

О. В. Варібрис
**ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМАТИКА ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК
 ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ**

Е. В. Варібрис
Психологическая проблематика и качество жизни женщин с заболеваниями щитовидной железы

O. V. Varibrus
Psychological problems and quality of life in women with thyroid pathology

Вивчення психологічних проблем та загальної якості життя жінок з тиреопатіями в залежності від виду гормональної дисфункції щитовидної залози виявило широкий спектр психологічної проблематики у жінок з даною патологією, основні ланки психопатоґенезу та провідні симптоми психологічної дезадаптації у зв'язку з досліджуваними параметрами.

Встановлено, що зниження якості життя у жінок з гормональною дисфункцією відбувалося за параметрами фізичного та психологічного благополуччя, самообслуговування та незалежності у діях, працездатності, міжособистісної взаємодії, самореалізації та духовної реалізації, загального сприйняття задоволеності життям у порівнянні з соматично здоровими жінками. Внутрішньогрупові відмінності між жінками з різним видом тиреопатій полягали у нижчих показниках самообслуговування та незалежності у діях, погіршенні працездатності у пацієнток з гіпотиреозом та зниженому рівні суспільної та службової підтримки у хворих на гіпертиреоз.

Суттєве зниження якості життя пацієнтів з тиреопатіями та широкий спектр психологічної проблематики зумовлюють розроблення комплексних диференційованих програм медико-психологічної допомоги для даної категорії хворих.

Ключові слова: гіпотиреоз, гіпертиреоз, якість життя, психологічні проблеми

Изучение психологических проблем и качества жизни у женщин с тиреопатиями в зависимости от вида гормональной дисфункции щитовидной железы выявило широкий спектр психологической проблематики у женщин, основные звенья психопатоґенеза и ведущие симптомы психологической дезадаптации в связи с исследуемыми параметрами.

Установлено, что снижение качества жизни у женщин с гормональной дисфункцией происходило по параметрам физического и психологического благополучия, самообслуживания и независимости в действиях, работоспособности, межличностного взаимодействия, самореализации и духовной реализации, общего восприятия удовлетворенности жизнью по сравнению с соматически здоровыми женщинами. Внутригрупповые различия между женщинами с различным видом тиреопатий заключались в низких показателях самообслуживания и независимости в действиях, ухудшении работоспособности у пациенток с гипотиреозом и пониженном уровне общественной и служебной поддержки у больных гипертиреозом.

Существенное снижение качества жизни пациенток с тиреопатиями и широкий спектр психологической проблематики обуславливают разработку комплексных дифференцированных программ медико-психологической помощи для данной категории больных.

Ключевые слова: гипотиреоз, гипертиреоз, качество жизни, психологические проблемы

The study of psychological problems and quality of life in women with thyroid pathology depending on the type of hormone dysfunction revealed a wide spectrum problem in women with this pathology, elements of psychopathogenesis and leading symptoms of psychological disadaptation due to the studied parameters.

Established that women with hormonal dysfunction had lower levels of physical and psychological well-being, independence in actions, interpersonal interaction, and spiritual self-realization, the general perception of life satisfaction compared with somatically healthy women. Intra-group differences between women with different thyroid pathology were in lower rates of self-service and independence in actions, work disability in patients with hypothyroidism and reduced level of social support in patients with hyperthyroidism.

A significant decline in the quality of life in patients with thyroid pathology and a wide range of psychological problems causes the necessity of development complex programs of psychological help for these patients.

Key words: hypothyroidism, hyperthyroidism, quality of life, psychological problems

Основним симптомом ендокринологічних захворювань є порушення гормональної функції, що у більшості випадків проявляється у вигляді зниження їх синтезу чи навпаки гіперпродукції. До патології щитовидної залози (ЩЗ) належать такі захворювання як аутоімунний тиреоїдит, що супроводжуються синдромом гіпотиреозу — нестачі тиреоїдних гормонів, та дифузний і вузловий зоб — тиреотоксикозу з їх надмірним виробленням.

