

*Н. Г. Пшук, В. А. Герасимук*

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК, ЧОЛОВІКИ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

*Н. Г. Пшук, В. А. Герасимук*

**Оценка качества жизни женщин, мужья которых болеют шизофренией**

*N. Pshuk, V. Herasymuk*

**The assessment of women` life quality whose husbands have the schizophrenia symptoms**

З метою оцінки якості життя та соціального функціонування жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію, було обстежено 109 дружин. Загальна оцінка якості життя у жінок основної групи була достовірно ( $p < 0,0001$ ) нижчою, ніж в групі контролю —  $80,15 \pm 8,36$  та  $89,27 \pm 9,14$  відповідно. Аналіз середніх показників якості життя показав, що низький рівень якості життя у жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію, відмічався за рахунок низьких оцінок у сферах «соціальні відносини», «навколишнє середовище» та «психологічній сфері», які оцінюють такі важливі галузі соціального функціонування як фізична безпека, житлові і фінансові умови, можливість отримання якісної медичної та соціальної допомоги, можливість для розваг та відпочинку, позитивні та негативні емоції. Виявлені особливості будуть враховані під час розроблення психокорекційних програм.

**Ключові слова:** якість життя, соціальне функціонування, параноїдна шизофренія, функціонування сім'ї

С целью оценки качества жизни и социального функционирования женщин, мужья которых страдают шизофренией, было обследовано 109 жен. Оценка качества жизни у этих женщин была достоверно ниже, чем в группе контроля —  $80,15 \pm 8,36$  и  $89,27 \pm 9,14$  ( $p < 0,0001$ ) соответственно. Анализ средних показателей качества жизни показал, что низкий уровень качества жизни у женщин, мужья которых страдают шизофренией, отмечался за счет низких оценок в сферах «социальные взаимоотношения», «окружающая среда» и «психологической сфере», которые оценивают такие важные отрасли социального функционирования, как физическая безопасность, жилищные и финансовые условия, возможность получения качественной медицинской и социальной помощи, возможность для развлечений и отдыха, положительные и отрицательные эмоции. Эти особенности будут учтены при разработке психокоррекционных программ.

**Ключевые слова:** качество жизни, социальное функционирование, параноидная шизофрения, функционирование семьи

It was examined the 109 wives whose husbands are ill with schizophrenia with the aim of their life quality and social function assessment. The total life quality assessment in women of the main group was obviously lower in comparison with the control one —  $80,15 \pm 8,36$  and  $89,27 \pm 9,14$  ( $p < 0,0001$ ). The average life quality numbers analyses proved that the low life quality level of the women whose husbands are ill with schizophrenia was mentioned according to the low assessment in the sphere of "social relationships", "surrounding" and "psychological sphere", which evaluate such important spheres of social functioning as physical safety, living and financial conditions, the possibility of getting the high quality medical and social care, the possibility for entertainment and rest, positive and negative emotions. The revealed specific would be taken into consideration in time of psychocorrection programs development.

**Keywords:** life quality, social functioning, paranoid schizophrenia, family functioning

Якість життя людини у сучасній медицині розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з декількох компонентів [7]. Їх всебічне вивчення дозволяє визначити рівень якості життя як окремої особи, так і цілих груп, і встановити — за рахунок якого складника він підвищується чи знижується та на що необхідно вплинути, щоб покращити якість життя (надати соціальну підтримку та ін.) [2, 7].

ВООЗ визначає якість життя як індивідуальне співвідношення свого становища у житті суспільства у контексті його культури і системи цінностей з цілями цього індивідуума, його планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості [8], тобто сприйняття людиною своєї позиції в житті, у тому числі фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, якості середовища, у якому вона живе, ступеня задоволеності конкретним рівнем життя й іншими складниками психологічного комфорту [5].

