

О. В. Вороніна
**РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ПОВЕДІНКИ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ПСИХІЧНИМИ
 ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ, ІЗ ТЮТЮНОПАЛІННЯМ І ТЮТЮНОВОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

А. В. Воронина
**Результаты оценки поведения и качества жизни лиц молодого возраста
 с психическими и поведенческими расстройствами, с табакокурением и табачной зависимостью**

O. V. Voronina
**The results of evaluation of behavior and quality of life of young people
 with mental and behavioral disorders, with tobacco smoking and tobacco dependence**

Сучасні проблеми системи охорони здоров'я в Україні мають комплексний характер, що зумовлює необхідність оновлення її політики, розроблення і реалізації нових стратегій і програм, в тому числі психопрофілактичних та психотерапевтичних. Однією з найактуальніших медико-соціальних проблем є тютюнопаління, яке пов'язано із збільшенням смертності та зниженням працездатності курців у найбільш активному віці, а особливо осіб жіночої статі. У зв'язку з цим нами проведено роботу щодо вивчення чинників ризику психічної дезадаптації та визначення основних маркерів «психологічної уразливості» особистості, що є підґрунтям для розвитку різних психічних і психосоматичних декомпенсацій у тютюнозалежних осіб. Крім того, вивчення якості життя тютюнозалежних дозволяє оцінити розвиток психологічної залежності і визначити за допомогою системного показника (QoL) ступінь впливу тютюнопаління на психоемоційний стан особистості, а також вибрати найоптимальніші шляхи корекції цієї залежності.

Ключові слова: тютюнопаління, тютюнова залежність, психічні і поведінкові розлади, копінг-стратегії, якість життя, молодий вік

Современные проблемы системы здравоохранения в Украине имеют комплексный характер, что вызывает необходимость обновления ее политики, разработки и реализации новых стратегий и программ, в том числе психопрофилактических и психотерапевтических. Одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем является курение, которое связано с ростом смертности и снижением работоспособности курильщиков в наиболее активном возрасте, а особенно лиц женского пола. В связи с этим нами проведена работа по изучению факторов риска психической дезадаптации и определению основных маркеров «психологической уязвимости» личности, являющейся основой для развития различных психических и психосоматических декомпенсаций у табакзависимых лиц. Кроме того, изучение качества жизни табакзависимых позволяет оценить развитие психологической зависимости и определить с помощью системного показателя (QoL), степень влияния на психоэмоциональное состояние личности, а также выбрать наиболее оптимальные пути коррекции этой зависимости.

Ключевые слова: курение, табачная зависимость, психические и поведенческие расстройства, копинг-стратегии, качество жизни, молодой возраст

Modern problems of health care in Ukraine are complex, which makes it necessary to update its policy development and implementation of new policies and programs, including preventive and psychotherapy. One of the most pressing medical and social problems are smoking, which is associated with increased mortality and reduce deficiency of smokers in the most active age, especially females. In this regard, we conducted work on the study of risk factors for psychological maladjustment and identifying key markers of "psychological vulnerability" personality that is the foundation for the development of various mental problems and people with tobacco dependence. In addition, the study of quality of life allows to evaluate the development of psychological dependence and identified by system indicator (QoL), the degree of influence on psychoemotional state of the individual, and choose the most appropriate ways of correction this relationship.

Keywords: smoking, tobacco dependence, mental and behavioral disorders, coping strategies, quality of life, young age

Клініко-психологічний профіль поведінки студентської молоді із тютюновою залежністю

Хронічна стресова ситуація, внаслідок збільшення навчального навантаження та компенсацію проявів психоемоційного напруження тютюнопалінням, що відбувається на тлі дезадаптації, значною мірою впливає на фізичний та психічний стан здоров'я студентської молоді жіночої та чоловічої статі.

У зв'язку з цим актуальними є вивчення чинників ризику психічної дезадаптації та визначення основних характеристик і діагностичних маркерів «психологічної уразливості» особистості, що є підґрунтям для розвитку різних психічних і психосоматичних декомпенсацій у тютюнозалежних осіб. Відомо, що потенціал подолання стресогенних подій відбувається у виборі успішних або неуспішних адаптивних стратегій поведінки, а рівень реалізації адаптаційних механізмів має вирішальне значення, як для фізіологічного функціонування людини, так і для збереження його сталого психічного стану. Тому детального розгляду вимагає проблема виявлення дезадаптуючого стилю, що вводить особистість в «групу

ризик», а у хворих — спричиняє стан декомпенсації, або резистентності до лікування, що в більшості випадків має несприятливий прогноз і наслідки.