Клінічними симптомами гіпотиреозу є зниження температури тіла, набряк підшкірної клітковини, осиплість голосу, сонливість, погіршення пам'яті, полінейропатія, задишка, гіпотонія, брадикардія, кардіалгія, запори, дискінезія жовчовивідних шляхів, анемія, тьмяність нігтів, порушення менструального циклу та безпліддя у жінок. Про гіпертиреоз свідчать тахіаритмії, підвищена збудливість, швидка втомлюваність, плаксивість, порушення сну, тремор, пітливість, гіперрефлексія, субфебрильна температура, м'язова слабкість, остеопороз, ламкість

нігтів, випадіння волосся, гіпердефекація, дисфункція яєчників, порушення менструального циклу, мастопатія, гінекомастія, зниження толерантності до глюкози [1—3].

Диспродукція гормонів зумовлює зміни не лише у соматичній сфері, але і психічному функціонуванні [3—7]. Психіатричними масками гіпотиреозу є астено-депресивні стани, когнітивні розлади, тиреотоксикозу — тривожні та тривожно-депресивні синдроми [8, 9].

Якість життя у медичній практиці — це інтегральний показник, що відображає стан психічного, фізичного та соціального благополуччя пацієнта протягом перебігу захворювання та його лікування.

З огляду на оцінку якості життя пацієнтів з тиреопатіями, прояви захворювання ЩЗ численні та по-різному впливають на життя хворого, провокують виникнення нозогенних психоемоційних реакцій, зміни поведінкової активності та зумовлюють обмеження внаслідок необхідності лікування.

Метою дослідження стало вивчення психологічної проблематики та загальної якості життя жінок з тиреопатіями в залежності від виду гормональної дисфункції ЩЗ.

Для визначення основних психологічних труднощів у пацієнток з патологією ЩЗ було розроблено структуроване інтерв'ю, якість життя оцінювали за методикою дослідження якості життя Mezzich [10].

У дослідженні взяли участь жінки з захворюваннями ЩЗ — група з тиреопатіями (ГТ), які супроводжувалися її гіпер- (59 пацієнток, група 1 — Г1) та гіпофункцією (54 хворих, група 2 — Г2). Для порівняння було сформовано групу з соматично здорових жінок (50 осіб, контрольна група — КГ). Середній вік опитуваних становив $38,6 \pm 4,5$ роки.

У Г1 тиреотоксикоз був спричинений дифузним (84,7 %) та вузловим токсичним зобом (15,3 %), у Г2 гіпотиреоз був зумовлений наявністю хронічного аутоімунного тиреоїдиту (92,6 %) та як наслідок проведеного оперативного втручання на ЩЗ (7,4 %). Тривалість захворювання ЩЗ становила $1,8 \pm 0,9$ роки у Г1 та $2,4 \pm 1,2$ роки у Г2.

Основна психологічна проблематика пацієнток з тиреопатіями включала психологічні, психосоціальні та терапієзумовлені труднощі. До психологічних труднощів належали:

- усвідомлення негативних для життя наслідків захворювання;
 - підвищення психоемоційного напруження у відповідь на наявність хронічного соматичного захворювання;
 - зміни зовнішнього вигляду, зумовлені хворобою;
 - порушення психічної діяльності, спричинені захворюванням — афективна, когнітивна та поведінкова сфера;
 - канцерофобічні переживання.
- Психосоціальні проблеми виражалися у:
- посиленні міжособистісної напруженості з близьким оточенням, у подружній парі, з дітьми;
 - збільшенні потреби у сторонній емоційній підтримці;
 - зниженні соціальної активності, звуженні кола спілкування;
 - погіршенні працездатності, труднощах у професійній сфері;
 - необхідності допомоги у побутових питаннях.
- Терапієзумовлені проблеми були зумовлені:
- хронічним перебігом захворювання, розвитком ускладнень;
 - необхідністю постійної замісної терапії чи прийому лікарських засобів;
 - переживаннями щодо побічної дії медикаментів;
 - значними витратами, пов'язаними з діагностикою та лікуванням;
 - наявністю психоендокринного синдрому як обов'язкового компонента захворювання;
 - необхідністю дотримання обмежень, зумовлених лікуванням, постійного моніторингу свого стану.

