологічної форми, а також виникнення захворювань, як в дорослому так і в дитячому віці.

Таким чином, синергетична концепція враховує всі зовнішні та внутрішні чинники виникнення психосоматичних захворювань. Психотерапевтичний підхід, який базується на ній та етіопатогенетичної спрямованості, надає можливість сприятливого впливу на перебіг психосоматичних захворювань, відкриваючи нові можливості та перспективи допомоги хворим з психосоматичної патологією.

1.3. Диференційно-діагностичні критерії різних форм психосоматичних порушень

Психосоматичні розлади - це соматичні захворювання, спричинені або посиленні наслідками психічного стресу та переживань. Узагальнюючи розлади, пов'язані зі стресом, часто пов'язують з психосоматичними симптомами.

Однак визнано, що багато хвороб мають психосоматичні які погіршуються стресом та дистресом, такими як хвороби серця, синдром подразненого кишечника, нервовий шлунок та охорона скелетних м'язів [9].

Психосоматичні розлади — це психічні захворювання, при яких людина

відчуває фізичні симптоми, що не пояснюються жодним соматичним захворюванням. Психосоматичний розлад діагностується за наступних умов:

– Фізичні симптоми хворого не є наслідком соматичного захворювання, психічного розладу або наслідком вживання психотропних та наркотичних речовин.

– Відсутній момент симуляції симптомів (пацієнт удає, ніби має фізичні симптоми, для зовнішньої вигоди) або симулятивного розладу (пацієнт виявляє фізичні симптоми для внутрішньої вигоди).

– Симптоми розладу завдають суттєвої шкоди професійному, соціальному та повсякденному життю людини.

Серед форм психосоматичних порушень відокремлюють сім основних різновидів психосоматичних розладів.

1. Соматоформний розлад (Синдром Бріке). Прояви соматоформного розладу зазвичай з'являються до тридцятирічного віку — у жінок частіше, ніж чоловіків. Основні симптоми: біль у щонайменше чотирьох ділянках тіла, проблеми з репродуктивною системою (еректильна дисфункція або асексуальність), захворювання шлунково-кишкового тракту, зокрема діарея та нудота, а також псевдоневрологічні симптоми (сліпота або запаморочення). Особливе місце серед соматоформних розладів займають розлади з вираженою вегетативною дисфункцією, для яких в МКХ-10 навіть виділена рубрика F45.3 «Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи». Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) — це стан порушеної нейрогуморальної регуляції внутрішніх органів (серцево-судинної системи, органів дихальної системи, залоз внутрішньої секреції тощо) [5].

Для встановлення підтвердженого діагнозу СВД необхідна одночасна присутність без виключень наступних ознак:

1) симптоми вегетативного збудження хронічного характеру, такі як серцебиття, потовиділення, тремор, почервоніння, що спричиняють стан неспокою;

2) додаткові симптоми суб'єктивного характеру, що стосуються певного органу або системи органів;

3) занепокоєння та засмучення стосовно можливого важкого (але часто невизначеного) захворювання певного органу або системи органів, які залишаються навіть після повторних пояснень і переконання лікарів з цього приводу;

4) відсутність даних стосовно істотного структурного або функціонального порушення даного органу або системи органів.

2. Недиференційований психосоматичний розлад. Хворі на цей різновид потерпають тільки від одного з симптомів психосоматичного розладу, який відзначається протягом щонайменше півроку

3. Конверсійний розлад. Конверсійні розлади розуміють як порушення фізіологічних функцій, які втрачають саморегуляцію внаслідок психологічних проблем. Конверсія – трансформація емоційних порушень у рухові, сенсорні та вегетативні еквіваленти. У випадку даного різновиду розладів, симптоми виникають після стресової або травматичної події, на думку багатьох психологів, фізичні симптоми розладу є спробою людини вирішити внутрішній конфлікт. Захворювання найчастіше впливає на довільні моторні та сенсорні функції людини (параліч, оніміння, сліпота, неспроможність розмовляти, тощо).

4. Больовий розлад – зумовлює біль, провідну роль у виникненні, силі й тривалості якого відіграють психологічні форми. В цьому випадку хворий потерпає від хронічного та сильного болю, що може тривати кілька місяців, який суттєво впливає на повсякденне життя .

5. Гіпохондрія (іпохондрія). Для даного типу розладів є характерним наявність у пацієнта страху перед серйозною хворобою. Пацієнт хибно інтерпретує власні симптоми, вважає їх більш серйознішими, ніж вони є насправді. Подібні думки після консультації з лікарем зникають лише на короткий час та потім виникають знову. На відміну від хворих на

симулятивний розлад симптоми дійсно мають місце, пацієнти не можуть контролювати думки з приводу власних відчуттів, подібна поведінка триває щонайменше півроку та не пояснюється жодними іншими захворюваннями.

6. Тілесний дисморфічний розлад. У випадку даного типу розладів, хворий одержимий реальною або уявною патологією чи фізичною вадою, характерним є зацикленість на незначних або взагалі відсутніх фізичних недоліках. Подібна одержимість завдає шкоди соціальному, професійному та повсякденному життю людини.

7. Психосоматичний розлад (не уточнений). Такий вид розладів має місце у випадку скарг пацієнта на симптоми, які характерні для психосоматичного розладу, але при цьому стан пацієнта не відповідає умовам діагностики жодного конкретного типу розладів.

Для багатьох лікарів встановлення діагнозу становиться складним, коли клінічні прояви захворювання знаходяться на межі психіатрії та загально - клінічного профілю. Історично склалося упередження, при якому погано вивчені хвороби часто вважаються психіатричними до тих пір, поки їх патофізіологія не буде з'ясована и роз'яснена. Існує широкий спектр думок відносно того, як підходити до діагнозу, коли потрібна загальна медична та психіатрична диференціальна діагностика (табл. 1.1).

Таблиця.1.1

Диференційно-діагностичні критерії різних форм психосоматичних розладів

Критерії діагностування	Форми психосоматичних порушень			
	Психосоматична реакція	Функціональні психосоматичні розлади	Соматоформні розлади	Психосоматичні захворювання
Основні прояви	прискорення пульсу, підвищення АТ, ↙ ↘ ↑	Кардіо - та ангіоневрози, синдром гіпервентиляції, синдром “подраженного” кишківника, “подраженного” сечового міхура	Гастроінтестинальні, кардіореспіраторні, больові, конверсійні, псевдоневрологічні симптоми	Артеріальна гіпертензія, ІХС, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунку, цукровий діабет, ревматоїдний артрит
Скарги на соматичний стан	на поодинокі симптоми	одна або декілька в межах однієї системи	повторювані, множинні, клінічно значимі симптоми	симптоми чітко відповідають нозологічній формі захворювання
Локалізація розладу	в межах однієї функції органу	в рамках 1 органу/системи	наявність скарг, принаймні в чотирьох ділянках тіла	залежить від нозологічної форми хвороби
Характер порушеної функції	відсутня	функціональний, зворотній	функціональний, зворотній	органний, незворотній
Час від початку впливу стресора до виникнення проявів хвороби	кілька хвилин, днів	від декількох днів до декількох тижнів	від декількох днів до 2-3 місяців	декілька місяців
Тривалість розладу	кілька хвилин, днів	більш, ніж 6 місяців	більш, ніж 6 місяців	Хронічний перебіг (все життя)

1.4. Програма медико-соціальної допомоги хворим із психосоматичними порушеннями

Програма медико-соціальної допомоги хворим з психосоматичними захворюваннями включає в себе широке коло лікувальних і профілактичних заходів, однак базисним напрямом є поєднання психотерапії та фармакотерапії.

Використання психофармакологічних препаратів при психосоматичних захворюваннях створює сприятливий фон для проведення психотерапії, знижуючи рівень тривоги та сприяючи трансформації психологічних захистів. При психофармакорекції досягається ослаблення емоційно обумовлених спотворень сприйняття оцінки оточення та власних реакцій, покращується інтеграція поведінки та соціальної взаємодії пацієнта. Вибір психофармакологічних засобів залежить від вираженості психопатологічних проявів. При слабо виражених невротичних, афективних розладах у рамках психосоматичних розладів зазвичай буває досить монотерапії транквілізаторами. При виражених психопатологічних формах вибір психотропної речовини залежить від структури клінічного синдрому. Найбільш часто при психосоматичних розладах використовують транквілізатори, що володіють анксиолітичну дію. Серед останніх найбільш поширені похідні бензодіазепіну, які, зв'язуючись із специфічними бензодіазепіновими рецепторами, підвищують чутливість ГАМК-рецепторів в γ -аміномасляної кислоти. При терапії постійної тривоги (генералізованої або фіксованого) переважно застосовують 3-гідрокси- та 2-кетобензодіазепам (лорапазем, феназепам, діазепам).

В даний час особливе значення серед антидепресантів набувають сучасні препарати, що поєднують м'який тимолептичний ефект з доброю переносимістю: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (прозак, золофт, паксіл, ципрамил), селективні інгібітори зворотного

захоплення норадреналіну (людіоміл), оборотні інгібітори моноаміноксидази А (піразидол, аурорікс), $\alpha 2$ -адреноблокатори (лерівон), атипові серотонінергические трициклічніантидепресанти (коаксил). Дані численних досліджень вказують на ефективність цих препаратів при психосоматичних розладах.

Крім зазначених груп препаратів, в допомоги хворим з психосоматичними розладами також застосовують седативні і активують засоби рослинного походження і вітамінні комплекси, які мають заспокійливу, тонізуючу і адаптується дію. Комплекси біологічно активних речовин левзеї, китайського лимонника, заманихи, аралії мають тонізуючу властивість. Препарати женшеня, елеутерококу, родіоли рожевої і деяких інших рослин поєднують загально тонізуючий ефект з адаптаційними властивостями. Як загально тонізуючий засобів і адаптогенів використовують витяжки з лікарської сировини. Адаптогенні препарати з рослин мають незначний психостимулююче дію. Відзначаються стимуляція імунітету та поліпшення переносимості несприятливих факторів зовнішнього середовища (висока і низька температура, інтоксикація, опромінення і т.д.).

Головну роль у лікуванні пацієнтів з психо - соматичними розладами відводиться психотерапії, переважно короткотривалим моделям психотерапії. Збереження/збільшення ефективності терапії, при одночасному зменшенні тривалості психотерапії досягається за рахунок:

- структурування психотерапевтичного процесу;
- диференціації мішеней і методів психотерапії;
- врахування клініко-психопатологічних характеристик певної групи хворих і кожного пацієнта окремо, особливо налаштованість на психотерапію і конкретний психотерапевтичний запит [13].

Психотерапевтична корекція полягає насамперед у визначенні структури внутрішньої картини хвороби та її подальшої корекції з метою переконання хворого щодо відсутності у нього небезпечного соматичного захворювання.