Актуальність такого дослідження обумовлена тим, що тривале тютюнопаління формує фізіологічну залежність до нікотину і, безсумнівно, накладає відбиток на стиль поведінки та рівень адаптації студентів в бік зниження і збідніння варіантів копінг-стратегій. Внаслідок цього погіршується комунікація, знижується якість міжособистісної кооперації (комплаєнсу) студентів, що, в свою чергу, обтяжує вже наявну симптоматику тютюнової залежності.

У виконаній роботі зроблено спробу дослідити стратегію захисної поведінки особистості молодих жінок та чоловіків із тютюновою залежністю, що неодноразово намагались покласти край шкідливій звичці.

Аналіз анкетування респондентів за стандартною шкалою оцінки копінг-реакцій (за розробленою нами уніфікованою картою учасника дослідження) вказав на зміну дезадаптивної поведінки тютюнозалежних студентів-медиків в процесі навчання. Встановлено різні способи реагування респондентів на стресові ситуації і відповідно — реалізації стратегій поведінки. Зокрема, у молодих жінок, порівняно із відповідною групою чоловіків, достовірно

меншим є проблемно-орієнтовний (ПОК) ($41,8 \pm 1,9$ бали проти $50,5 \pm 1,9$ бали, $p < 0,05$) і емоційно-орієнтовний копінг (ЕОК) ($44,2 \pm 1,7$ бали проти $35,0 \pm 1,4$ бали, $p < 0,05$) (рис. 1). У генеральній вибірці студентів I—VI курсів навчання у медичному виші виявлено відмінність ступеня реалізації адаптивної поведінки. Так, на I курсі навчання у молодих чоловіків головним чином реалізувався низький рівень ПОК (у 84,3 % чоловіків), а на кінець навчання у третини осіб встановлено трансформацію до середнього рівня (низький рівень у 62,5 %, середній 37,5 %). Разом з тим, у переважній більшості жінок (86,8 %) реєстрували низький рівень ПОК протягом шести курсів навчання.

На психоемоційному рівні ПОК реалізувався свідомим намаганням осіб подолати стресові ситуації шляхом їх уникнення, завдяки поглибленому аналізу проблеми, в тому числі пошуку можливостей та рішень для відмови від тютюнопаління, плану щодо реалізації і досягнення бажаного результату. В порівняльному аспекті молоді жінки меншою мірою, ніж чоловіки, реалізували ПОК-стратегію, логічно оцінювали власний психологічний стан і проводили переоцінювання колишніх спроб покласти край тютюнопалінню, а також оптимістично ставились до них та стратегій зниження психічної напруженості шляхом використання методів психічної саморегуляції (аутотренінг, десенсибілізація, когнітивна реструктуризація та ін.), що сприяло нормалізації механізмів особистісної психічної регуляції та поведінки. Однією з основних стратегій ПОК був пошук необхідної інформації, який визначав прогнозування виникнення рецидивів тютюнопаління.

У молодих жінок із тютюною залежністю (ТЗ) емоційно-орієнтовний копінг регресував до низького рівня. Майже у половини чоловіків із ТЗ ЕОК проявлявся на середньому рівні. Якщо на I курсі навчання середній рівень ЕОК домінував у 73,7 %, то на VI курсі — лише у 19,0 % студентів. У загальній вибірці респондентів статистично значуще зменшення рівня ЕОК у молодих жінок із ТЗ встановлено впродовж усього терміну спостереження. У респондентів із ЕОК-стратегією характерними детермінантами психічної сфери характеру були цілеспрямований поведінковий алгоритм, націлений на емоційний складник, залучення когнітивних і поведінкових зусиль для зниження емоційного дискомфорту, формування відчуття внутрішнього узгодження щодо емоційної рівноваги в напружених і стресогенних ситуаціях, в тому числі превентивна саморегуляція.