Психологічна проблематика по-різному проявлялася у жінок з різними видами гормональної дисфункції. У пацієнток з гіпертиреозом превалювали труднощі, в психопатогенезі яких лежали виражені афективні реакції, а саме, домінували порушення міжперсональної взаємодії в родині і з близьким оточенням, на роботі; збільшувалася частота конфліктів, в тому числі і з медичним персоналом, що погіршувало прихильність до лікування; були більш виражені елементи соціальної стигматизації та дистанціювання мікросоціального оточення внаслідок

психічної невірноваженості. У жінок з гіпотиреозом в психопатогенезі важливу роль відігравали зниження психічної та фізичної активності, більша частота ускладнень захворювання. Це зумовлювало психосоціальну дезадаптацію через підвищення вимог до найближчого оточення, зниження самопродуктивності, пасивної позиції щодо терапії. Пацієнтки з гіпотиреозом легше переживали обмеження, зумовлені лікувальним процесом, однак були більше обтяжені переживаннями, зумовленими ускладненнями хвороби.

У пацієнток з тиреопатіями виявлено зниження якості життя практично за всіма параметрами, а саме показниками фізичного ($4,9 \pm 1,1$ бали у ГТ проти $7,0 \pm 0,9$ бали у КГ) та психологічного благополуччя ($5,3 \pm 1,1$ бали проти $7,1 \pm 1,0$ бали), самообслуговування ($7,6 \pm 1,0$ бали проти $9,6 \pm 0,7$ бали), працездатності ($6,2 \pm 0,9$ бали проти $8,8 \pm 1,0$ бали), міжособистісної взаємодії ($6,4 \pm 0,7$ бали проти $7,4 \pm 1,0$ бали), самореалізації ($6,0 \pm 1,1$ бали проти $7,0 \pm 1,3$ бали) та духовної реалізації ($6,1 \pm 0,7$ бали проти $6,9 \pm 0,9$ бали), загального сприйняття задоволеності життям ($6,2 \pm 0,7$ бали проти $7,4 \pm 1,0$ бали), у порівнянні з соматично здоровими жінками (табл. 1), $p < 0,05$.

Таблиця 1. Параметри якості життя у пацієнток з тиреопатіями та соматично здорових жінок, ($x \pm \sigma$), бали

Шкали	ГТ (n = 113)	КГ (n = 50)
Фізичне благополуччя	$4,9 \pm 1,1^*$	$7,0 \pm 0,9^*$
Психологічне благополуччя	$5,3 \pm 1,1^*$	$7,1 \pm 1,0^*$
Самообслуговування та незалежність у діях	$7,6 \pm 1,0^*$	$9,6 \pm 0,7^*$
Працездатність	$6,2 \pm 0,9^*$	$8,8 \pm 1,0^*$
Міжособистісна взаємодія	$6,4 \pm 0,7^*$	$7,4 \pm 1,0^*$
Соціоемоційна підтримка	$6,5 \pm 1,1$	$6,7 \pm 0,8$
Суспільна та службова підтримка	$5,3 \pm 0,7^*$	$6,0 \pm 0,7^*$
Самореалізація	$6,0 \pm 1,1^*$	$7,0 \pm 1,3^*$
Духовна реалізація	$6,1 \pm 0,7^*$	$6,9 \pm 0,9^*$
Загальне сприйняття якості життя	$6,2 \pm 0,7^*$	$7,4 \pm 1,0^*$
Загальна оцінка за шкалами	$6,1 \pm 0,6^*$	$7,4 \pm 0,5^*$

Примітка: * — $p < 0,05$

Внутрішньогрупові відмінності між жінками з різним видом гормональної дисфункції ЩЗ полягали у нижчих показниках самообслуговування та незалежності у діях ($7,8 \pm 1,1$ бали у Г1 проти $7,3 \pm 0,6$ бали у Г2), а також погіршенні працездатності у пацієнток з гіпотиреозом ($6,6 \pm 0,8$ бали проти $5,9 \pm 0,8$ бали), та зниженому рівні суспільної та службової підтримки у хворих на гіпертиреоз ($5,1 \pm 0,9$ бали проти $5,6 \pm 0,5$ бали), $p < 0,05$ (табл. 2).

Виявлену різницю можна пояснити характером соматичної патології, а саме, клініка гіпотиреозу супроводжується вираженою психічною та фізичною астеною, що суттєво знижує здатність до будь-якої фізичної активності, в тому числі самообслуговування і виконання професійних дій. Для гіпертиреозу властивий перебіг з вираженим психоемоційним компонентом по афективному типу, що провокує міжособистісне напруження та конфлікти, внаслідок чого оточення дистанціюється від пацієнта, і відповідно зменшується доступ до психосоціального ресурсу.