При лікуванні психосоматичних хворих широко застосовуються різні методи психотерапії:

- психоаналітична психотерапія;
- гіпнотерапія;
- аутогенне тренування;
- навіювання та самонавіювання;
- поведінкова терапія;
- особистісно-орієнтована, групова, когнітивна, тілесно-орієнтована психотерапія.

Для психосоматичних хворих обґрунтованим є застосування орієнтованої на особистісні особливості, що вимагають нормалізації системи відносин, неадекватно сформованої в процесі життя терапії. Симптоматична і патогенетична психотерапія при психосоматичній патології повинна бути спрямована на:

- 1) усунення симптомів, розладів поведінки, неадекватних особистісних реакцій;
- 2) відновлення тих елементів системи відносин пацієнта, які визначили виникнення захворювання і розвиток невротичних «нашарувань»;
- 3) зменшення клінічних проявів захворювання;
- 4) підвищення соціального функціонування хворого, реадaptaцію в сім'ї та суспільстві;
- 5) підвищення ефективності лікувальних впливів біологічного характеру.

Виведення емоційних проблем в сферу свідомості уможливорює їх адекватне дозвіл, що може сприяти і усунення соматичних симптомів, які розвинулися на основі емоційного стресу.

Хворі з хронічними фізичними захворюваннями можуть відчувати полегшення в результаті застосування довготривалої психоаналітичної орієнтованої психотерапії: вона забезпечує зв'язок з психотерапевтом, з яким

хворий може обговорювати емоційні реакції на хворобу.

Поведінкова психотерапія може ефективно бути використана у психосоматичних хворих. Вона ґрунтується на тому положенні, що різні симптоми і невротичні форми поведінки є результат неадекватного навчання і можуть бути усунені шляхом «перенавчання». Типовим прикладом поведінкової психотерапії може служити систематична десенсибілізація, при якій терапевтичний ефект досягається низкою послідовних процедур. Кожна з них включає в себе поступове наближення до духів страх ситуацій та подальшу релаксацію. Релаксацію починають в ситуаціях, що викликають легку тривогу, і поступово рухаються в напрямку стимулів, що обумовлюють виражений страх. За допомогою поведінкової психотерапії в процесі навчання у хворого виробляються нові установки і форми поведінки.

Патогенетичне значення може мати освіту стійкого зв'язку між розумовими стереотипами, емоціями і соматичними функціями. Цю патогенетичну ланцюг «необґрунтоване судження - емоція - соматичний симптом» можна розірвати за допомогою когнітивної терапії.

Поряд з медикаментозним лікуванням та психотерапевтичними методами, при психосоматичних розладах використовуються фізичні та курортні фактори, спрямовані на усунення нейровегетативних і нейросоматичних дисфункцій. Методи та засоби немедикаментозного лікування різноманітні. Основне місце займають фізичні фактори як природні (клімат, повітря, сонце, вода), так і перетворені. Можуть використовуватися різні методи фізіотерапії: електролікування (гальванотерапія, електросон, електропунктура, аероіонотерапія), гідротерапія (циркулярний і висхідний душ, душ Шарко, шотландський душ, підводний душ-масаж; місцеві, контрастні, кисневі і скипидарні ванни), метод гіпербаричної оксигенації, фототерапія, вібромасажна релаксація, голкорексфлексотерапія, рухові методики, масаж. Застосування фізіотерапевтичних методів сприяє зменшенню невротичних розладів і покращує психоемоційний стан хворих.

Соціальна допомога надається в векторі соціогенеза за участю фахівців із соціальної роботи. Мультидисциплінарні бригади, що включають в свій склад сімейного лікаря, психотерапевта, клінічного психолога та соціального працівника, повинні стати основною структурою, яка надає допомогу особам з психосоматичними розладами, так як тільки взаємне співробітництво фахівців з різних областей може привести до надання адекватної медико-психосоціальної допомоги. Знання психологічних особливостей хворих з психосоматичними захворюваннями може допомогти лікарю та медичному психологу знайти правильний індивідуальний підхід до кожного пацієнта, і тим самим підвищити якість життя.

Висновки до розділу.

1. Сьогодні, у науковій літературі психосоматикою позначають науковий напрямок, предметом дослідження якого є взаємовплив психіки та функцій організму людини, а також безпосередній вплив емоцій на функції організму та формування його розладів. Та водночас, терміном «психосоматика» позначається напрямок медицини, який досліджує та лікує патологічні соматичні розлади, що виникають унаслідок дії психогенних факторів. Слід зазначити, що психосоматичний напрямок являє собою лікарський підхід, який враховує взаємодію фізіологічних, психологічних, соціально-психологічних та екологічних причин, що спричиняють виникнення хвороби. Психосоматичний підхід поєднує досягнення психології та медицини, що дозволяє цілісно проводити дослідження та лікування.

2. Розвиток психосоматичної медицини зумовив поступовий перехід від однолінійних моделей до системних, які враховують взаємодію безлічі фізіологічних і психосоціальних факторів виникнення психосоматичних захворювань. Можна також відзначити, що жодна з розроблених раніше теорій не дозволяє достовірно пояснити всі ланки в розвитку психосоматичних порушень. Саме тому багатфакторні моделі розвитку психосоматичних порушень трансформувались концепції психосоматичної медицини. У зв'язку

з цим, є необхідність розробки нових концепцій психосоматики. Існує досить велика кількість теорій і моделей виникнення психосоматичних захворювань та способів їх класифікації. В узагальненому вигляді серед факторів виникнення психосоматичних розладів, на думку багатьох дослідників істотний вплив мають когнитивні та особистісні фактори.

3. Нове розуміння психосоматичних розладів відображено в 10-му перегляді Міжнародної класифікації хвороб (1994), згідно якого передбачається можливість розвитку або загострення хронічного соматичного захворювання внаслідок впливу психологічних та соціальних чинників. У такому випадку основне захворювання отримує додатковий код F54, при цьому необхідно, щоби психологічні обставини були достовірно пов'язані з початком або загостренням захворювання, а супутні геморганічні порушення чітко зафіксовані. Крім того, у МКХ-10 представлена діагностична категорія «Соматоформний розлад» (F45), головною ознакою якого є постійне виникнення фізичних симптомів, поряд із постійною вимогою медичних обстежень (всупереч їх негативних результатів).

4. Програма медико-соціальної допомоги хворим із психосоматичними захворюваннями включає в себе широке коло лікувальних і профілактичних заходів, однак базисним напрямом є поєднання психотерапії та фармакотерапії. Використання психофармакологічних препаратів при психосоматичних захворюваннях створює сприятливий фон для проведення психотерапії, знижуючи рівень тривоги та сприяючи трансформації психологічних захистів. При психофармакорекції досягається ослаблення емоційно обумовлених спотворень сприйняття оцінки оточення та власних реакцій, покращується інтеграція поведінки та соціальної взаємодії пацієнта. Психотерапевтична корекція полягає насамперед у визначенні структури внутрішньої картини хвороби та її подальшої корекції з метою переконання хворого щодо відсутності в нього небезпечного соматичного захворювання.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ, ВНУТРІШНЯ СТРУКТУРА ТА ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В СУЧАСНІЙ КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

2.1. Якість життя як багатофакторний критерій оцінювання стану хворих

За останні десятиліття в медицині відбулася зміна парадигми оцінювання результатів надання медичної допомоги. Оцінка результативності змістилася від клінічних індикаторів активності хвороби, до відношення пацієнтів до отриманого лікування та сприйняття свого стану здоров'я. Термін «результати, що повідомляються пацієнтами» (PRO) був введений в медичну практику для позначення залученості пацієнта в клінічну практику, економіку охорони здоров'я і дослідження в області з епідеміології і охорони здоров'я.

Після представлення абсолютного нового визначення здоров'я як фізичного, психічного, і соціального благополуччя, в 1948 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила і представила концепцію "якості життя, пов'язаного зі здоров'ям». Концепція, запропонована для впровадження в практику з'явилася актуальною і логічною, тому що якість життя відображає суб'єктивне сприйняття здоров'я і було однією з основних концепцій раніше введеного PRO. Подальший розвиток досліджень якості життя, пов'язаного зі здоров'ям в медицині стимулювалося як все більшим визнанням суб'єктивного фактора пацієнта, але також і були ростом поширеності хронічних захворювань, які потребують тривалого лікування та довічного догляду.

З перших років свого існування область QoL зіткнулася з серйозними проблемами необхідні були відповіді на питання:

– як визначити і ввести в дію визначення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям;

- які принципи вибору методів проведення оцінювання;
- як реалізувати дослідження в клінічній практиці на практиці;
- як досліджувати отриману інформацію.

Оскільки оцінка якості життя в медицині значно просунулася за останні 30 років, зараз можна повною мірою оцінити якість ранніх і більш пізніх оцінок, а також інструменти оцінювання та переваги їх включення в практику дослідження на різних рівнях.

На сьогоднішній день існує безліч визначень якості життя, кожне з них доповнює та конкретизує трактування терміну, але до теперішнього часу немає загальноприйнятого визначення цього поняття. Якість життя є інтегральною характеристикою, що визначає фізичне, соціальне та психологічне функціонування пацієнта. Відповідно до наведеного визначення здоров'я, ВООЗ визначає ЯЖ як індивідуальне співвідношення людиною свого становища в житті суспільства, в контексті його культури та системи цінностей з цілями індивіда, його планами, можливостями та ступенем безладу. Як бачимо, фундаментальними властивостями якості життя є багатокомпонентність і суб'єктивізм в оцінюванні [11].

Необхідно виділити три основні складові концепції якості життя. **Багатомірність.** ЯЖ включає у себе інформацію про основні сфери життєдіяльності людини: фізичної, психологічної, соціальної, духовної та економічної. ЯЖ, що пов'язана зі здоров'ям, оцінює компоненти, які не асоційовані з захворюванням безпосередньо та дозволяє визначити вплив хвороби та процесу лікування на хворого.

Змінюваність у часі. ЯЖ змінюється у часі в залежності від стану хворого, що обумовлене низкою ендогенних та екзогенних чинників. Дані про ЯЖ дозволяють проводити моніторинг стану пацієнта навіть і, за необхідністю, проводити корекцію терапії.

Участь хворого в оцінці свого стану. Ця складова ЯЖ є особливо важливою. Оцінка ЯЖ, яка проведена хворим особисто, є цінним і надійним показником

його загального стану. Оцінку ЯЖ повинен проводити пацієнт, тому що за результатами багатьох досліджень показано, що ця оцінка часто не співпадає з інтерпретацією лікаря чи дослідника. Данні про ЯЖ поряд з традиційним медичним висновком дозволяють скласти повну об'єктивну картину хвороби. Концептуальною основою дослідження якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, слід визнати філософські, соціологічні та психологічні компоненти якості життя, внаслідок їх тісного зв'язку з визначенням самого визначення поняття. Отже загальними визначальними компонентами ЯЖ є:

- фізичний;
- соціальний;
- психічний компоненти.