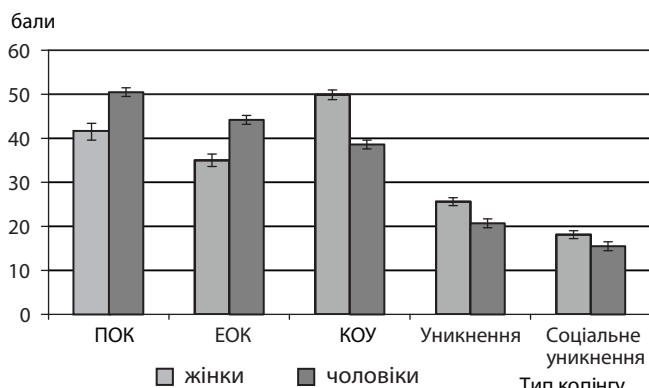


Рис. 1. Показники рівня копінг-стратегій у студентів-медиків із тютюнопалінням та тютюною залежністю ($M \pm m$), бали

Примітка: * — різниця між показниками досліджуваних груп чоловіків і жінок достовірна ($p < 0,05$)

Копінг, орієнтований на уникнення, більшою мірою реалізувався у молодих жінок із прогресуючою тенденцією до високого рівня реалізації набутої копінг-поведінки. У них з самого початку навчального процесу реєстрували високий рівень реалізації КОУ та його наступне домінування (високий рівень спостерігали у 58,0 % на I курсі і 80,1 % жінок на VI році навчання) (рис. 2). Статистично значуще збільшення рівня КОУ-стратегії у молодих жінок із тютюною залежністю відзначали впродовж усього періоду навчального процесу ($38,6 \pm 2,1$ бали проти $49,9 \pm 1,1$ бали, $p < 0,05$). Водночас у опитаних чоловіків I курсу навчання домінував низький рівень КОУ (50,0 % — низький і 28,1 % — середній), а на VI курсі відзначено часткове збільшення рівня до середнього і високого (у 37,5 % чоловіків відповідно).

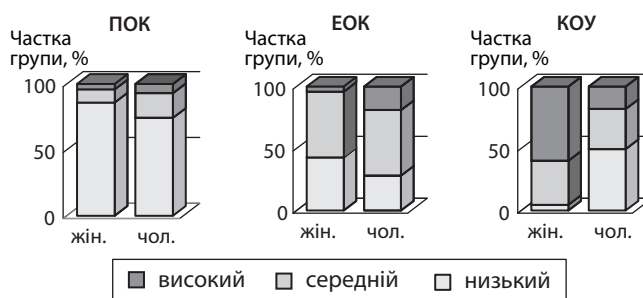


Рис. 2. Ступінь реалізації копінг-стратегій у студентів-медиків із тютюною залежністю

На противагу ПОК- і ЕОК-стратегій, тобто реалізації поведінкових алгоритмів шляхом активних спроб вирішення комплексної фізичної проблеми тютюною залежності, КОУ-стратегія, що спрямована на відсторонення та уникнення проблемної ситуації, є пасивною копінг-стратегією. Перші дві поведінкові стратегії залежать від психологічного здоров'я особистості і визначають успішну адаптацію до стресу, в той час як копінг шляхом уникнення є чинником ризику важкої тютюною залежності, психоемоційних розладів, а особи із КОУ-стратегією є схильними до інших психічних залежностей (алкоголізму і вживання наркотиків).

КОУ-стратегію застосовували як в практичній формі (реальна поведінка), так і шляхом внутрішнього відчуження, відсторонення себе від ситуації або придушення думок про неї. Незалежно від алгоритму реалізації обраної поведінки, на психічному рівні вона реалізувалась як захисний механізм особистості від впливу негативних емоцій, боротьба з емоційними розладами, до яких призвели стресогенні події.

Респонденти, у яких були відзначені прояви КОУ-стратегії, демонстрували схильність фізично чи уявно покидати місце стресової події. Разом з тим, уникнення було не завжди орієнтованим на реальні обставини, воно перешкоджало подоланню стресу і негативно впливало на почуття самоповаги і самоефективність, що сприяло розвитку додаткового дистресу.