Вивчення характеристик якості життя жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію, є досить актуальним на сьогоднішній день. Адже, сім'я є основою сучасного суспільства [14, 15]. Невиконання сімейних функцій кожним із членів сім'ї на різних рівнях внутрішньосімейної взаємодії призводить до дисфункціонального стану, погіршення психічного, соматичного та сексуального здоров'я [1, 2, 13]. А це в свою чергу веде до зниження народжуваності та погіршення соціально-демографічної ситуації в країні [1, 3].

За останні десятиліття в суспільстві та медичній сфері сформувалась думка, що шизофренія є хворобою не лише однієї конкретної людини, але й всієї її родини [4, 16]. Відомо, що сам факт встановлення діагнозу «шизофренія» спричиняє виникнення у членів родини страхів, невизначеності, порушення планів та зміну звичного способу життя, міжособистісної комунікації, порушення функціонування сім'ї та посилення сімейного напруження [1, 4, 5]. Окрім того, зміни у різних сферах життя членів сім'ї зумовлені також і специфічною симптоматикою цього захворювання [6, 10]. Родина намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дестабілізацію (деадаптацію) та призводить до погіршення якості життя навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах [3, 4, 11, 12].

Мета дослідження — оцінити якість життя та соціальне функціонування жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію.

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 109 жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію, у віці від 22 до 55 років (середній вік — 38 років). Серед них 50 жінок (45,9 %) мають вищу освіту, 7 жінок (6,4 %) — незакінчену вищу, 43 жінки (39,4 %) — середню спеціальну та 9 жінок (8,3) — середню освіту. Критеріями включення були наявність у чоловіка діагнозу «Шизофренія, параноїдна форма» (F20.0 згідно з шифрами МКХ-10), проживання з хворим в одній оселі. Критеріями виключення були жінки, що мали психічні або хронічні інвалідизуючі соматичні захворювання. 75 жінок (68,8 %) разом з чоловіками проживали в окремій квартирі чи будинку,

34 пари (31,2 % %) проживали з родичами, переважно батьками, в одній оселі. У 33 (30,3 %) жінок основної групи немає дітей, у 51 жінки (46,8 %) — одна дитина, у 19 жінок (17,4 %) — двоє дітей, у 6 жінок (5,5 %) — троє дітей. У 31 жінки (28,4 %) основної групи тривалість хвороби чоловіка була менше ніж п'ять років, у 78 жінок (71,6 %) чоловіки хворіли більше п'яти років.

Контрольну групу склали 49 жінок віком від 21 до 56 років (середній вік — 36 років), які були репрезентативними з основною групою обстежуваних за основними соціально-демографічними характеристиками.

Дослідження якості життя (ЯЖ) проводили з використанням міжнародного опитувальника WHO QOL-100 (ВООЗ ЯЖ-100), який є суб'єктивним засобом оцінки благополуччя респондентів і їхньої задоволеності умовами власного життя.

Усі показники обчислювали методами описової статистики. Статистичну вірогідність різниць середніх балів порівнюваних груп визначали за непараметричними критеріями Манна — Уїтні. Різницю вважали статистично значущою при  $p < 0,05$ .

Результати дослідження якості життя в основній та контрольній групах наведені у таблиці.

Аналіз середніх показників ЯЖ свідчить, що із шести основних сфер тільки одна входить в інтервал хороших оцінок — «рівень незалежності». Значення оцінок інших сфер можна розглядати як відносно задовільні. Найнижчі значення спостерігаються у сфері «навколишнє середовище», яка оцінює такі важливі галузі функціонування як фізична безпека, житлові і фінансові умови, можливість отримання якісної медичної та соціальної допомоги, можливість для розваг та відпочинку.

Загальна оцінка сприйняття якості життя у жінок основної групи була достовірно нижчою, ніж в групі контролю —  $12,37 \pm 1,91$  та  $14,27 \pm 2,06$  відповідно ( $p < 0,0001$ ). Аналогічні результати отримані під час порівняння загального рівня оцінки ЯЖ. В основній групі цей показник склав  $80,15 \pm 8,36$ , а в контрольній —  $89,27 \pm 9,14$  ( $p < 0,0001$ ). Достовірно нижчими ( $p < 0,001$ ) виявились показники у сферах «психологічній»; «соціальні відносини»; «навколишнє середовище», що вказує на погіршення психологічної та соціальної сфер життя у жінок, що мають хворого на шизофренію чоловіка (див. таблицю).