Змінні (або оперативні) компоненти поділяють загальні, але можуть відрізнятися ступенем деталізації та включенням додаткових параметрів. На відміну від соматичної медицини, дослідження якості життя в області психічного здоров'я розвинулися з деякою затримкою. Незважаючи на ранні роздуми про ЯЖ в психіатрії, стандартизовані підходи до оцінки з'явилися відносно недавно.

Необхідно відзначити, що оцінка якості життя пацієнтів з різними хронічними хворобами на сьогоднішній день є одним з важливих показників ефективності лікування. Показники якості життя хворих можна розглядати як досить надійний показник стану хворих, який може бути використаний для підвищення ступеня об'єктивності оцінки клінічного прогнозу та ефективності проведеної терапії. Дослідження якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, являє собою новий і ефективний інструмент оцінки стану хворого до, під час і після лікування. Великий міжнародний досвід вивчення якості життя хворих показує його перспективність у всіх розділах медицини[12].

2.2 Підходи з оцінювання якості життя хворих, інтерпретація та клінічне значення результатів оцінки

Дослідження ЯЖ неможливо без знання всіх особливостей методології та суворого її дотримання при проведенні дослідження. Взагалі, методика дослідження ЯЖ є багатокомпонентною та включає в себе наступні складові:

- розробка протоколу дослідження;
- вибір інструменту оцінки;
- обстеження пацієнтів;
- збір даних;
- формування бази даних;
- шкалування даних;
- статистична обробка;
- аналіз та інтерпретація результатів.

Правильний вибір інструменту дослідження – основа методології дослідження ЯЖ. В сучасних дослідженнях найчастіше звертають увагу на наступні компоненти ЯЖ:

- 1) вплив симптомів на самопочуття та активність;
- 2) тип відношення до хвороби, самооцінка загального стану здоров'я;
- 3) ступінь фізичного, психічного, соціального благополуччя;
- 4) обмеження соціальних функцій, зниження енергійності;
- 5) інтелектуальний та емоційний фон;
- 6) втрати або прибуток від хвороби тощо.

Єдиних загальноприйнятних критеріїв і норм дослідження ЯЖ не існує. На оцінку ЯЖ впливає вік, стать, національність, соціально-економічне становище людини, характер його трудової діяльності, релігійні переконання культурний рівень, регіональні особливості та багато інших чинників. Це суто суб'єктивний показник об'єктивності, і тому оцінка ЯЖ респондентів можлива лише в порівняльному аспекті (хворий - здоровий, хворий одним захворюванням - хворий іншим захворюванням) з максимальним

нівелюванням всіх сторонніх чинників [13]. Відповідно до подання Всесвітньої організації охорони здоров'я категорія здоров'я включає в себе категорії фізичного, психічного, духовного і соціального здоров'я. Тому для оцінки ЯЖ слід використовувати такий інструмент, який би охоплював різні сторони ЯЖ, був чутливим до зміни в стані здоров'я, результати повинні бути порівнянні з іншими вимірами стану здоров'я, клінічним статусом. Важливою вимогою є можливість його застосування у осіб різної статі, віку, незалежно від роду занять, характеру захворювання. У той же час це повинен бути документ простий, короткий, легкий для розуміння, що дозволяє отримувати кількісну оцінку досліджуваних параметрів. Підсумком активної роботи міжнародних дослідницьких груп протягом останніх десятиліть став консенсус за стандартизованим інтерв'юванням [14, 15].

Для оцінки якості життя та спектра симптомів, пов'язаних із захворюванням і / або лікуванням, розроблені спеціальні інструменти - поодинокі шкали та опитувальники, які заповнюються хворими. За допомогою шкал можна оцінити ступінь вираженості будь-якого параметра. В основі оцінки лежить вимір інтенсивності (виразності) симптому або рівня функціонування (рівня якості життя). Використовують наступні поодинокі шкали - цифрові оціночні, візуально-аналогові, вербально-аналогові або шкали вербальних оцінок.

- 1) Опитувальником якості життя (SF-36)
- 2) Опитувальником задоволеності пацієнта (PSQ),
- 3) Цифрова оціночна шкала (у вітчизняній літературі носить назву цифрова візуально-аналогова шкала) представляє собою ряд побудованих в зростаючій послідовності цифр від 0 до 10, де 0 відповідає поняттю «немає симптому», 10 - «симптом настільки виражений, наскільки можна собі уявити». Пацієнту необхідно відзначити одну з цифр, найкращим чином описує ступінь вираженості симптому. У разі застосування цифрової оціночної

шкали для оцінки якості життя 0 означає «найгірша якість життя, яке може бути», 10 - «найкраще якість життя, яке може бути». Пацієнту необхідно відзначити цифру, найкращим чином відображає рівень якості життя. Цифрове вираження інтенсивності симптому (або рівня якості життя) забезпечує однакове розуміння тяжкості симптому (або порушення якості життя) усіма учасниками лікувального процесу.

4) Візуально-аналогову шкалу рекомендують використовувати у вигляді горизонтальної лінії довжиною 10 см, що відбиває спектр інтенсивності симптому (або рівня функціонування при оцінці якості життя), протилежні кінці якої відповідають тим же поняттям про рівень показника, що і в разі цифрової шкали. Пацієнту необхідно відзначити точку на даній лінії, відповідну вираженості симптому (або рівню функціонування при оцінці якості життя). Співвіднесення надалі даної точки з сантиметрової або міліметрової розміткою дає цифрове вираз вимірюваного показника.

5) Вербально-аналогові шкали являють собою слова, що характеризують силу відчуттів; як правило, використовуються для оцінки симптомів. Вербальні аналоги вираженості симптому - «немає симптому», «слабкий», «помірний», «сильний», «нестерпний» - можуть бути розташовані в ряд по зростаючій або вільно в випадковій послідовності, формуючи тим самим різні характеристики симптому. У даному разі поодинокі шкали вважаються незамінними в силу своєї простоти; вони є своєрідним ключем до взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом.

Численні дослідження присвячені порівняльній оцінці практичної цінності різних видів шкал. Незважаючи на триваючі дискусії про переваги і недоліки кожної з них, всі шкали широко використовуються в клінічній практиці, і їх вибір може визначатися індивідуально в залежності від уподобань хворого. Останнім часом для оцінки симптомів частіше використовують опитувальники оцінки симптомів, які класифікують

наступним чином:

7) Опитувальники для оцінки окремих симптомів (біль, нудота / блювання, слабкість, депресія та інші);

8) Опитувальники для оцінки спектра основних симптомів.

Опитувальник, як правило, являє собою інструмент, що складається з декількох одиничних шкал, кожна з яких оцінює ту чи іншу характеристику симптому. При цьому вербально-аналогові та цифрові оціночні шкали використовуються дещо частіше, ніж візуально-аналогові шкали. Крім того, опитувальник може містити питання про локалізацію симптому (наприклад, болю), його тривалість і частоту виникнення, ступеня полегшення від одержуваного лікування, а також про ступінь дистресу та вплив симптому на щоденну діяльність.

Процедура заповнення опитувальників може бути різною. Більшість опитувальників припускають наступний варіант використання: відповіді можуть заноситися хворим в опитувальник самостійно або за допомогою іншої особи. У деяких випадках (при наявності у пацієнта когнітивних порушень або загальному важкому стані пацієнта) опитувальники заповнюються родичами хворого або медперсоналом. Однак останній варіант проведення оцінки симптомів володіє низькою надійністю. У зв'язку з тим, що більшість пацієнтів, які страждають на психосоматичні захворювання, відчувають кілька симптомів одночасно, при проведенні підтримуючої терапії доцільно використовувати опитувальники, які дозволяють виміряти вираженість спектра симптомів. Вони являють собою інструменти для виявлення симптомів, вимірювання їх інтенсивності та оцінки ефективності їх лікування. При виборі опитувальника для оцінки симптомів слід враховувати його психометричні властивості, тобто його надійність, валідність і чутливість. Опитувальники з перевіреними психометричними властивостями є стандартизованими .

Опитувальники, призначені для оцінки ЯЖ пацієнтів з різними

захворюваннями у дітей і дорослих, відносяться до категорії загальних опитувальників, вони можуть бути застосовані для популяційних досліджень, але, як правило, малочутливі. Крім загальних опитувальників, розроблені спеціальні, хвороба-специфічні запитальники, призначені для дослідження ЯЖ по областям медицини, по нозології, за специфікою певних станів. Спеціальні опитувальники відрізняються високою чутливістю, але область їх застосування обмежується вузькою конкретної сферою [16].

Залежно від структури виділяють профільні опитувальники (кілька цифрових значень, які представляють собою профіль, сформований значеннями шкал) і індекси (єдине цифрове значення). Для конструювання загальних методик відомих фахівцем у сфері вивчення ЯЖ Ware J.E. було запропоновано виділити розділи, пов'язані безпосередньо з особливостями функціонування хворого. Всього формується чотири таких блоку (фізична, емоційна, соціальна сфера і загальне суб'єктивне сприйняття здоров'я). І один блок, на думку дослідника, повинен відображати специфічні для конкретного патологічного процесу параметри, в тому числі біомедичні технології тощо [17]. Такий підхід закладений в стандартизованих методиках оцінки якості життя, таких як:

- 1) Профіль впливу хвороби (Sickness Impact Profile, SIP);
- 2) Індекс рейтингу загального стану здоров'я (General Health Rating Index);
- 3) Ноттингемський профіль здоров'я (Nottingham Health Profile, NHP);
- 4) Мак-Мастерський опитувальник індексу здоров'я (McMaster Health Index Questionnaire);
- 5) Індекс якості життя (Quality of Life Index) та інших спільні опитувальні листи.

Широкий спектр перерахованих опитувальників п відображає нагальні потреби практики в диференційованому підході до оцінки стану пацієнта при різних захворюваннях. Опитувальники, чутливі для оцінки ЯЖ при одних захворюваннях, можуть виявитися нечутливими для інших [18].

В останні роки в багатьох клінічних дослідженнях з успіхом використовується SF-36 (англ. The Short Form-36), автором якого є John E. Ware. SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесна біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким чином, що чим вище значення показника (від 0 до 100), тим краще оцінка за обраною шкалою. З них формують два параметри: психологічний і фізичний компоненти здоров'я [19]. Важливу інформацію лікар-дослідник, який працює з певними групами пацієнтів, може отримати за допомогою хвороба-специфічних опитувальників, які використовуються для оцінки ЯЖ пацієнтів, які страждають певними захворюваннями. За допомогою спеціальних опитувальників оцінюється будь-яка одна категорія ЯЖ (фізичний або психічний стан), або ЯЖ при конкретному захворюванні, або певні види лікування.