Таблиця 2. Параметри якості життя у жінок з гіпер- та гіпотиреозом, (x ± σ), бали

Шкали	G1 (n = 59)	G2 (n = 54)
Фізичне благополуччя	5,0 ± 1,1	4,8 ± 1,0
Психологічне благополуччя	5,4 ± 1,1	5,2 ± 1,0
Самообслуговування та незалежність у діях	7,8 ± 1,1*	7,3 ± 0,6*
Працездатність	6,6 ± 0,8*	5,9 ± 0,8*
Міжособистісна взаємодія	6,4 ± 0,9	6,4 ± 0,5
Соціоемоційна підтримка	6,3 ± 1,2	6,6 ± 1,0
Суспільна та службова підтримка	5,1 ± 0,9*	5,6 ± 0,5*
Самореалізація	6,2 ± 1,2	5,8 ± 1,0
Духовна реалізація	6,2 ± 0,7	6,1 ± 0,8
Загальне сприйняття якості життя	6,3 ± 0,7	6,1 ± 0,5
Загальна оцінка за шкалами	6,1 ± 0,7	6,0 ± 0,5

Примітка: * — p < 0,05

Найбільш ураженими сферами у пацієнок з патологією ЩЗ, незалежно від виду гормонального розладу, було фізичне та психологічне самопочуття і, відповідно, пов'язана з ними працездатність, а також відчуття відсутності підтримки з боку соціального оточення, в тому числі співробітників, що разом з іншими показниками формувало незадовільне сприйняття якості життя в цілому. Незважаючи на зниження показника щодо самообслуговування при порівнянні зі здоровими опитуваними, сприйняття власної здатності дбати про себе залишалося досить високим, на відміну від інших параметрів. Міжособистісна взаємодія, соціоемоційна підтримка, духовна та самореалізація у групі хворих з тиреопатіями були знижені рівномірно.

Соматично здорові жінки найнижче оцінили параметри зовнішньої — соціоемоційної, суспільної та службової підтримки, фізичне та психологічне самопочуття, рівень персональної реалізованості та особистісні стосунки залишалися в цілому такими, що задовольняють, був високим стан працездатності та рівень самообслуговування і рівень незалежності.

Виразеність кожного параметра якості життя було поділено на 3 діапазони: низькі показники становили 0—4 бали, середні — 5—7 балів та високі — 8—10 балів (табл. 3).

За шкалою фізичного та психічного благополуччя у групі пацієнок з тиреопатіями відповідно 37,2 % і 17,7 % опитуваних були у діапазоні низьких, 62,8 % і 82,3 % — середніх показників за даним критерієм, тоді як у здорових жінок 80 % і 58 % мали середній та 20 % і 42 % — високий рівні сприйняття власного соматичного здоров'я. У хворих з розладами ЩЗ виразеність показників у діапазоні середніх оцінок була нижчою, ніж у КГ (5,6 ± 0,7 проти 6,7 ± 0,6 бали та 5,7 ± 0,7 проти 6,4 ± 0,7 бали).

Щодо самообслуговування та незалежності у діях, у осіб з гормональною дисфункцією ЩЗ в діапазоні середніх показників були 51,3 % опитуваних з рівнем 6,8 ± 0,4 бали, високих — 48,7 % з виразеністю 8,4 ± 0,7 бали, тоді як серед соматично здорових жінок 100 % оцінили даний критерій високо, на що вказувала і вища бальна виразеність — 9,6 ± 0,7 бали.

У 92,9 % пацієнок з тиреопатіями працездатність перебувала на середньому і лише у 7,1 % — на високому рівні з виразеністю відповідно 6,1 ± 0,8 бали та 8,0 балів, тоді як у здорових жінок ситуація була діаметрально протилежною — 12 % та 88 % з виразеністю 7,0 балів та 9,0 ± 0,8 бали.

Міжособистісну взаємодію оцінювали як середню 94,7 % хворих та 50 % здорових жінок з показниками 6,3 ± 0,6 бали та 6,6 ± 0,6 бали, і як високу — 5,3 % у ГТ та 50 % у КГ з рівнями 8,0 балів та 8,2 ± 0,4 бали.

Структура щодо соціоемоційної підтримки у соматично скомпрометованих жінок була такою: 3,5 % осіб виказали низьку самооцінку даного параметра, виразеність становила 4,0 бали, 78,8 % — середню з рівнем 6,2 ± 0,7 бали, високу — 17,7 % та 8,2 ± 0,5 бали; для фізично здорових виявлено відповідно, середня — 88 % та 6,5 ± 0,7 бали і висока — 12 % та 8,0 балів.