Відомо, що індивід із тютюною залежністю може реагувати в стресовій ситуації як довільно, так і мимовільно. Останні реакції — це такі, як обумовлені індивідуальними відмінностями в темпераменті, а також набутими в результаті навчання через повторення, і більше не вимагають свідомого контролю. На противагу цьому цілеспрямована поведінка на усунення або уникнення

загрози (боротьби із тютюною залежністю, стресогенних ситуацій, що провокують тютюнопаління), призначена для зміни стресового зв'язку з фізичним або соціальним середовищем і розглядається як активна копінг-поведінка особистості.

Поведінкові прояви пасивних копінг-стратегій знайшли своє відображення в показниках субшкал «відволікання» та «соціальне відволікання» (рис. 3).

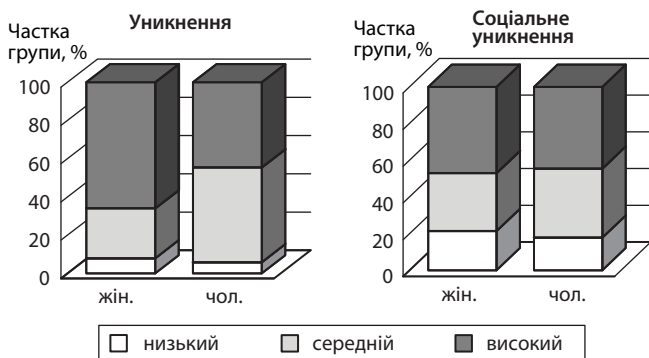


Рис. 3. Результати оцінки субшкал «Уникнення» і «Соціальне уникнення» у студентів-медиків із тютюною залежністю

Респонденти із високим рівнем копінг-стратегії, спрямованої на «відволікання», у важких ситуаціях воліли уникати вирішення критичних ситуацій, не вирішуючи саму проблему. При цьому уникнення у формі «відволікання» з більшою частотою спостерігалось у молодих жінок: на I курсі високий рівень досліджуваного показника реєстрували у 60,7 % респондентів-жінок проти 39,4 % у контрольній групі чоловіків, а на VI курсі — у 81,0 % проти 43,8 % (в загальній вибірці — $25,6 \pm 0,9$ бали у жінок проти $20,7 \pm 1,5$ бали у чоловіків, $p < 0,05$). Із прогресуванням тютюнової залежності у активних жінок-курців у психічному профілі поведінки проявлялась стратегія уникнення та відволікання акцентуації уваги від стресогенних чинників (локус контролю), що зменшувала адаптивність молодих жінок (за шкалою Холмса — Раге високий ступінь адаптивності відзначено у 67,7 % жінок проти 75,2 % чоловіків). Ця копінг-стратегія характеризувалась тим, що студенти із тютюною залежністю уникали вирішення проблеми, надаючи першочергового значення іншим справам, тобто, відволікаючись на щось інше. Ця стратегія також неефективна, тому що досліджувані уникали досягнення мети шляхом реалізації позитивної стратегії щодо відмови від тютюнової залежності.

Копінг-стратегія, яка була націлена на «соціальне відволікання», домінувала у жінок-курців із прогресуванням тютюнової залежності: на I курсі високий рівень досліджуваного показника реєстрували у 29,0 % респонденток проти 50,0 % у чоловіків контрольної групи, а на VI курсі — у 76,3 % проти 43,8 % (в загальній вибірці $18,1 \pm 0,9$ бали у жінок проти $15,5 \pm 0,8$ бали у чоловіків, $p < 0,05$). Стратегія «соціального відволікання» реалізувалась шляхом збільшення комунікативності між однолітками, а також кількістю тимчасових соціальних контактів з метою уникнення стресових ситуацій. Поверхнева соціальна активність підґрунтям мала психічно закріплену стратегію уникнення, спрямовану не на пошук шляхів відмови від тютюнопаління, а на встановлення і підтримання соціальних зв'язків і відносин з іншими тютюнозалежними.