Кожен опитувальник відрізняється обсягом дослідження, часом, необхідним для заповнення анкет, способами заповнення і кількісною оцінкою показників ЯЖ. Більшість опитувальників переведені на всі основні мови з відповідною адаптацією до них [20]. Таким чином, в даний час для оцінки ЯЖ використовуються 3 основні групи запитальників:

- загальні, неспецифічні (розраховані на оцінку в різних групах здорових осіб або хворіють, незалежно від нозологічної форми);
- приватні (призначені для вивчення окремих симптомів, наприклад, порушення сну, болю і т.д.);
- специфічні для хвороби (наприклад, для хворих на atopічний дерматит, кропив'янку, астмою).

У кожному дослідженні треба ретельно підбирати запитальники для отримання найбільш ефективних результатів в залежності від мети і завдань дослідження.

2.3. Об'єктивізація оцінки якості життя хворих для індивідуальних психосоматичних реабілітацій

Для підвищення об'єктивності оцінки ЯЖ деякі дослідники використовують декілька специфічних опитувальників або визначають показники за допомогою як загальних, так і спеціальних інструментів. За способом аналізу інформації виділяють

- індекси (числовий еквівалент стану ЯЖ);
- шкали (візуальна оцінка складових);
- профілі (окрема оцінка кожного компоненту з отриманням декількох характеристик).

Варто зазначити, що результати, отримані за підсумками розрахунку індексів якості життя не можна розглядати в якості абсолютно істинних. Статистичні дані часто є неточними або неповними (свою роль можуть грати й методологічні відмінності), а експертні оцінки є суб'єктивними за своєю природою. Корисні результати може принести розгляд результатів у рамках різних індексів і більш глибоке розгляд окремих індикаторів. Тому для об'єктивізації оцінки якості життя найбільш оптимальним і результативним є використання методики використання індексу відповідності, який дозволяє об'єктивно вивчити ЯЖ пацієнтів із будь-яким із психосоматичних захворювань [21]. У розробці даного способу враховувалися всі три компоненти ЯЖ (соматичний, психічний, соціальний), так як при психосоматичних захворюваннях на відміну від чисто соматичних або психічних захворювань із самого початку хвороби виникають порушення у всіх трьох сферах.

Спосіб об'єктивізації оцінки ЯЖ при психосоматичних захворюваннях складається з двох складових: суб'єктивної та об'єктивної оцінки. Спосіб об'єктивізації ЯЖ із психосоматичними захворюваннями, дозволяє отримати не тільки об'єктивну картину ЯЖ, а й подивитися, наскільки суб'єктивна

оцінка хворого відрізняється від об'єктивної оцінки лікаря, і виявити ступінь розбіжності в сторону переоцінки або недооцінки ЯЖ.

Об'єктивізація оцінки якості життя хворих за вказаним методом здійснюється поетапно. На першому етапі проводиться дослідження суб'єктивної оцінки ЯЖ. Оцінка проводиться самим хворим. Для цього нами використовується спосіб оцінки ЯЖ психосоматичних хворих, який складається з 48 питань, розбитих на три блоки. Перед початком обстеження пропонується інструкція: «Вам пропонується опитувальник, що складається з 48 питань, що стосуються Вашого ЯЖ. Вам необхідно уважно прочитати кожне питання і вибрати один із 4 варіантів відповідей, який найбільше властивий у даний час. Для цього необхідно близько обраного Вами відповіді поставити галочку й перейти до наступного питання». Пацієнт після знайомства з інструкцією приступає до виконання завдання. Опитувальник включає питання, що стосуються соматичного здоров'я, психологічного стану й соціального функціонування. Питання про соматичному стані стосуються фізичного самопочуття, особливостей обмежень у фізичних навантаженнях, самообслуговуванні, виконання повсякденної діяльності, прийому ліків; про психологічний — настрої, наявності тривоги, впливу емоційного стану на виконання повсякденної та професійної діяльності; про соціальне — матеріальні й житлові умови, взаємини на роботі, у колі друзів, з медичним персоналом, членами сім'ї. Усі питання сформовані в доступній формі та звернені особисто.

Після закінчення відповідей на 48 запитань тест обробляється комп'ютером. Кожна відповідь оцінюється в балах від 0 до 3 (а — 3 бали, б — 2 бали, в — 1 бал, г — 0 балів), у зв'язку з цим сумарний показник якості життя становить максимально до 144 балів. Більш висока оцінка (в балах) вказує на більш високу ЯЖ хворих. Результати показника ЯЖ були попередньо стандартизовані за п'ятибальною шкалою; у ході чого ЯЖ оцінюватися як:

- a) низька — 0–25 балів;
- b) нижче середньої — 26–43 балів;
- c) середня — 44–86 балів;
- d) вище середньої — 87–96 балів;
- e) висока — 97–144 балів.

Пацієнт у ході обробки результатів відповідей отримує певну кількість балів, яка належить до того чи іншого інтервалу.

На другому етапі проводиться оцінка ЯЖ хворих за допомогою опитувальника об'єктивної оцінки. Оцінка проводиться лікарем загальносоматичної мережі, який закріплений за пацієнтом. Перед початком дослідження пропонується інструкція: «Вам пропонується опитувальник, що стосується ЯЖ хворого, що складається з 24 питань, розбитих на 3 блоки по 8 питань у кожному. Вам необхідно вибрати один із 4 можливих запропонованих відповідей, який найбільше властивий хворому на даний час». Після знайомства з інструкцією лікар приступає до виконання завдання. Опитувальник включає питання, що стосуються соматичного стану хворого, його психічного стану й соціального функціонування. Питання про соматичному стані враховують особливості стану здоров'я хворого на даний момент, наявність обмежень у фізичних навантаженнях, самообслуговуванні, виконанні повсякденної діяльності. Про психічний стан судиться за наявністю основних невротичних синдромів, а про соціальному функціонуванні — за особливостями соціального статусу. Лікар відповідає по черзі на кожен із поставлених запитань. Після закінчення відповіді на 24 питання тест обробляється. Кожна відповідь оцінюється в балах від 0 до 3 (за відповідь а — 3 балів, б — 2 бали, в — 1 бала, г — 0 балів), максимально можлива сума балів по кожному розділу одно 24. Сумарний показник об'єктивної оцінки ЯЖ становить суму балів за основними трьома розділами, максимально високою оцінкою є 72 бали. Більш висока оцінка (в балах) вказує на більш високий рівень ЯЖ хворого на думку лікаря. Результати показника об'єктивної оцінки

якості життя попередньо були стандартизовані за п'ятибальною шкалою; у ході чого об'єктивний показник ЯЖ хворого став оцінюватися як:

- a) низький — 0–15 балів;
- b) нижче середнього — 16–24 бали;
- c) середній — 25–38 балів;
- d) вище середнього — 39–53 бали;
- e) високий — 54–72 бали.

На третьому етапі проводиться визначення ступеня розбіжності суб'єктивної й об'єктивної оцінки виводиться індекс відповідності ЯЖ, який розраховується за формулою:

$$\text{Індекс відповідності} = \frac{\text{Показник суб'єктивної оцінки ЯЖ}}{\text{Показник об'єктивної оцінки ЯЖ} \times A} \times 100,$$

де А — коефіцієнт вирівнювання між опитуваннями.

Коефіцієнт вирівнювання в нашому випадку дорівнює 2, тому що максимальна кількість балів за опитувальником об'єктивної оцінки якості життя у два рази менше, ніж суб'єктивної. Індекс відповідності розраховується для загального показника ЯЖ (ІСОЯЖ), а також для його складових: соматичного, психічного та соціального показників. Для перерахунку «сирих балів» у стандартні проводять стандартизацію індексу відповідності ЯЖ за шкалою станайнов на тій же групі хворих із психосоматичними захворюваннями. При отриманому значенні Індексу відповідності у 88–100 балів вважають сприйняття якості життя хворим адекватним, при 87 і менше балів визначають недооцінку якості життя хворим, а при Індексі відповідності 101 та більше визначають переоцінку якості життя хворим.

При необхідності більш детального аналізу ЯЖ можна в ході обробки отримати індекси відповідності суб'єктивної оцінки — об'єктивної за основними компонентами ЯЖ: соматичного, психологічного й соціального.

Описаний спосіб об'єктивізації ЯЖ із психосоматичними захворюваннями дозволяє отримати не тільки об'єктивну картину ЯЖ, а й подивитися, наскільки суб'єктивна оцінка хворого відрізняється від об'єктивної оцінки лікаря і виявити ступінь розбіжності в сторону переоцінки або недооцінки ЯЖ. Розрахунок індексу відповідності для кожного компонента дозволяють дізнатися детальніші відомості про розбіжності в оцінках ЯЖ у різних сферах життя.

Висновки до розділу.

1. Внаслідок усе більшої уваги в останні десятиліття в терапевтичній практиці до пацієнта, як особистості, що володіє спектром індивідуальних характеристик, набула поширення концепція оцінки якості життя. Визначення терміну «якість життя» пов'язане з виміром благополуччя людини. Цей термін широко використовується в суспільних науках як категорія, що відбиває різноманітні умови життя, ступінь задоволення потреб людини. У медицині застосовується термін «якість життя, що пов'язана зі здоров'ям» (в англійській літературі «health-related quality of life»), під яким розуміють ступінь благополуччя та задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба та її лікування. Інтегральна інформація, що міститься в показнику якості життя стосовно фізичного, психологічного та соціального аспектів життєдіяльності хворих дозволяє отримати уявлення щодо загальних закономірностей його реагування на патологічний процес, виявити індивідуальні особливості реакції пацієнта, оцінити ефективність лікування за даними індивідуального моніторингу та використати отримані дані для корекції схеми лікування.

2. Дослідження ЯЖ неможливо без знання всіх особливостей методології та суворого її дотримання при проведенні дослідження. Взагалі, методика дослідження ЯЖ є багатоконпонентною та включає в себе наступні складові:

- розробка протоколу дослідження;

- вибір інструменту оцінки;
- обстеження пацієнтів;
- збір даних;
- формування бази даних;
- шкалування даних;
- статистична обробка;
- аналіз та інтерпретація результатів.

Правильний вибір інструменту дослідження — основа методології дослідження ЯЖ. Незважаючи на те, що диференціація об'єктивних та суб'єктивних критеріїв ЯЖ залишається суперечливим питанням, основним інструментом для «кількісного» визначення цього показника вважається опитувальник.