Таблиця 3. Розподіл опитуваних залежно від виразеності показників якості життя у групі пацієнок з тиреопатіями та здорових жінок

Шкали	I, бали	ГТ (n = 113)		КГ (n = 50)	
		%	(x ± σ), бали	%	(x ± σ), бали
Фізичне благополуччя	0—4	37,2	3,8 ± 0,4	0	—
	5—7	62,8	5,6 ± 0,7	80	6,7 ± 0,6
	8—10	—	—	20	8,3 ± 0,5
Психологічне благополуччя	0—4	17,7	3,5 ± 0,5	0	—
	5—7	82,3	5,7 ± 0,7	58	6,4 ± 0,7
	8—10	—	—	42	8,0
Самообслуговування, незалежність у діях	0—4	—	—	0	—
	5—7	51,3	6,8 ± 0,4	0	—
	8—10	48,7	8,4 ± 0,7	100	9,6 ± 0,7
Працездатність	0—4	—	—	0	—
	5—7	92,9	6,1 ± 0,8	12	7,0
	8—10	7,1	8,0	88	9,0 ± 0,8
Міжособистісна взаємодія	0—4	0	—	0	—
	5—7	94,7	6,3 ± 0,6	50	6,6 ± 0,6
	8—10	5,3	8,0	50	8,2 ± 0,4
Соціоемоційна підтримка	0—4	3,5	4,0	0	—
	5—7	78,8	6,2 ± 0,7	88	6,5 ± 0,7
	8—10	17,7	8,2 ± 0,5	12	8,0
Суспільна та службова підтримка	0—4	15,0	4,0	4	4,0
	5—7	85,0	5,6 ± 0,5	96	6,0 ± 0,6
	8—10	—	—	0	—
Самореалізація	0—4	8,8	4,0	0	—
	5—7	84,1	6,0 ± 0,8	68	6,3 ± 0,7
	8—10	7,1	8,0	32	8,7 ± 0,5
Духовна реалізація	0—4	—	—	0	—
	5—7	98,2	6,1 ± 0,7	82	6,5 ± 0,5
	8—10	1,8	8,0	18	8,6 ± 0,5
Загальне сприйняття якості життя	0—4	1,8	4,0	0	—
	5—7	98,2	6,2 ± 0,6	46	6,5 ± 0,5
	8—10	—	—	54	8,3 ± 0,4

Примітка: I — інтервал (діапазон) балів, x — середнє значення у діапазоні

Щодо суспільної та службової підтримки, результати отримані лише в діапазоні низьких — 15,0 % у ГТ та 4 % у КГ з рівнем 4,0 бали в обох групах, і середніх показників — 85 % та 96 % з вираженістю $5,6 \pm 0,5$ бали та $6,0 \pm 0,6$ бали.

Оцінили себе як низько самореалізованих 8,8 % опитуваних з тиреопатіями, середньо — 84,1 % у ГТ та 68 % у КГ, високо — 7,1 % хворих і 32 % здорових жінок. Виразеність за діапазонами становила в осіб з розладами ЩЗ 4,0 бали, $6,0 \pm 0,8$ бали та 8,0 балів, соматично благополучних респонденток — $6,3 \pm 0,7$ бали та $8,7 \pm 0,5$ бали.

Духовно реалізованими на середньому рівні себе вважали 98,2 % пацієнток з гормональною дисфункцією та 82 % — соматично здорових жінок, достатньо розкритими — 1,8 % та 18 % осіб з кожної групи. Виразеність показників була такою: $6,1 \pm 0,7$ та 8,0 балів, і $6,5 \pm 0,5$ та $8,6 \pm 0,5$ бали.

У ГТ 1,8 % осіб з рівнем 4,0 бали виявили низький показник загальної задоволеності якістю життя, 98,2 % — середній з вираженістю $6,2 \pm 0,6$ бали. У КГ середній діапазон займали 46 % опитуваних та високий — 54 %, з рівнями показників $6,5 \pm 0,5$ та $8,3 \pm 0,4$ бали.

Розподіл опитуваних залежно від вираженості показників за шкалами фізичного та психологічного благополуччя, духовної реалізації та сприйняття загальної якості життя був подібний у пацієнток, незалежно від виду гормональної дисфункції, — найбільша частка припадала на середній діапазон оцінок (табл. 4).