Узагальнюючи результати дослідження копінг-стратегій, що домінують у курців, ми дійшли висновку, що у молодих жінок із тютюною залежністю переважали поведінкові стратегії пасивного психічного профілю, і в першу чергу — різні форми уникнення та відволікання, в той час як у студентів-чоловіків домінували проблемно-орієнтовна та емоційно-орієнтовна копінг-стратегії, що були спрямовані на вирішення поставленої задачі подолання тютюнопаління. Тютюнозалежні молоді жінки, порівняно з чоловіками без згубної залежності, були істотно агресивнішими, менш альтруїстичними та адаптивними в емоційній і поведінковій сферах. Курці, що обирали неадаптивні поведінкові копінг-стратегії, були тривожнішими й алекситимічними. Ризик розвитку важкої тютюнової залежності та рецидиву в осіб, що реалізували неадаптивні копінг-стратегії поведінки, суттєво збільшувався.

За уявленнями дослідників, копінг-поведінка є цілеспрямованою, мотивованою дією і більшою мірою детермінована чинниками зовнішнього культурно-соціального середовища. Копінг-поведінка передбачає, що особистість здійснює зусилля і використовує певні дії з метою задоволення потреби або зменшення загрози дії стресового чинника. Отже, активні копінг-стратегії є більш керованими, у зв'язку із тим, що для них типовим є свідомий характер когнітивних та поведінкових дій і зусиль особистості. Вибір копінг-поведінки є контекстно специфічним, відповідаючи типу стресогенної ситуації. Значущі чинники міжособистісного стресу, емоційного дистресу, копінг-стилю, а також недостатні копінг-ресурси, що сприяли ініціації тютюнопаління у студентів-медиків, були мішенями комплексної профілактики рецидиву тютюнопаління, що базувалися не лише на боротьбі із основною залежністю, але і на усвідомленні психопатологічних основ особистісної поведінки та її корекції. За такого алгоритму психокоригувальної роботи механізми оволодіння психоемоційним рівнем дозволяли курцям досягати значного контролю над стресовими подіями, в той час як спрямованість на уникнення призводила до зниження контролю над психічним станом. Отже, акцентуація уваги на проблемі тютюнопаління та створенні відповідного локусу контролю є ефективнішим засобом оволодіння емоційним станом і підвищення стресостійкості та адаптивності курців. Виходячи з цього, нами зроблено висновок про те, що молоді жінки, стаючи активними курцями, потребують додаткової психотерапевтичної допомоги в боротьбі зі стресом.

Також треба підкреслити, що загальні ресурси адаптивності та стресостійкості підтримують рівень внутрішньої узгодженості, а копінг-ресурси — дозволяють самостійно вирішувати проблемні стани і ситуації. Респондент із вираженим почуттям внутрішньої узгодженості, упевнений в тому, що він розуміє проблему і розглядає її як кинутий йому виклик, обирає найбільш потенційно вигідну копінг-стратегію. Таким чином, в реалізації психологічної адаптивності та стресостійкості важливе місце займає здатність і готовність особистості до адекватного оцінення проблемних (стресових) ситуацій та конструктивного реагування на них, що автори узагальнюють як копінг-компетентність. Дослідники сприймають її як синонім стресостійкості або специфічної характеристики, що відображає вміння особистості точно оцінювати проблемну ситуацію і вибирати адекватний спосіб поведінки. В цьому контексті пасивна копінг-поведінка, що домінує у молодих жінок із тютюною залежністю,

на психічному рівні є захисним механізмом, що спрямований на зниження емоційного збудження раніше, ніж зміниться ситуація. Якщо копінг-поведінка обирається усвідомлено і змінюється в залежності від контексту, то механізми психологічного захисту є неусвідомлюваними і, в разі їх закріплення, стають дезадаптивними. Таким чином, зміна інтерпретації ситуації, яка піддається контролю, може спричинити за собою зміну копінг-поведінки і, як наслідок, психоемоційного рівня особистості, що міцно пов'язаний із фізичним станом тютюнозалежних, тобто погіршення якості життя.

Результати досліджень гендерних особливостей якості життя студентів-медиків із тютюнопалінням і тютюновою залежністю в навчанні

Протягом останніх двох десятиліть відзначається стійка тенденція до погіршення соціальних і гігієнічних умов життя, що є однією з провідних причин несприятливих змін, що відбуваються у стані фізичного і психічного здоров'я населення, особливо молоді. В сучасній медицині все ширше використовується критерій якості життя (Quality of Life, QoL), який дозволяє об'єктивно оцінити сторону функціонування особистості в різних умовах. Головними його складниками є об'єктивні показники стану здоров'я та суб'єктивна оцінка особистістю ступеня задоволення своїх фізіологічних, матеріальних і духовних потреб. Їх використовують як критерій оцінки ефективності лікування різних категорій населення.