3. Для підвищення об'єктивності оцінки ЯЖ деякі дослідники використовують декілька специфічних опитувальників або визначають показники за допомогою як загальних, так і спеціальних інструментів. Результати, отримані за підсумками розрахунку індексів якості життя не можна розглядати в якості абсолютно істинних. Статистичні дані часто є неточними або неповними (свою роль можуть грати й методологічні відмінності), а експертні оцінки є суб'єктивними за своєю природою. Тому для об'єктивізації оцінки якості життя найбільш оптимальним і результативним є використання методики використання індексу відповідності, який дозволяє об'єктивно вивчити ЯЖ пацієнтів із будь-яким із психосоматичних захворювань.

РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Оцінка суб'єктивної якості життя за шкалою у хворих.

Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) — поліетіологічне функціональне захворювання серцево-судинної системи, в основі якого лежать розлади нейроендокринної регуляції з численними та різноманітними клінічними симптомами, які виникають або поглиблюються під впливом стресу. У цілому захворювання має доброякісний перебіг та сприятливий прогноз.

Цей синдром мав безліч назв, що створило певну плутанину в розумінні суті даної патології (синдром зусилля, роздратоване серце, безладна діяльність серця, і пр.). Термін «нейроциркуляторна дистонія» запропонований В.М. Савицьким в 1952 році. В інших країнах застосовується або загальний термін «незрозумілі з медичної точки зору симптоми», або, залежно від емоційних розладів, - «генералізований тривожний розлад», «соматоформний розлад», «панічний розлад» і т.п.

Нами були вивчені 60 історій хвороб (амбулаторних карт) пацієнтів із НЦД, що звернулися за медичною допомогою до 6 амбулаторій ЦПМСД м. Слов'янськ. Серед пацієнтів було 20 (33,4 %) чоловіків і 40 (66,6 %) жінок віком від 18 до 40 років. Середній вік становив $30,1 \pm 0,65$ року. Пацієнти мали типові скарги і клінічні ознаки різних типів НЦД. Хворим було проведено загально клінічне обстеження, ЕКГ, ЕхоКГ, консультації суміжних спеціалістів (невропатолога, окуліста).

Хворі були поділені на такі групи:

I група (n=44) — пацієнти з гіпертонічним типом НЦД;

II група (n=4) — пацієнти, з гіпотонічним типом;

III група (n=12) — пацієнти зі змішаним типом НЦД.

Оцінку стану серцево-судинної системи проводили за допомогою загально клінічного обстеження, електрокардіографії, ехокардіографії.

Електрична активність серця оцінювалась за результатами електрокардіографічного дослідження (ЕКГ) в 12 стандартних відведеннях за традиційною методикою. Пацієнтам усіх груп у комплексному лікуванні призначались оптимальні для них седативні препарати.

На першому етапі проведення оцінювання показника ЯЖ проведено дослідження суб'єктивної оцінки ЯЖ, яке проводиться самим хворим. З цією метою для визначення об'єктивної оцінки ЯЖ використовувався опитувальник суб'єктивної оцінки ЯЖ психосоматичних хворих (додаток А), що складається з 48 питань, розбитих на 3 блоки. Оцінка проводилась самим хворим.

Перед початком обстеження хворим була запропонована інструкція: «Вам пропонується опитувальник, що складається з 48 питань, що стосуються Вашого показника якості життя. Вам необхідно уважно прочитати кожне питання та вибрати один із 4 варіантів відповідей, який найбільше актуальний на даний час. Для цього необхідно поряд з обраним Вами варіантом відповіді поставити позначку та перейти до наступного питання».

Пацієнт після знайомства з інструкцією приступив до виконання завдання. Опитувальник включає питання, що стосуються соматичного здоров'я, психологічного стану та соціального функціонування. Питання з приводу соматичного стану стосуються фізичного самопочуття, особливостей обмежень у фізичних навантаженнях, самообслуговуванні, виконання повсякденної діяльності, приймання ліків. Питання з приводу психологічного стану стосуються настрою, наявності тривоги, впливу емоційного стану на виконання повсякденної та професійної діяльності.

Питання з приводу соціального функціонування стосуються про соціальне — матеріальних та житлових умов, взаємин на роботі, у колі друзів, з медичним персоналом, членами сім'ї. Усі питання звернені в доступній формі й особисто. Після закінчення відповідей на 48 запитань тест обробляється за допомогою програми. Кожна відповідь оцінюється в балах від

0 до 3 (а — 3 бали, б — 2 бали, в — 1 бал, г — 0 балів), у зв'язку з цим сумарний показник якості життя становить максимально значення 144 бала. Пацієнт у ході обробки результатів відповідей отримує певну кількість балів, яку й належить до того чи іншого інтервалу.

Результати показника ЯЖ були попередньо стандартизовані за п'ятибальною шкалою, яка дає змогу перерахунку «сирих» балів та в ході чого показник ЯЖ оцінювався як:

- d) низький — 0–25 балів;
- e) нижче середнього — 26–43 балів;
- f) середній — 44–86 балів;
- g) вище середнього — 87–96 балів;
- h) високий — 97–144 балів.

П'ятибальна шкала перерахунку «сирих» балів у стандартні представлена в таблиці 3.1.

Таблиця.3.1.

Оцінка суб'єктивного показника якості життя за п'ятибальною шкалою

Показники	низькі	нижче	середні	вище	високі
		середнього		середнього	
	7%	о	38%	о	7%
Соматичний компонент	0-10	11-15	16-23	24-34	35-48
Психологічний компонент	0-8	9-19	20-25	26-31	32-48
Соціальний компонент	0-11	12-21	22-26	27-32	33-48
Загальний показник якості життя	0-25	26-43	44-86	87-96	97-144

3.2. Результати стандартизації показників об'єктивної оцінки якості життя у хворих.

На наступному етапі проводилась оцінка ЯЖ хворих за допомогою опитувальника об'єктивної оцінки (Додаток Б). Оцінка проводиться лікарем загально соматичного профілю, який супроводжує пацієнта.

Перед початком дослідження була запропонована інструкція: «Вам

пропонується опитувальник, що стосується ЯЖ хворого, що складається з 24 питань, розбитих на 3 блоки по 8 питань у кожному. Вам необхідно вибрати один із 4 можливих запропонованих варіантів відповіді, який найбільше актуальним для хворого на даний час».

Після знайомства з інструкцією лікар приступає до виконання завдання. Опитувальник містить питання, що стосуються соматичного стану хворого, його психічного стану та соціального функціонування. Питання з приводу соматичного стану стосуються особливостей стану здоров'я хворого на даний момент, наявності обмежень у фізичних навантаженнях, самообслуговуванні, виконанні повсякденної діяльності. Питання з приводу психологічного стану стосуються наявності основних невротичних синдромів. Питання з приводу соціального функціонування стосуються особливостей соціального статусу.

Лікар відповідає по черзі на кожне з поставлених запитань, після завершення тест обробляється за допомогою програми. Кожна відповідь оцінюється в балах від 0 до 3 (за відповідь а — 3 балів, б — 2 бали, в — 1 бала, г — 0 балів), максимально можлива сума балів по кожному розділу одно 24. Сумарний показник об'єктивної оцінки ЯЖ становить суму балів за основними трьома розділами, максимально висока оцінка — 72 бали. Більш висока оцінка (в балах) вказує на більш високий рівень ЯЖ хворого на думку лікаря.

Результати показника об'єктивної оцінки якості життя попередньо були стандартизовані за п'ятибальною шкалою, яка дає змогу перерахунку «сирих» балів та в ході чого показник ЯЖ оцінювався як:

- α) низький — 0–15 балів;
- β) нижче середнього — 16–24 бали;
- γ) середній — 25–38 балів;
- δ) вище середнього — 39–53 бали;
- ε) високий — 54–72 бали.

П'ятибальна шкала перерахунку «сирих» балів об'єктивної оцінки якості

життя у хворих представлена в таблиці 3.2.

Таблиця.3.2.

Результати стандартизації показника об'єктивної оцінки якості життя

Показники	низькі	нижче середнього	середні	вище середнього	високі
	7%	24%	38%	24%	7%
Соматичний компонент	0-3	4-5	6-11	12-17	18-24
Психологічний компонент	0-5	6-9	10-14	15-19	20-24
Соціальний компонент	0-5	6-9	10-14	15-19	20-24
Загальний показник ЯЖ	0-15	16-24	25-38	39-53	54-72

Для виявлення ступеня розбіжності суб'єктивної й об'єктивної оцінки був введений індекс відповідності ЯЖ, який розраховується за формулою:

$$\text{Індекс відповідності} = \frac{\text{Показник суб'єктивної оцінки ЯЖ}}{\text{Показник об'єктивної оцінки ЯЖ} \times A} \times 100$$

де А — коефіцієнт вирівнювання між опитуваннями.

Коефіцієнт вирівнювання в нашому випадку дорівнює 2, тому що максимальна кількість балів за опитувальником об'єктивної оцінки якості життя у два рази менше, ніж суб'єктивної.

Індекс відповідності розраховується для загального показника ЯЖ (ІВЗЯЖ), а також для його складових: соматичної (ІВСЯЖ), психічного (ІВПЯЖ), соціального (ІВСоцЯЖ). Стандартизація індексу відповідності ЯЖ за шкалою станайнов на тій же групі хворих із психосоматичними захворюваннями наведена в таблиці 3.3. Для перерахунку «сирих балів» у стандартні проведена стандартизація коефіцієнта відповідності ЯЖ.

Отримано, що показник:

- 1) 88–100 балів характеризує адекватне сприйняття хворим ЯЖ;
- 2) у 87 і <недооцінку ЯЖ;
- 3) а показник 101 та> — переоцінку.

Таблиця. 3.3.

Результати стандартизації індексу відповідності ЯЖ за шкалою станайнов (%)

Показники	вкрай виражена недооцінка ЯЖ	виражена недооцінка ЯЖ	помірна недооцінка ЯЖ	слабо виражена недооцінка ЯЖ	адекватна оцінка ЯЖ	слабо виражена переоцінка ЯЖ	помірна переоцінка ЯЖ	виражена переоцінка ЯЖ	вкрай виражена переоцінка ЯЖ
ІВСЯЖ	<50	51–59	60–66	67–87	88–110	111–129	130–162	163–249	250 i >
ІВПЯЖ	<36	37–48	49–59	60–83	84–101	102–117	118–150	151–219	220 i >
ІВСоцЯЖ	<42	43–58	59–70	71–82	83–101	102–121	122–140	141–149	150 i >
ІВЗЯЖ	<48	49–56	57–72	73–87	88–101	102–115	116–128	129–177	178 i >

Застосований спосіб об'єктивізації ЯЖ із психосоматичними захворюваннями дозволяє отримати не тільки об'єктивну картину ЯЖ, а й подивитися, наскільки суб'єктивна оцінка хворого відрізняється від об'єктивної оцінки лікаря і виявити ступінь розбіжності в сторону переоцінки або недооцінки ЯЖ. Розрахунок індексу відповідності для кожного компонента дозволяють дізнатися детальніші відомості про розбіжності в оцінках ЯЖ у різних сферах життя.