Для визначення особливостей ЯЖ у жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію, важливе значення має порівняння оцінок, що дали респонденти окремим субсферам свого життя. Аналіз отриманих результатів показав, що найнижчі показники в цій групі жінок спостерігались у субсферах фінансові ресурси ( $8,16 \pm 2,97$ ), якість та доступність медичної та соціальної допомоги ( $7,03 \pm 1,82$ ), фізична безпека та захищеність ( $10,06 \pm 2,35$ ). Такі результати зумовлені коштовним та тривалим лікуванням хворого чоловіка, його втратою працездатності, специфікою симптоматики хворого на шизофренію, що проявляється апато-абулічними реакціями, а при наявності маячних ідей та галюцинацій можлива й агресивна, конфліктна поведінка, що, звичайно, погіршує відчуття безпеки та захищеності членами їх сімей.

Нижче середніх виявились показники ЯЖ за субсферами позитивні ( $10,86 \pm 2,01$ ) та негативні ( $11,94 \pm 2,34$ ) емоції, особистісні стосунки ( $11,94 \pm 2,04$ ), сексуальна активність ( $12,42 \pm 2,32$ ), практична соціальна підтримка ( $11,34 \pm 2,37$ ), що свідчить про негативний вплив хвороби чоловіка на перелічені сфери життя жінок та недостатню допомогу оточення у покращанні якості їхнього життя.

**Характеристика ЯЖ у жінок, чоловіки яких страждають на шизофренію, порівняно з жінками, що не мають хворого на психічне захворювання чоловіка (бали)**

Сфера	Основна група, n = 109	Контрольна група, n = 49	p
Якість життя	80,15	89,27	< 0,0001
Сприйняття якості життя	12,37	14,27	< 0,0001
Фізична	13,73	14,35	> 0,05
Психологічна	12,83	14,81	< 0,0001
Рівень незалежності	15,81	16,35	> 0,05
Соціальні відносини	11,90	15,59	< 0,0001
Навколишнє середовище	11,86	13,73	< 0,0001
Духовна	14,02	14,45	> 0,05
Субсфери			
F1 фізичний біль	14,18	14,29	> 0,05
F2 життєва активність	13,13	14,02	< 0,05
F3 сон та відпочинок	13,88	14,73	> 0,05
F4 позитивні емоції	10,86	14,88	< 0,0001
F5 мислення, пам'ять	13,42	14,18	> 0,05
F6 самооцінка	14,03	14,76	> 0,05
F7 образ тіла, зовнішність	13,88	14,45	> 0,05
F8 негативні емоції	11,94	15,80	< 0,0001
F9 рухливість	16,66	17,29	> 0,05
F10 здатність виконувати повсякденні справи	14,94	15,16	> 0,05
F11 залежність від ліків	15,97	16,47	> 0,05
F12 здатність до роботи	15,65	16,47	> 0,05
F13 особистісні стосунки	11,94	16,57	< 0,0001
F14 практична соціальна підтримка	11,34	15,20	< 0,0001
F15 сексуальна активність	12,42	15,00	< 0,0001
F16 фізична безпека	10,06	14,22	< 0,0001
F17 навколишнє середовище дома	14,04	14,02	> 0,05
F18 фінансові ресурси	8,16	11,76	< 0,0001
F19 медична та соціальна допомога	7,03	10,49	< 0,0001
F20 можливість для отримання нової інформації	15,46	15,35	> 0,05
F21 можливість для відпочинку, розваг	11,67	15,65	< 0,0001
F22 навколишнє середовище навколо	13,82	13,76	> 0,05
F23 транспорт	14,66	14,55	> 0,05
F24 духовність, релігія	14,02	14,45	> 0,05

Найвищі показники у жінок основної групи спостерігались у субсферах рухливість ( $16,66 \pm 1,95$ ), залежність від ліків ( $15,97 \pm 2,74$ ), здатність до роботи ( $15,65 \pm 2,41$ ), можливості для накопичення нової інформації та навиків ( $15,46 \pm 2,52$ ), здатність виконувати повсякденні справи ( $14,94 \pm 2,74$ ).