Для студентської молоді необхідною умовою успішного навчання, особливо для студентів-медиків, є стан психічного та фізичного здоров'я. Великі розумове і психоемоційне навантаження, вимушені порушення режиму праці, відпочинку та харчування, криза моральних цінностей, невпевненість у своєму майбутньому, зміни місця проживання і багато інших чинників вимагають від них мобілізації сил для адаптації до нових умов проживання та навчання, формування міжособистісних відносин поза сім'єю та подолання складних життєвих ситуацій, які певна група осіб намагається компенсувати шляхом тютюнопаління.

Оцінка якості життя тютюнозалежних дозволяє в принципово іншому ракурсі оцінити розвиток психологічної залежності і визначити, яким чином системний показник (QoL) відображає вплив тютюнопаління на психоемоційний стан особистості, й вибрати найоптимальніші шляхи корекції цієї залежності.

Деякі автори висловлюють думку, що якість життя має негативний зв'язок із тривалістю тютюнопаління. У доступній нам літературі ми не знайшли робіт, присвячених вивченню впливу тютюнопаління на параметри якості життя із урахуванням гендерної різниці курців, що і визначило актуальність проведення відповідного дослідження.

Важливим складником показника якості життя студента-медика є його психологічний стан. Висока частота тривожно-депресивних розладів обумовлює нижчі значення показників QoL й зумовлює необхідність покласти край курінню та проводити фармако- і психотерапію його та рецидивів шкідливої звички.

Як вище було показано в нашій роботі, основними психопатологічними чинниками, що обумовлюють формування психологічної залежності від нікотину і, відповідно, впливають на більшість показників шкали якості життя, є не лише психологічні (депресія, тривога), але і соціально-демографічні показники (академічна успішність, сімейний стан, соціальна реалізація). Встановлено,

що спосіб життя студентів характеризувався малорухомістю (лише 19,3 % молодих жінок і 25,6 % чоловіків регулярно займалися фізкультурою і спортом, решта задовольнялися заняттями спортом на уроках фізкультури); недотриманням режиму харчування (тільки 21,4 % опитаних жінок і 23,9 % чоловіків дотримувалися режиму харчування); близько чверті респондентів вживали спиртні напої. Практично половина респондентів (48,9 % жінок і 55,5 % чоловіків) оцінили свій психосоматичний стан в умовах навчання нормальним, практично третина (35,5 % жінок і 35,0 % чоловіків) відзначили розлади психічного та фізичного здоров'я, а академічний темп навчання вважали несприятливим, відзначили високий ступінь стомлюваності в періоди навчання і сесії, тільки чверть студентів зверталася за медичною допомогою у разі захворювання і лише за умов розвитку тяжких захворювань.

Під час суб'єктивного оцінювання стану власного здоров'я близько половини опитаних студентів були ним незадоволені. Рівень самопочуття щодо попереднього року був нижчим в перші роки навчання, а в загальній вибірці респондентів для молодих жінок характерний низький рівень самоставлення щодо власної успішності навчання. Водночас рівень самопочуття достовірно відрізнявся між групами курців-чоловіків та жінок без залежності ($46,5 \pm 7,2$ проти $66,7 \pm 4,6$ бали, $p < 0,05$).

Отримані результати показників шкали якості життя дозволили проаналізувати зміни стану здоров'я респондентів на фізичному та психічному рівнях. Усі шкали опитувальника формують два інтегральних показники: «фізичний компонент здоров'я» (Physical health — PH1) і «психологічний компонент здоров'я» (Psychological health — PH2). «Фізичний компонент здоров'я» складають такі шкали: фізичне функціонування (RP); рольове функціонування (PF), обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю (BP) і загальний стан здоров'я (GH). «Психологічний компонент здоров'я» складається з таких шкал: психічне здоров'я (MH); рольове функціонування (RE), обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування (SF) і життєва активність (VT). При цьому показники кожної шкали можуть варіювати від 0 до 100 балів (вище значення вказує на вищий рівень якості життя, свідчить про переважання позитивних тверджень, сприятливе оцінення свого здоров'я).