3.3. Інтерпретація отриманих результатів та клінічні висновки щодо стану хворих та подальших лікувальних заходів.

Після проведення *оцінки суб'єктивної якості життя* за шкалою отримано наступні результати:

1. У хворих I групи середній показник ЯЖ склав 41 бал (нижче середнього).

При аналізі компонентів ЯЖ отримані наступні результати:

- соматичний компонент — 11 балів (нижче середнього);
- психологічний — 14 балів (нижче середнього);
- соціальний — 16 балів (нижче середнього).

2. У хворих II групи середній показник ЯЖ склав 74 бали (середній).

При аналізі компонентів ЯЖ отримані наступні результати:

- соматичний компонент — 18 балів (середній);
- психологічний — 28 балів (вище середнього);
- соціальний — 28 балів (вище середнього).

3. У хворих III групи середній показник ЯЖ склав 42 бали (середній рівень).

При аналізі компонентів ЯЖ отримані наступні результати:

- соматичний — 13 балів (середній);
- психологічний — 15 балів (вище середнього);
- соціальний — 14 балів (вище середнього).

При проведенні *оцінки рівня ЯЖ хворого лікарем* отримані наступні результати:

1) У хворих I групи показник об'єктивної оцінки ЯЖ — 18 балів, у тому числі об'єктивної оцінки соматичної складової ЯЖ — 5 балів, психічної — 6 балів, соціальної — 7 балів. Висновок: пацієнт має об'єктивно рівень ЯЖ нижче середнього (16–24 бала), при цьому показники всіх компонентів ЯЖ також нижче середнього.

2) У хворих II групи показник об'єктивної оцінки ЯЖ — 45 балів, соматичного компонента — 14 балів, психічного — 16 балів, соціального — 15 балів.

Висновок: пацієнт має об'єктивно рівень загального ЯЖ вище середнього (39–53 бала), при цьому показники всіх компонентів ЯЖ також вище середнього.

3). У хворих III групи показник об'єктивної оцінки ЯЖ — 12 балів, соматичного компонента — 3 бали, психічного — 5 балів, соціального — 4 бали.

Висновок: пацієнтка має об'єктивно загальне ЯЖ низька (0–15 балів), при цьому показники всіх компонентів ЯЖ низькі.

Розрахований для I групи індекс відповідності (ІС) («загальне ЯЖ») складає:

$ІВЗЯЖ = 41: (18 \cdot 2) \cdot 100 = 113,9$ (слабо виражена переоцінка тяжкості ЯЖ)

ІС соматичного компонента ЯЖ = $11: (5 \cdot 2) \cdot 100 = 110$ (адекватна оцінка);

ІС психічного компонента = $14: (6 \cdot 2) \cdot 100 = 116,7$ (слабо виражена переоцінка);

ІС соціального компонента = $16: (7 \cdot 2) \cdot 100 = 114,3$ (слабо виражена переоцінка). Таким чином, у пацієнтів є слабо виражена переоцінка рівня ЯЖ, у першу чергу, за рахунок психічного й соціального компонентів, що може свідчити про дещо спотворене сприйняття свого психічного стану й соціального статусу.

Розрахований для II групи індекс відповідності (ІС) («загальне ЯЖ») складає:

$ІВЗЯЖ = 74: (45 \cdot 2) \cdot 100 = 82,2$ (слабо виражена недооцінка важкості ЯЖ)

ІС соматичного компонента ЯЖ = $18: (14 \cdot 2) \cdot 100 = 64,3$ (помірна недооцінка);

ІС психічного = $28: (16 \cdot 2) \cdot 100 = 87,5$ (адекватна оцінка);

ІС соціального = $28: (15 \cdot 2) \cdot 100 = 93,3$ (адекватна оцінка).

Таким чином, у пацієнтів II групи є слабо виражена недооцінка рівня ЯЖ за рахунок неадекватної оцінки свого соматичного стану, тобто вони сприймають свій соматичний стан як менш тяжкий, ніж воно є насправді. Психічна й соматична складові ЯЖ адекватно сприймаються і знаходяться на рівні вище середнього, що може вказувати на відсутність вираженого впливу захворювання на психічну сферу й соціальне функціонування.

Розрахований для III групи індекс відповідності (ІС) («загальне ЯЖ») складає:

$ІВЗЯЖ = 42: (12 \cdot 2) \cdot 100 = 175$ (виражена недооцінка ЯЖ).

ІС соматичного компонента ЯЖ = $13: (3 \cdot 2) \cdot 100 = 216,7$ (виражена

недооцінка);

ІС психічного = $15: (5 \cdot 2) \cdot 100 = 150,0$ (помірна недооцінка);

ІС соціального = $14: (4 \cdot 2) \cdot 100 = 175,0$ (вкрай виражена недооцінка).

Таким чином, у пацієнтів III групи є виражена недооцінка ЯЖ за рахунок неадекватної оцінки свого соматичного стану, тобто сприймання свого соматичне стан як менш тяжкий, ніж воно є насправді. При цьому недооцінка йде за рахунок усіх компонентів ЯЖ, але при цьому більш виражена за рахунок соціального компонента, тобто хворі своє соціальне функціонування й положення оцінюють краще, ніж воно є об'єктивно. Дані зміни в адекватності оцінки можуть бути обумовлені тривалим існуванням захворювання у хворих, «звиканням» до хвороби й порушенням умов життя.

Висновки до розділу.

1. Отримані за допомогою опитувальника результати допомагають лікарю отримати об'єктивну інформацію про рівень ЯЖ хворого, ступеня психосоціальної дезадаптації та тим самим допомогти при підборі адекватної медикаментозної терапії захворювання, проведенні динамічного порівняльного дослідження ЯЖ залежно від прогресування захворювання, розробці програм медико-психосоціальної реабілітації хворих.
2. Спосіб об'єктивізації ЯЖ із психосоматичними захворюваннями дозволяє отримати не тільки об'єктивну картину ЯЖ, а й подивитися, наскільки суб'єктивна оцінка хворого відрізняється від об'єктивної оцінки лікаря і виявити ступінь розбіжності в сторону переоцінки або недооцінки ЯЖ.
3. Стандартизація показників об'єктивної оцінки якості життя у хворих дозволяє описати об'єктивно існуючий рівень ЯЖ у хворих із будь-яким психосоматичних захворюванням за індексом відповідності суб'єктивної й об'єктивної оцінок загального якості та трьох його складових, має високу ступінь інформативності при об'єктивній оцінці ефективності медикаментозної терапії, психотерапевтичної корекції, реабілітаційних заходів.

ВИСНОВКИ

1. Під психосоматикою розуміють цілісний підхід до розуміння здоров'я і хвороб людини. Психосоматика — це напрям у медицині (психосоматична медицина) та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення й подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань. Згідно основному постулату цієї науки, в основі лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами й патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що вражаються. У рамках психосоматики досліджувалися та досліджуються зв'язки між характеристиками особистості (конституціональні особливості, риси характеру й особистості, стилі поведінки, типи емоційних конфліктів) і тим чи іншим соматичним захворюванням. Клінічний досвід показує, що психосоматичні розлади не є однорідною групою захворювань, як за характерними проявами, так і за етіологією. Вочевидь, ці суперечності в теоретичних і лікувальних підходах можуть бути пояснені обговореннями фахівцями різних психосоматичних симптомів як таких, що викликані однаковими причинами. У своєму розвитку психосоматична медицина пройшла ряд етапів, на кожному з яких домінувала певна теоретична концепція. Становлення психосоматики проходило відбувалось від створення однолінійної жорсткої структури до існуючих у даний час багатofакторних моделей. Новим методологічним інструментом вивчення психосоматичних захворювань є синергетика — междисциплінарна наука про розвиток та самоорганізацію. Синергетика — (від греч. Synergetikos — спільний, узгоджений, діючий), наукове виготовлення, вивчення зв'язків між елементами структури (підсистемами), що утворюються у відкритих системах (біологічних, фізико-хімічних та інших) завдяки інтенсивному (потоківому) змісту речовини та енергії з навколишньою середою в неврновесних умовах.

У таких системах спостерігається узгоджене введення підсистеми, унаслідок чого зростає ступень її впорядкованості, тобто є зменшена ентропія (самоорганізація). Основними принципами синергетики є: нелінійність, нестійкість, незамкнутість, динамічна ієрархічність, спостереження. Методологія синергетики заснована на інтегративному підході до вивчення термодинамічно відкритих та неравновесних дисипативних структур.

Більшість підходів до класифікації психосоматичних розладів базується на розділах фізіологічних кореляторів тривоги, органічних симптомах, які можуть посилюватися в результаті дії психологічних факторів, а також умовно бажаних симптомів, що сприяють відродженню / дослідженню психологічного конфлікту. Нове розуміння психосоматичних розладів відображено в 10-му перегляді Міжнародної класифікації хвороб (1994), згідно якого передбачається можливість розвитку або загострення хронічного соматичного захворювання внаслідок впливу психологічних та соціальних чинників. У такому випадку основне захворювання отримує додатковий код F54, при цьому необхідно, щоби психологічні обставини були достовірно пов'язані з початком або загостренням захворювання, а супутні їм органічні порушення чітко зафіксовані. Крім того, у МКХ-10 представлена діагностична категорія «Соматоформний розлад» (F45), головною ознакою якого є постійне виникнення фізичних симптомів, поряд із постійною вимогою медичних обстежень (всупереч їх негативних результатів).

Програма медико-соціальної допомоги хворим із психосоматичними захворюваннями включає в себе широке коло лікувальних і профілактичних заходів, однак базисним напрямом є поєднання психотерапії та фармакотерапії. Поряд із медикаментозним лікуванням при психосоматичних розладах використовуються фізичні та курортні фактори, спрямовані на усунення нейровегетативних і нейросоматичних дисфункцій, а також різноманітні методи та засоби немедикаментозного лікування.

2. Поняття «якість життя» (ЯЖ) пов'язане з виміром благополуччя людини. У медицині застосовується термін «якість життя, що пов'язана зі здоров'ям» (в англійській літературі «health-related quality of life»), під яким розуміють ступінь благополуччя та задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба та її лікування. Оцінка ЯЖ дозволяє вирішити багато проблем, з якими стикається клінічна практика: забезпечити спостереження за динамікою лікування, визначити ефективність проведення терапевтичних заходів, оцінити необхідність корекції терапевтичної програми, визначити прогноз захворювання. ЯЖ є важливим критерієм ефективності лікування в клінічних дослідженнях, а індивідуальний моніторинг ЯЖ дозволяє покращити якість лікування хворого.