В контрольній групі розподіл показників якості життя дещо схожий з основною групою, однак бали є достовірною вищими. Найнижчі показники виявлені у субсферах фінансові ресурси ( $11,76 \pm 3,59$ ) та якість і доступність медичної допомоги ( $10,49 \pm 2,61$ ); найвищі: рухливість ( $17,29 \pm 2,22$ ); особистісні стосунки ( $16,57 \pm 2,52$ ); здатність до роботи ( $16,47 \pm 3,07$ ); залежність від ліків ( $16,47 \pm 2,98$ ).

Показники за субсферами у жінок основної групи порівняно з контрольною групою були статистично значуще зниженими за 10 із 24 субсфер. За 14 субсферами не було достовірно значущих різниць між цими двома групами, а саме F1, F3, F5, F6, F7, F9, F10, F11, F12, F17, F20, F22, F23, F24, які належать до фізичної сфери, рівня незалежності, духовної сфери.

Порівняння показників опитувальника ВООЗ ЯЖ-100 в обох групах виявило достовірне зниження ЯЖ за цілою низкою субсфер у жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію. Найнижчі показники виявлені у субсферах F18 (фінансові ресурси)  $8,16 \pm 2,97$  в основній групі та  $11,76 \pm 3,59$  в контрольній групі ( $p < 0,0001$ ) та F19 (медична та соціальна допомога — доступність і якість) —  $7,03 \pm 1,82$  та  $10,49 \pm 2,61$  ( $p < 0,0001$ ) відповідно.

Аналіз характеристик якості життя в обох групах обстежуваних показав, що жінки, чоловіки яких хворіють на шизофренію, мали достовірно нижчі показники, ніж у жінок, що проживали з психічно здоровими чоловіками, за сферами F13 (особисті стосунки) —  $11,94 \pm 2,04$  та  $16,57 \pm 2,52$  ( $p < 0,0001$ ) відповідно; F14 (практична соціальна підтримка) —  $11,34 \pm 2,37$  та  $15,20 \pm 2,42$  ( $p < 0,0001$ ); F15 (сексуальна активність) —  $12,42 \pm 2,32$  та  $15,00 \pm 2,84$  ( $p < 0,0001$ ); F16 (фізична безпека та захищеність) —  $10,06 \pm 2,35$  і  $14,22 \pm 2,93$  ( $p < 0,0001$ ).

Низькі показники у жінок основної групи в психологічній сфері зумовлені переважно достовірно нижчими балами у субсферах позитивні (F4) та негативні (F8) емоції. Відповідно F4 —  $10,86 \pm 2,01$  та  $14,88 \pm 2,55$  ( $p < 0,0001$ ); F8 —  $11,94 \pm 2,34$  та  $15,80 \pm 3,01$  ( $p < 0,0001$ ). Тобто, жінки, що мають хворого чоловіка, рідше переживають позитивні емоції, спокій, щастя, радість та задоволення від приємних моментів у житті. В їхньому емоційному стані мають місце пригніченість, печаль, відчай, тривога.

Отримані результати свідчать про те, що провідними чинниками порушення соціальної адаптації у цих жінок основної групи є надлишок негативних і брак позитивних емоцій, незадовільні сексуальні стосунки, обмежені можливості в розвагах, відпочинку, а також неможливість отримання якісної медичної та соціальної допомоги, матеріальні труднощі.

Таким чином, отримані результати оцінки ЯЖ та соціального функціонування жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію, що відображають основні проблеми життєдіяльності обстежуваних, показав, що в першу чергу у них погіршуються такі сфери життя як соціальні відносини, навколишнє середовище та психологічна сфера.