Оцінки фізичного благополуччя у жінок з гіпертиреозом розподілилися таким чином: низькі виявлено у 35,6 %, середні — 64,4 %, у жінок з гіпотиреозом відповідно — у 38,9 % та у 61,1 %, з вираженістю у Г1 $3,8 \pm 0,4$ бали та $5,7 \pm 0,8$ бали і у Г2 — $3,7 \pm 0,5$ та $5,5 \pm 0,5$ бали.

Психологічне благополуччя сприймали як низьке 18,6 % пацієнток з гіперфункцією ЩЗ і 16,7 % — з гіпофункцією, як середнє — 81,4 % та 83,3 %. Рівні за діапазонами становили $3,6 \pm 0,5$ та $5,8 \pm 0,8$ бали у Г1 та $3,3 \pm 0,5$ та $5,6 \pm 0,6$ бали у Г2.

За шкалами фізичного та психологічного благополуччя у жодній із груп з тиреопатіями не зареєстровано переходу у діапазон високих показників.

Духовну реалізованість як середню оцінили 100 % жінок з гіпертиреозом з рівнем $6,2 \pm 0,7$ бали, та 96,3 % з гіпотиреозом і вираженістю $6,0 \pm 0,7$ бали. У пацієнток з Г2 також було 3,7 % опитуваних, які вважали власну духовну реалізованість високою — 8,0 балів.

Загальну якість життя у групах з розладами ЩЗ 1,7 % пацієнток у Г1 та 1,9 % — у Г2 вважали низькою з вираженістю показників 4,0 бали, та переважна більшість — 98,3 % та 98,1 % — сприймали як середню з рівнями $6,3 \pm 0,7$ та $6,1 \pm 0,4$ бали.

Виявлені відмінності щодо сфери самообслуговування та працездатності, в якій хворі з гіпотиреозом переживали вищий дискомфорт: у діапазоні середньої вираженості показників були 45,8 % і 88,1 % осіб з Г1 та 57,4 % і 98,1 % з Г2, високої — 54,2 % і 11,9 % та 42,6 % і 1,9 % респондентів.

Виразеність за критерієм незалежності становила відповідно $6,9 \pm 0,4$ та $8,7 \pm 0,8$ бали у жінок з гіперфункціональним розладом та $6,8 \pm 0,4$ і 8,0 балів — гіпофункціональним, а також для здатності працювати — $6,4 \pm 0,7$ і 8,0 балів та $5,9 \pm 0,8$ і 8,0 балів.

Таблиця 4. Розподіл опитуваних залежно від вираженості показників якості життя у жінок з гіпер- та гіпотиреозом

Шкали	I, бали	Г1 (n = 59)		Г2 (n = 54)	
		%	($x \pm \sigma$), бали	%	($x \pm \sigma$), бали
Фізичне благополуччя	0—4	35,6	$3,8 \pm 0,4$	38,9	$3,7 \pm 0,5$
	5—7	64,4	$5,7 \pm 0,8$	61,1	$5,5 \pm 0,5$
	8—10	0	—	0	—
Психологічне благополуччя	0—4	18,6	$3,6 \pm 0,5$	16,7	$3,3 \pm 0,5$
	5—7	81,4	$5,8 \pm 0,8$	83,3	$5,6 \pm 0,6$
	8—10	0	—	0	—
Самообслуговування, незалежність у діях	0—4	0	—	0	—
	5—7	45,8	$6,9 \pm 0,4$	57,4	$6,8 \pm 0,4$
	8—10	54,2	$8,7 \pm 0,8$	42,6	8,0
Працездатність	0—4	0	0	0	—
	5—7	88,1	$6,4 \pm 0,7$	98,1	$5,9 \pm 0,8$
	8—10	11,9	8,0	1,9	8,0
Міжособистісна взаємодія	0—4	0	—	0	—
	5—7	89,8	$6,2 \pm 0,7$	100	$6,4 \pm 0,5$
	8—10	10,2	8,0	0	—
Соціоемоційна підтримка	0—4	6,8	4,0	0	—
	5—7	79,7	$6,2 \pm 0,7$	77,8	$6,2 \pm 0,7$
	8—10	13,6	$8,4 \pm 0,7$	22,2	8,0
Суспільна та службова підтримка	0—4	28,8	4,0	0	—
	5—7	71,2	$5,6 \pm 0,5$	100	$5,6 \pm 0,5$
	8—10	0	—	0	—
Самореалізація	0—4	8,5	4,0	9,3	4,0
	5—7	79,7	$6,1 \pm 0,8$	88,9	$5,9 \pm 0,8$
	8—10	11,9	8,0	1,9	8,0
Духовна реалізація	0—4	0	—	0	—
	5—7	100	$6,2 \pm 0,7$	96,3	$6,0 \pm 0,7$
	8—10	0	0	3,7	8,0
Загальне сприйняття якості життя	0—4	1,7	4,0	1,9	4,0
	5—7	98,3	$6,3 \pm 0,7$	98,1	$6,1 \pm 0,4$
	8—10	0	0	0	—