Оцінка ЯЖ широко використовується для оцінки стану здоров'я хворих у кардіології, ревматології, пульмонології, ендокринології, нефрології, хірургії, неврології, наркології та інших спеціальностях, а також при розробці реабілітаційних програм. Відповідно до подання Всесвітньої організації охорони здоров'я категорія здоров'я включає в себе категорії фізичного, психічного, духовного і соціального здоров'я. Тому для оцінки ЯЖ слід використовувати такий інструмент, який би охоплював різні сторони ЯЖ, був чутливим до зміни в стані здоров'я, результати повинні бути порівнянні з іншими вимірами стану здоров'я, клінічним статусом. Важливою вимогою є можливість його застосування у осіб різної статі, віку, незалежно від роду занять, характеру захворювання. У той же час це повинен бути документ простий, короткий, легкий для розуміння, що дозволяє отримувати кількісну оцінку досліджуваних параметрів. Для оцінки якості життя та спектра симптомів, пов'язаних із захворюванням і / або лікуванням, розроблені спеціальні інструменти - поодинокі шкали та опитувальники, які заповнюються хворими. За допомогою шкал можна оцінити ступінь вираженості будь-якого параметра. В основі оцінки лежить вимір інтенсивності (виразності) симптому або рівня функціонування (рівня якості

життя). Варто зазначити, що результати, отримані за підсумками розрахунку індексів якості життя не можна розглядати в якості абсолютно істинних. Статистичні дані часто є неточними або неповними (свою роль можуть грати й методологічні відмінності), а експертні оцінки є суб'єктивними за своєю природою. Корисні результати може принести розгляд результатів у рамках різних індексів і більш глибоке розгляд окремих індикаторів. Тому для об'єктивізації оцінки якості життя найбільш оптимальним і результативним є використання методики використання індексу відповідності, який дозволяє об'єктивно вивчити ЯЖ пацієнтів із будь-яким із психосоматичних захворювань .

3. Нами були вивчені 60 історій хвороб пацієнтів із НЦД, що звернулися за медичною допомогою до 6 міських амбулаторій ,ЦПМСД м. Слов'янськ. Серед пацієнтів було 20 (33,4 %) чоловіків і 40 (66,6 %) жінок віком від 18 до 40 років. Середній вік становив $30,1 \pm 0,65$ року. Пацієнти мали типові скарги і клінічні ознаки різних типів НЦД. Хворим було проведено загально клінічне обстеження, ЕКГ, ЕхоКГ, консультації суміжних спеціалістів (невропатолога, окуліста). На першому етапі проведення оцінювання показника ЯЖ проведено дослідження суб'єктивної оцінки ЯЖ, яке проводиться самим хворим. З цією метою для визначення суб'єктивної оцінки ЯЖ використовувався опитувальник суб'єктивної оцінки ЯЖ психосоматичних хворих що складається з 48 питань, розбитих на 3 блоки. Оцінка проводилась самим хворим. На наступному етапі проводилась оцінка ЯЖ хворих за допомогою опитувальника об'єктивної оцінки. Оцінка проводиться лікарем загально соматичного профілю, який супроводжує пацієнта. Для виявлення ступеня розбіжності суб'єктивної й об'єктивної оцінки був введений індекс відповідності ЯЖ. Розрахунок індексу відповідності для кожного компонента дозволяють дізнатися детальніші відомості про розбіжності в оцінках ЯЖ у різних сферах життя.

4. Розрахований для I групи індекс відповідності (ІС) («загальне ЯЖ») склав 113,9 (слабо виражена переоцінка тяжкості ЯЖ). Таким чином, у пацієнтів з гіпертонічним типом НЦД є слабо виражена переоцінка рівня ЯЖ, у першу чергу, за рахунок психічного й соціального компонентів, що може свідчити про дещо спотворене сприйняття свого психічного стану й соціального статусу. Хворим даної групи мають бути рекомендовані консультації клінічного психолога та медикаментозне коригування психо-емоційного стану.

Розрахований для II групи індекс відповідності (ІС) («загальне ЯЖ») склав 82,2 (слабо виражена недооцінка важкості ЯЖ). Таким чином, у пацієнтів з гіпотонічним типом НЦД є слабо виражена недооцінка рівня ЯЖ за рахунок неадекватної оцінки свого соматичного стану, тобто вони сприймають свій соматичний стан як менш тяжкий, ніж він є насправді. Психічна й соматична складові ЯЖ адекватно сприймаються та знаходяться на рівні вище середнього, що може вказувати на відсутність вираженого впливу захворювання на психічну сферу й соціальне функціонування. Хворим даної групи мають бути рекомендовані коригування медикаментозного лікування та призначення фізіотерапевтичних методів лікування..

Розрахований для III групи індекс відповідності (ІС) («загальне ЯЖ») складає 175 (виражена недооцінка ЯЖ). Таким чином, у пацієнтів зі змішаним типом НЦД є виражена недооцінка ЯЖ за рахунок неадекватної оцінки свого соматичного стану, тобто сприймання свого соматичне стан як менш тяжкий, ніж воно є насправді. При цьому недооцінка йде за рахунок усіх компонентів ЯЖ, але при цьому більш виражена за рахунок соціального компонента, тобто хворі своє соціальне функціонування й положення оцінюють краще, ніж воно є об'єктивно. Дані зміни в адекватності оцінки можуть бути обумовлені тривалим існуванням захворювання у хворих, «звиканням» до хвороби й порушеним умов життя. Для хворих даної групи мають бути переглянуті діючі схеми лікування та обов'язково мають бути призначені

психотерапевтичні методи коригування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия : учеб. пособие для студ. вузов / В. Г. Ромек. – М. : ИЦ «Академия», 2002. 192 с.
2. Райх В. Функции оргазма / В. Райх. –СПб. ; М. : Университет. н... ; АСТ. 1997
3. Пезешкиан Н. Психосоматическая медицина и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан – М., 1996
4. Аммон Г. Психосоматическая терапия. – СПб. : Речь, 2000
5. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. / Ю.Г. Фролова. – Мн.: ЕГУ, 2003. – 172 с.
6. Ахмедов Т. И., Шовковая Н. В., Федоренко Н. А., Ревуцкий З. Я. Психосоматический кризис в медицине // Врачебная практика. Харьковский государственный медицинский университет. – 2000. –№4. – с. 91-96.
7. Классификация болезней в психиатрии и психологии. Пособие для врачей. Под ред. М.М. Милевского М. : Триада-Х, 2003
8. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.05.2016).
9. О.О. Хаустова, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Психосоматичний підхід до порушень вегетативної нервової системи у загальній лікарській практиці [Електронний ресурс] // Нейроньюс : електрон. Науч. Журн. 2016.N2 (1). URL:<https://neuronews.com.ua/ua/archive/2016/2-1/article-1656/>
10. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc Sci Med. – 2005. – Vol. 41. - №10. – P.1403–1409.
11. Naughton M.J., Wiklund I., Shumakers A. Et al. A critical review of six

- dimension-specific measures of health-related quality of life used in cross-cultural research // *Quality of life*. – Oxford: 1995. – P. 39–74.
12. Якість життя та прихильність до лікування в клініці внутрішніх хвороб: Навчальний посібник / Міністерство охорони здоров'я України Запорізький державний медичний університет – Запоріжжя, 2015. – 80 с.
13. Гурьлева М.Э., Журавлева М.В., Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // *Русский медицинский журнал*. – 2006. - №10. – Т.14. – С.761-763.
14. Новик А.А. и соавт. Оценка качества жизни больного в медицине // *Клин.мед.* – 2000. – № 2. – С. 10–13.
15. Евдокимов В. И. Научно-методологические проблемы оценки качества жизни // *Вестник психиатрии*. – 2008. – № 27. – С. 102-131.
16. Lenox R. D., Bollen K. A. Conventional wisdom on measurement: A structural equations perspective // *Psychological bulletin*. – 2002. – Vol. 100. - №2. – P. 305-307.
17. Zhao S. Z., Fiechtner J. I. Evaluation of health-related quality of life of rheumatoid arthritis patients // *Arthritis Care and Research*. – 2003. – Vol. 13. - № 2. – P. 112-147.
18. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния адаптации пациента // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. – 2013. - №1. – С. 119-133.
19. Pelle A.J., Kupper N., Mols F., de Jonge P. What is the use? Application of the short form (SF) questionnaires for the evaluation of treatment effects // *Qual Life Res*. – 2013. - №22(6).- P. 1225–1230.
20. Демченко Е. А., Круглова Н. Е. Качество жизни больных ишемической болезнью сердца: прогностическое значение и динамика в процес реабилитации после коронарного шунтирования // *Вестник Санкт Петербургского университета*. – 2014. – Сер. 12. – Вып. 3. – С. 90-97.

21. Сидоров Павел Иванович (RU), Соловьев Андрей Горгоньевич (RU), Новикова Ирина Альбертовна (RU) Способ объективизации оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями © , 2012-2021 [Электронный ресурс] // <https://findpatent.ru/patent/229/2295287.html>

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник суб'єктивної оцінки якості життя психосоматичних хворих

СОМАТИЧНИЙ СТАН	
1. В даний час свій стан здоров'я Ви оцінюєте, як:	9. Виконання Вами фізичних навантажень :
а) добрий	а) без обмежень
б) задовільний	б) знижено в незначній мірі
в) поганий	в) помірно знижено
г) дуже поганий	г) значно знижено
2. Чи турбує Вас які-небудь біль в даний час?	10. Чи є у Вас необхідність постійно приймати ліки?
а) не турбує	а) ні
б) слабкий головний біль	б) дуже рідко, тільки при тяжких загостреннях захворювання не більше 2-3 місяців
в) почуття дискомфорту в грудях, слабкий біль у животі, попереку, руках, ногах	в) часто, більшу частину року
г) сильний головний біль, біль в грудях, в області серця, у животі, попереку, руках, ногах	г) постійно приймаю
3. Як часто Вас турбує біль?	11. Скільки хронічних захворювань Ви маєте?
а) не турбує	а) одне захворювання з рідкими загостреннями
б) дуже рідко, тільки при виражених загостреннях захворювання	б) 2-3 захворювання з рідкими загостреннями
в) часто, майже кожен місяць	в) 4 та більше захворювань з рідкими загостреннями або одне захворювання з частими загостреннями
г) дуже часто, майже кожен день	г) 4 та більше захворювань з частими загостреннями
4. Як часто у Вас бувають загострення захворювання?	12. Ви в змозі виконувати зараз всю необхідну роботу по дому?
а) дуже рідко, не кожного року	а) повністю
б) 1-2 рази на рік	б) майже повністю, за виключенням