Визначення сфер з установленими порушеннями якості життя є досить корисним: вони будуть використані як одні із цілей під час розроблення психокорекційних програм та надання соціально-психологічної допомоги, спрямованих на покращання якості життя членів родини, а саме жінок; рестабілізацію та пристосування сімейної системи до ситуації хвороби, яка повинна стати найважливішою складником в процесі реадaptaції сімей, в яких чоловік хворіє на шизофренію, а також для подальшої оцінки ефективності наданої допомоги.

## Список літератури

1. Абрамов В. А. Психосоціальна реабілітація больних шизофренією : монографія / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецьк : Каштан, 2009. — 584 с.
2. Жеребин В. М. Индикаторы качества жизни населения / В. М. Жеребин // Вопросы статистики. — 2012. — № 3. — 88 с.
3. Животовська Л. В. Аналіз сімейного здоров'я при шизофренії в одного з батьків / Л. В. Животовська, О. А. Казаков // Медична психологія. — 2015. — № 3. — С. 48—51.
4. Кубрак О. В. Подружня дезадаптація при параноїдній шизофренії у жінок у період ремісії та її психокорекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 14.01.16 / Кубрак Ольга Володимирівна ; АМН України; Інститут неврології, психіатрії та наркології. — Х., 2006. — 24 с.
5. Майборода К. А. Патоперсоналія шизофренії та внутрисемейная конфліктність / К. А. Майборода // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 3, вып. 1. — С. 34—35.
6. Маркова М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 13, вип. 3 (64). — С. 133—134.
7. Підлубний В. Л. Оцінка якості життя та соціального функціонування в осіб із розладами особистості та поведінки / В. Л. Підлубний // Медична психологія. — 2014. — № 3. — С. 81—85.
8. Пішель В. Я. Тягар сім'ї хворого на шизофренію як критерій оцінки якості психіатричної допомоги / В. Я. Пішель, В. В. Сотніченко // Там само. — 2010. — № 4. — С. 41—44.
9. Штаньков С. И. Медико-социальные аспекты оказания помощи больным шизофренией / С. И. Штаньков, В. Л. Рыкова // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 3 (2). — С. 411—414.
10. Хритинин Д. Ф. Лечебно-реабилитационный потенциал больных шизофренией / Д. Ф. Хритинин, Д. С. Петров // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2012. — № 5. — С. 70—76.
11. Dyck D. G. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers / D. G. Dyck, R. Short, P. Vitaliano // Psychosomatic Medicine. — 2009. — Vol. 61. — P. 411—419.
12. Ikebuchi E. Support of working life of persons with schizophrenia / E. Ikebuchi // Seishin Shinkeigaku Zasshi. — 2006. — Vol. 108. — № 5. — P. 436—448.
13. Family members perceived needs for bereavement follow-up / A. Milberg, E.-C. Olsson, M. Jakobsson et al. // J. of pain and symptom management. — 2008. — Vol. 35. — Iss. 1. — P. 58—69.
14. LeMay K. Treatment of existential distress in life-threatening illness: a review of manualized interventions / K. LeMay, K. G. Wilson // Clin. Psychol. Rev. — 2008. — Vol. 28. — Iss. 3. — P. 472—493.
15. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home / T. Tsigaropoulos, E. Mazaris, E. Chatzidarellis et al. // International Journal of Nursing Practice. — 2009. — Vol. 15. — Iss. 1. — P. 1—6.
16. Hoenig I. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household / I. Hoenig, M. W. Hamilton // Int. J. Soc Psychiatry. — 2006. — № 12. — P. 165—176.

Надійшла до редакції 24.06.2016 р.

**ПШУК Наталія Григорівна**, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (ВНМУ ім. М. І. Пирогова), м. Вінниця, Україна; e-mail: pshuk\_ng@mail.ru

**ГЕРАСИМУК Валерія Анатоліївна**, асистент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна; e-mail: valeri\_61@mail.ru

**PSHUK Nataliia**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Medical Psychology and Psychiatry with the course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: pshuk\_ng@mail.ru

**HERASYMUK Valeriia**, Assistant of Department of Medical Psychology and Psychiatry with the course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: valeri\_61@mail.ru