Щодо міжперсональної взаємодії, 100 % пацієнток з гіпофункцією ЩЗ віднесли свої стосунки до задовільних, рівень — $6,4 \pm 0,5$ бали, тоді як у групі жінок з гіперфункцією були як задовільні — 89,8 % та $6,2 \pm 0,7$ бали, так і взаємини, що високо оцінювалися — 10,2 % та 8,0 балів.

Пацієнтки з гіпотиреозом показали, що сприймають власну соціоемоційну підтримку кращою, на відміну від опитуваних з гіпертиреозом. У діапазоні низьких оцінок були 6,8 % осіб з Г1 з рівнем 4,0 бали, середніх — 79,7 % та 77,8 % осіб з вираженістю $6,2 \pm 0,7$ бали у кожній групі, високих — 13,6 % і 22,2 % осіб з рівнями $8,4 \pm 0,7$ бали та 8,0 балів у Г1 та Г2 відповідно.

Тоді як щодо самореалізації ситуація була зворотною, більш задоволеними були опитувані з гіпертиреозом: низькі показники у жінок з гіпер- та гіпофункцією ЩЗ

становили 8,5 % та 9,3 %, середні — 79,7 % та 88,9 %, високі — 11,9 % та 1,9 %. За рівнем прояву склали 4,0 бали, $6,1 \pm 0,8$ та 8,0 балів у Г1 і 4,0 бали, $5,9 \pm 0,8$ і 8,0 балів у Г2.

Суспільну підтримку оцінювали як середню 100 % хворих на гіпотиреоз та 71,5 % хворих на гіпертиреоз, вираженість показника була $5,6 \pm 0,5$ бали у кожній групі, однак у Г1 28,8 % заявили зовнішню допомогу як низьку з рівнем у 4,0 бали.

Вивчення психологічної проблематики та загальної якості життя жінок з тиреопатіями в залежності від виду гормональної дисфункції ЩЗ виявило такі особливості:

- наявний широкий спектр психологічної проблематики у жінок з патологією ЩЗ, що включає особистісні, психосоціальні та терапевтичні труднощі;
- психологічна проблематика по-різному проявлялася у жінок з різними видами гормональної дисфункції;
- в основі психопатогенезу проблем у пацієнток з гіпертиреозом лежали виражені афективні реакції, у жінок з гіпотиреозом — зниження психічної та фізичної активності;
- для жінок з гіперфункцією ЩЗ провідними проявами дезадаптації були міжособистісне напруження, соціальна стигматизація та дистанціювання мікросоціального оточення, конфлікти з медперсоналом, зниження прихильності до лікування; у хворих з гіпофункцією — підвищення вимог до найближчого оточення, зниження самопродуктивності, пасивна позиція щодо терапії, обтяженість переживаннями щодо ускладнень хвороби;
- у пацієнток з розладами ЩЗ виявлено зниження якості життя за параметрами фізичного та психологічного благополуччя, самообслуговування та незалежності у діях, працездатності, міжособистісної взаємодії, самореалізації та духовної реалізації, загального сприйняття задоволеності життям у порівнянні з соматично здоровими жінками, $p < 0,05$;
- внутрішньогрупові відмінності між жінками з різним видом тиреопатій полягали у нижчих показниках самообслуговування та незалежності у діях, погіршенні працездатності у пацієнток з гіпотиреозом та зниженому рівні суспільної та службової підтримки у хворих на гіпертиреоз, $p < 0,05$;
- нозологічні особливості, а саме провідні фізичні та психічні симптомокомплекси, можуть ставати предикторами у розвитку психосоціальної адаптації;
- найбільш скомпроментованими сферами у пацієнток з патологією ЩЗ, незалежно від виду гормонального розладу, було фізичне та психологічне самопочуття, працездатність, відчуття відсутності підтримки з боку соціального оточення, сприйняття якості життя в цілому;
- розподіл опитуваних залежно від вираженості показників якості життя виявив, що для пацієнток з захворюваннями ЩЗ у їх структурі основна частка осіб припадала на середні оцінки, властивим було збільшення кількості опитуваних з низькими та зменшення — з високими показниками.