	тяжкої роботи
в) часто, 3-5 рази на рік	в) частково
г) дуже часто, майже кожного місяця	г) тільки малу частину (приготування їжі, часткове прибирання)
5. Як часто Ви проходите стаціонарне лікування?	13. Чи відчуваєте Ви себе сповненим фізичною енергією в теперішній час?
а) рідше 1 разу на рік	а) так
б) 1 раз на рік	б) не зовсім, тому що має місце невелика слабкість
в) 2 рази на рік	в) ні, тому що відчуваю слабкість, дискомфорт
г) частіше 2-х разів на рік	г) зовсім ні, тому що відчуваю виражену слабкість, біль
6. Тривалість кожного загострення захворювання у Вас складає:	14. Зберігається у Вас здатність до самообслуговування?
а) менше 1 місяця	а) повністю
б) 1-2 місяця	б) збережена майже повністю
в) 2-3 місяця	в) знижена помірно
г) більше 3 місяців	г) різко знижена, є необхідність сторонньої допомоги
7. Протягом якого часу Ви почували себе задовільно минулого року?	15. Чи заважає Вам захворювання займатися повсякденною діяльністю?
а) більшу частину року	а) ні
б) 4-6 місяців за рік	б) незначно
в) 1-3 місяці за рік	в) помірно
г) рідкі тижні, дні	г) дуже сильно
8. Чи відзначаєте Ви в даний час загальну слабкість?	16. Чи намагаєтеся Ви обмежувати свої фізичні зусилля?
а) ні	а) ні
б) незначно виражену	б) рідко, тільки при важких загостреннях захворювання
в) помірно виражену	в) часто, майже кожен місяць
г) різко виражену	г) дуже часто, майже щодня
ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН	
1. Свій психологічний стан Ви оцінюєте в даний час, як:	9. Як часто у Вас через психологічних проблем і переживань бувають загострення захворювання?
а) цілком добрий	а) ніколи
б) задовільний	б) тільки при важких стресах не частіше 1-2 разів на рік

в) поганий	в) часто, майже кожного місяця
г) дуже поганий	г) постійно
2. Знижений настрій у Вас буває:	10. Чи часто Ви відчуваєте позитивні емоції?
а) ніколи	а) майже кожного дня
б) тільки при важких загостреннях захворювання або стресах	б) часто, майже кожного місяця
в) часто, майже кожного місяця	в) дуже рідко, не частіше 1-2 разів на рік
г) майже кожного дня	г) майже ніколи
3. Ви оцінюєте перспективу Вашого лікування, як:	11. Чи часто Ви відчуваєте почуття самотності?
а) добру	а) ніколи
б) задовільну	б) рідко, тільки при тяжких загостреннях хвороби
в) незадовільну	в) часто, майже кожного місяця
г) вкрай погану	г) дуже часто, майже кожного дня
4. Як часто Ви відчуваєте почуття внутрішньої тривоги?	12. Чи знижується через Ваш психологічний стан якість роботи?
а) не виникає зовсім	а) ніколи
б) рідко, тільки при тяжких психоемоційних хвилюваннях не частіше 2 разів на рік	б) дуже рідко, тільки при важких стресових ситуаціях
в) часто, майже кожного місяця	в) часто, при стресових ситуаціях в сім'ї або на роботі
г) дуже часто, майже кожного дня	г) дуже часто, при будь-якому незначному психоемоційному переживанні
5. Часто Вас турбує безсоння?	13. Чи часто Ви відчуваєте, що Ви не в силах що-небудь змінити в своєму житті?
а) не турбує зовсім або буває не частіше 1-2 разів на рік при загостреннях хвороби або стресах	а) ніколи
б) майже кожного місяця	б) дуже рідко, тільки при тяжких загостреннях хвороби
в) майже кожного тижня	в) майже кожного місяця
г) майже кожного дня	г) майже кожного дня
6. Чи заважає Ваш психологічний стан виконанню повсякденної звичної діяльності?	14. Чи змінилися в гіршу сторону в зв'язку з хворобою Ваші життєві перспективи?
а) ніколи	а) ні, нічого не змінилось
б) рідко, тільки при тяжких загостреннях	б) скоріше ні

хвороби	
в) майже кожного місяця	в) скоріше так
г) майже кожного дня	г) так, значно
7. Чи часто у Вас виникають суїцидальні думки?	15. Чи часто життя приносить Вам задоволення?
а) ніколи	а) майже кожного дня
б) рідко, тільки при тяжких загостреннях хвороби	б) досить часто, майже кожен місяць
в) майже кожного місяця	в) рідко, коли немає загострень захворювання
г) майже кожного дня	г) майже ніколи
8. Чи вважаєте Ви, що Ваше життя не має особливого сенсу?	16. Чи вважаєте Ви, що психологічно підготовлені до повсякденного життя при Вашої хвороби?
а) ніколи	а) так, так як знаю про хвороби всі
б) рідко, тільки при тяжких загостреннях хвороби	б) скоріше так, так як знаю про хвороби багато, але відчуваю потребу в більш докладної інформації від лікаря
в) часто, майже кожного місяця	в) скоріше ні, так як знаю тільки якісь ліки приймати при захворюванні
г) дуже часто, майже кожного дня	г) ні тому що не знаю про захворювання нічого
СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ	
1. Чи знаходитеся Ви в даний момент на пенсії за віком або інвалідності?	9. Чи змінилася у Вас в гіршу сторону ситуація з проведенням відпочинку і дозвілля в зв'язку з захворюванням?
а) працюю	а) не змінилася
б) на пенсії за віком або інвалідність III групи	б) змінилася незначно
в) безробітний	в) змінилася помірно
г) інвалідність I-II групи	г) змінилася різко
2. Як Ви ставитеся до Вашої даній роботі?	10. Чи влаштовують Вас відносини з співробітниками на роботі?
а) влаштовує повністю	а) повністю
б) влаштовує частково	б) частково
в) не влаштовує	в) не влаштовують
г) не влаштовує абсолютно	г) не влаштовують абсолютно
3. Чи влаштовує Вас рівень наявного Вас освіти?	11. Чи влаштовують Вас лікуючий лікар, медичний персонал?
а) повністю	а) повністю

б) частково	б) частково
в) не влаштовує	в) в більшості не влаштовують
г) не влаштовує або байдуже	г) не влаштовують абсолютно або байдуже
4. Який вплив справила хвороба на Вашу професійну діяльність?	12. Чи влаштовує Вас якість наданої Вам медичної допомоги?
а) ніякий	а) так, повністю
б) незначний	б) частково
в) помірний	в) не влаштовує в більшості
г) виражений	г) не влаштовують абсолютно або байдуже
5. Ваше матеріальне становище Ви оцінюєте як:	13. Чи влаштовують Вас взаємини в Вашій родині?
а) добре	а) влаштовують повністю
б) задовільне	б) частково
в) погане	в) не влаштовують абсолютно
г) дуже погане	г) не влаштовують абсолютно або байдуже
6. Який вплив справила Ваша хвороба на матеріальне благополуччя?	14. Чи з'явилися у Вас нові проблеми і труднощі в сім'ї в зв'язку з хворобою?
а) ніякий	а) ні
б) незначний	б) незначні
в) помірний	в) значні та багато
г) виражений	г) дуже багато
7. Свої житлові умови Ви оцінюєте як:	15. Чи задоволені Ви в сфері сексуальних відносин?
а) гарні	а) так, повністю
б) задовільні	б) частково
в) незадовільні	в) не задоволений (а)
г) вкрай незадовільні	г) абсолютно ні
8. Чи влаштовують Вас міжособистісні відносини і контакти з оточуючими?	16. Чи влаштовує Вас Вам спосіб життя (харчування, фізична активність, шкідливі звички)?
а) повністю	а) повністю
б) частково	б) частково
в) не влаштовують	в) не влаштовує
г) не влаштовують абсолютно	г) не влаштовує абсолютно

Додаток Б

Опитувальник об'єктивної оцінки якості життя психосоматичних хворих

СОМАТИЧНИЙ СТАН	
1. Соматичний стан	5. Больовий синдром
а) добрий	а) відсутній
б) задовільний	б) слабо виражений
в) середнього ступеню тяжкості	в) помірно виражений
г) тяжкий	г) різко виражений
2. Стаціонарне лікування	6. Необхідність постійного приймання ліків
а) рідше 1 разу на рік	а) немає
б) 1 раз на рік	б) дуже рідко, тільки при важких загостреннях захворювань не більше 2-3 місяців
в) 2 рази на рік	в) часто, більшу частину року
г) частіше 2-х разів на рік	г) постійно
3. Загострення захворювання	7. Здатність к самообслуговуванню
а) дуже рідко, не кожного року	а) повна
б) 1-2 рази на рік	б) майже повна
в) часто, 3-5 разів на рік	в) помірно виражена
г) дуже часто, майже кожного місяця	г) різко знижена, є необхідність допомоги зі сторони
4. Ускладнення захворювання	8. Виконання фізичних навантажень
а) відсутні	а) без обмежень
б) слабо виражені	б) знижене незначно
в) виражені	в) знижене помірно
г) тяжкі	г) значно знижено
ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН	
1. Депресивний синдром	5. Порушення сну
а) відсутній	а) відсутні
б) слабо виражений	б) слабо виражені
в) виражений помірно	в) помірно виражені
г) різко виражений	г) різко виражені
2. Тривожний синдром	6. Надія на майбутнє
а) відсутній	а) реальна
б) слабо виражений	б) сумнівна

в) помірно виражений	в) майже відсутня
г) різко виражений	г) повністю відсутня
3. Астенічний синдром	7. Стресові ситуації трапляються
а) відсутній	а) вкрай рідко
б) слабо виражений	б) рідко
в) помірно виражений	в) часто
г) різко виражений	г) дуже часто
4. Іпохондричний синдром	8. Почуття самотності
а) відсутній	а) відсутнє
б) слабо виражений	б) слабо виражене
в) помірно виражений	в) помірно виражене
г) різко виражений	г) різко виражене
СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ	
1. Рівень матеріального благополуччя	5. Інвалідність
а) добрий	а) ні
б) задовільний	б) III група
в) незадовільний	в) II група
г) вкрай незадовільний	г) I група
2. Житлові умови	6. Коло спілкування
а) гарні	а) велике
б) задовільні	б) середнє
в) незадовільні	в) вузьке
г) вкрай незадовільні	г) практично відсутнє
3. Сімейний стан	7. Стосунки з рідними
а) в законному шлюбі	а) гарні
б) в цивільному шлюбі	б) задовільні
в) самотній (а)	в) нестабільні
г) вдів (а) ець, розлучений (а)	г) погані та конфліктні
4. Професійна діяльність	8. Відносини з медичними працівниками
а) робота за фахом	а) гарні
б) робота не за фахом, чи не кваліфікована	б) задовільні
в) пенсіонер	в) нестабільні
г) інвалід	г) погані та конфліктні