Під час аналізу отриманих нами даних виявлено, що якість життя активних курців виявилася нижчою за всіма шкалами опитувальника QoL, ніж у студентів без тютюнової залежності. Разом з тим, відзначена стала тенденція до зниження показників якості життя у молодих жінок із тютюновою залежністю, порівняно з відповідними значеннями у курців-чоловіків.

Рівень фізичної активності і працездатності (RP) у молодих жінок із тютюновою залежністю відрізнявся, порівняно із групою жінок, які не курять, впродовж більшого періоду навчання в медичному виші. Статистично значиме зменшення показника RP у жінок із ТЗ встановлено з I по V курс ($59,0 \pm 4,5$ проти $75,7 \pm 2,9$ бали, $p < 0,05$), а у чоловіків із ТЗ ці зміни спостерігались лише в окремі періоди навчання ($53,0 \pm 4,3$ проти $70,1 \pm 3,5$ бали, $p < 0,05$) (рис. 4).

Протягом навчання у медичному виші в усіх молодих жінок із ТЗ встановлено низький рівень рольового функціонування ($58,2 \pm 5,1$ проти $73,5 \pm 5,2$ бали, $p < 0,05$), фізичного болю ($53,2 \pm 5,5$ проти $69,3 \pm 4,0$ бали, $p < 0,05$), часто спостерігалось зниження показника загального стану здоров'я ($58,7 \pm 4,7$ проти $70,0 \pm 3,9$ бали, $p < 0,05$).

В опитаних респондентів-чоловіків із ТЗ також встановлено зменшення відповідних показників, проте без статистично значущої різниці стосовно курців-жінок.

В емоційній сфері спостерігалось різке зменшення рівня психічного здоров'я ($60,9 \pm 4,6$ проти $73,3 \pm 4,0$ бали, $p < 0,05$) у респондентів — студентів перших двох курсів навчання; рівня соціальної активності у респондентів 1—2 та 4 років навчання ($52,4 \pm 5,3$ проти $72,3 \pm 4,0$ бали, $p < 0,05$) та тенденція до регресу рівня життєздатності і рольового функціонування (див. рис. 4). Разом із тим у жінок встановлено достовірно вищий рівень психічного здоров'я ($73,2 \pm 4,4$ бали проти $55,1 \pm 5,1$ у чоловіків, $p < 0,05$), порівняно із чоловіками на 4—5 році навчання у виші, і тенденцію до збільшення показника RE ($63,1 \pm 3,5$ бали проти $47,9 \pm 4,8$, $p < 0,05$).

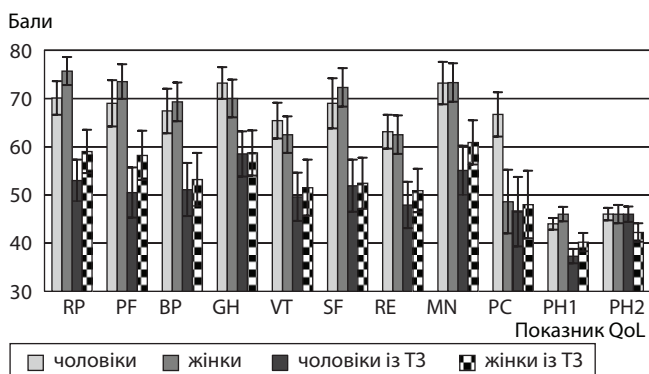


Рис. 4. Вплив тютюнопаління на показники якості життя студентської молоді (середній бал, $M \pm m$)

Примітка: RP — Role Physical; PF — Physical Functioning; BP — Bodily Pain; GH — General Health; VT — Vitality; SF — Social Functioning; RE — Role Emotional; MN — Mental Health; PC — рівень самопочуття

Відповідно до застосованої методики оцінки якості життя, шкали RP і PF вказують на життєву енергію та працездатність на противагу втомі, шкала MN є суб'єктивною оцінкою рівня тривожно-депресивного стану та характеризує емоційний і поведінковий контроль особистості. Зниження показника за шкалою SF об'єктивно відображає ступінь обмежень у соціальному житті і розвиток дезадаптивних станів, шкала RE дозволяє пов'язати розлади емоційного стану із низьким рівнем повсякденної діяльності. В сукупності усі шкали формують фізичний та психологічний компоненти якості життя.