Суттєве зниження якості життя пацієнтів з тиреопатіями та широкий спектр психологічної проблематики зумовлює розроблення комплексних диференційованих програм медико-психологічної допомоги для даної категорії хворих, метою яких є усунення психопатогенних чинників розвитку особистісної та психосоціальної дезадаптації, а також формування високої прихильності до лікування.

Список літератури

1. Паньків В. І. Синдром гіпотиреозу [Текст] / В. І. Паньків // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2012. — № 5 (45). — С. 136—148.
2. Сидорова Н. Н. Субклинический гипертиреоз: важность своевременной диагностики [Електронний ресурс] / Н. Н. Сидорова // Therapia: Український медичний вісник. — 2010. — №12 (53). — Режим доступу : <http://therapia.ua/therapia/2010/12/subklinicheskiy>.
3. Антонова К. В. Тиреотоксикоз. Изменения психики. Возможности лечения [Текст] / К. В. Антонова // РМЖ: Эндокринология. — 2006. — Т. 14, №13. — С. 1—5.
4. Zsuzsa Aszalós. Some neurological and psychiatric complications in the disorders of the thyroid gland [Text] / Aszalós Zsuzsa // Hung. Med. J. — 2007. — № 4. — P. 429—441.
5. Bunevičius R. Thyroid Disease and Mental Disorders: Cause and Effect or Only comorbidity? [Text] / R. Bunevičius, J. Arthur // Curr Opin Psychiatry. — 2010. — V. 23(4). — P. 363—368.
6. Geraciotti T. D. Identifying hypothyroidism's psychiatric presentations / T. D. Geraciotti [Electronic Resource] // Current Psychiatry. — 2006. — Vol. 5. — № 11. — Mode of access : URL : <http://www.currentpsychiatry.com/home/article/identifying-hypothyroidisms-psychiatric-presentations/190d5808f9bdd646cf3a8560587e35cc.html>.
7. Geraciotti T. D. Identifying hyperthyroidism's psychiatric presentations / T. D. Geraciotti [Electronic Resource] // Current Psychiatry. — 2006. — Vol. 5. — № 12. — Mode of access : URL : [http://www.currentpsychiatry.com/?id=22161&tx_ttnews\[tt_news\]=171964&cHash=7f84b5751b921491a0467043c96bc727](http://www.currentpsychiatry.com/?id=22161&tx_ttnews[tt_news]=171964&cHash=7f84b5751b921491a0467043c96bc727).
8. Бурдо И. С. Неврологические и психологические клинические маски гипотиреоза у пациентов пожилого возраста [Електронний ресурс] / И. С. Бурдо, А. А. Спаская // Therapia : Український медичний вісник. — 2014. — №11—12 (93). — С. 38—40. — Режим доступу : <http://therapia.ua/therapia/2014-11-12-93/nevrologicheskie-i-psikhologicheskie-klinicheskie-maski-gipotireoza-u-patsientov-pozhilogo-vozrasta>
9. Иванова Г. П. Психические нарушения и их биологические корреляты у больных с аутоиммунным тиреоидитом [Текст] / Г. П. Иванова, Л. Н. Горобец, Л. А. Никитина // Психиатрия. — 2010. — № 5. — С. 40—49.
10. Validation of an efficient quality of life index [Text] / J. E. Mezzich, N. Cohen, J. Liu [et al.] // Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. — Hamburg, 1999. — P. 427—428.

Надійшла до редакції 19.10.2015 р.

ВАРИБРУС Олена Вікторівна, лікар міської лікарні швидкої та невідкладної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова м. Харкова; e-mail: Olddol777@mail.ru

VARIBRUS Olena, Physician of prof. A. I. Meshchaninov's City Hospital accident and emergency in Kharkiv, Kharkiv; e-mail: Olddol777@mail.ru