Отримані величини інтегральних показників свідчили про значні розходження в суб'єктивному оціненні якості життя молодих курців — респондентів досліджуваних груп, при цьому були отримані неоднозначні дані щодо впливу тютюнопаління на якість життя молодих жінок та чоловіків. У групі жінок-курців відзначено тенденцію до збільшення рівня фізичного компонента здоров'я (PH1), що уособлює працездатність та фізичну активність, а у чоловіків — психологічного компонента (PH2), який визначав підвищений психоемоційний стан особистості та їхню соціальну активність.

Основними об'єктивними чинниками, що впливали на більшість показників шкал якості життя, крім функціональних порушень, були психопатологічні (депресія, тривога) і соціально-демографічні показники (сімейний стан, показники фізичного здоров'я, рівень академічної успішності), в той час як рівень захворюваності в цьому процесі відігравав другорядну роль. Серед суб'єктивних

показників, що впливали на самооцінку якості життя студентів-курців, велике значення мали матеріальний стан, психічне здоров'я, рівень оптимізму і задоволеність власним соціальним станом. Зниження значень показника якості життя спостерігалось у респондентів із високим рівнем тривоги і депресії, що в свою чергу спричиняло розвиток соціальної і психологічної дезадаптації.

Таким чином, зниження фізичної активності, рольового функціонування і психічного здоров'я є прогностичними показниками прогресування психічних і поведінкових розладів у молодих жінок із тютюновою залежністю.

Використана в нашій роботі методика оцінки якості життя (QoL) дозволила нам точніше оцінити психічні зміни особистості молодих жінок із тютюновою залежністю та ефективність лікування з урахуванням гендерних особливостей, їхнього психосоціального статусу. Це допомогло нам оптимізувати тактику комплексної психотерапії щодо підвищення адаптивності і якості життя студентів-курців, психосоматичного стану молодих жінок в період відмови від тютюнопаління, зміцнення психоемоційної сфери та підвищення їхньої соціальної активності.

Список літератури

1. Алпатова Н. С. Проблема табакокурения в профессиональной группе медицинских работников / Н. С. Алпатова // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2006. — № 3. — С. 8—9.
2. Вартачан Ф. Е. Курение и здоровье населения / Ф. Е. Вартачан, С. В. Рожецкая // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. — № 3. — С. 32—34.
3. Левшин В. Ф. Курение среди медицинских работников / В. Ф. Левшин, Н. В. Шутикова // Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — № 6 (13). — С. 87—90.
4. Польша Н. С. Поширеність тютюнопаління серед підлітків України / Н. С. Польша, Н. Я. Яцковська, С. В. Гозак // Довкілля та здоров'я. — 2008. — № 1. — С. 69—73.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара : «Бахрах-М», 2004. — 672 с.
6. Рыткис И. С. К вопросу об эмоциональных нарушениях на начальных этапах формирования табачной зависимости у студентов / И. С. Рыткис, С. И. Табачников, А. Ю. Васильева // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 2 (29). — С. 30—34.
7. Сахарова Г. М. Вредное воздействие табакокурения на здоровье и подходы к лечению табачной зависимости / Г. М. Сахарова, Н. С. Антонов // Справочник поликлинического врача. — 2008. — № 14/15. — С. 14—18.
8. Табачников С. И. Стратегии совладающего поведения у студентов на инициальном этапе формирования табачной зависимости / С. И. Табачников, И. С. Рыткис // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященной 10-летию кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского ун-та «Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход)», 14—15 мая 2013 г. — Курск, 2013. — С. 215—222.
9. Теперик Р. Ф. Психологические механизмы функционирования и трансформации курения : дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Р. Ф. Теперик. — М., 1997. — 140 с.

Надійшла до редакції 10.12.2014 р.

ВОРОНИНА Олександра Володимирівна, аспірант з відривом від виробництва відділу соціальної та клінічної наркології Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ; e-mail: gurkovaav@mail.ru

ВОРОНИНА Oleksandra, Postgraduate Student of the Department of social and clinical narcology of the Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Drug Abuse of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: gurkovaav@mail.ru