

М. В. Маркова, К. А. Косенко

СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ПРИ РІЗНИХ МОДЕЛЯХ РОДИННОЇ ВЗАЄМОДІЇ

М. В. Маркова, К. А. Косенко

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

М. V. Markova, K. A. Kosenko

SOCIAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT MODELS OF FAMILY INTERACTION

На основі аналізу соціального функціонування та якості життя 150 жінок, хворих на параноїдну шизофренію, встановлені деякі особливості в залежності від моделі родинної взаємодії обстежених. Виявлено, що модель родинної взаємодії, де жінки мають здорового чоловіка та дітей, більш схильна підтримувати у жінок вищий рівень адаптованості щодо виконання обов'язків соціального та родинного функціонування. Найгіршим варіантом моделі родинної взаємодії є ситуація, коли дорослі жінки проживають із власними батьками. Найвища якість життя діагностовано у пацієнок, які мають здорового чоловіка та дітей (середній бал — 7,2); на другому місці за якістю життя — хворі, що проживають з психічно здоровим чоловіком (середній бал — 6,0); на третьому місці за рівнем якості життя опинились жінки, що проживають з дорослими дітьми (середній бал — 4,1); на останньому місці — хворі, які проживають у батьківській родині, не маючи власної (середній бал — 3,1). Найбільший вагомий та впливовий зв'язок між шкалами якості життя у всіх групах встановлено між психологічним / емоційним благополуччям та міжособистісною взаємодією ($r = 0,95$), самообслуговуванням та незалежністю у діях ($r = 0,96$) та соціоемоційною підтримкою ($r = 0,94$). Встановлено, що на першій план психотерапевтичної допомоги жінкам з параноїдною шизофренією виходять проблеми відчуття психологічної або емоційної самотності у родині. Самотність створює причинно-наслідкове коло порушень родинного функціонування, а саме: самотність — обмеження спілкування у родині — порушення родинної комунікації — дезадаптованість жінки — фрустраційна реакція — неможливість вирішення проблем — замкнутість — самотність. Отримані дані покладені в основу розроблення системи психотерапевтичних заходів, спрямованої на відновлення функціонування хворої у родині в комплексному лікувально-реабілітаційному процесі, з урахуванням моделі сімейної взаємодії.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, жінки, модель родинної взаємодії, соціальне функціонування, якість життя

На основе анализа социального функционирования и качества жизни 150 женщин, больных параноидной шизофренией, установлены некоторые особенности в зависимости от модели семейного взаимодействия обследованных. Выявлено, что модель семейного взаимодействия, при которой женщины имеют здорового мужа и детей, имеет наиболее благоприятное влияние на уровень адаптированности к выполнению обязанностей социального и семейного функционирования у женщин. Наименее благоприятным вариантом модели семейного взаимодействия является ситуация, когда пациентки проживают с собственными родителями. Наиболее высокий уровень качества жизни также продемонстрировали пациентки, имеющие здорового мужа и детей (средний балл — 7,2); на втором месте по качеству жизни — больные, проживающие с мужем (ср. балл — 6,0); на третьем месте по уровню качества жизни оказались женщины, проживающие со взрослыми детьми (ср. балл — 4,1); на последнем месте — больные, проживающие в родительской семье, не имеющие собственной (ср. балл — 3,1). Во всех группах женщин выявлена взаимосвязь между психологическим / эмоциональным благополучием и межличностным взаимодействием ($r = 0,95$), самообслуживанием и независимостью в действиях ($r = 0,96$) и социоэмоциональной поддержкой ($r = 0,94$). Установлено, что на первый план психотерапевтической помощи женщинам с параноидной шизофренией выходят проблемы чувства психологического или эмоционального одиночества в семье. Одиночество создает причинно-следственный круг нарушений семейного функционирования, а именно: одиночество — ограничение общения в семье — нарушение семейной коммуникации — дезадаптированность женщины — фрустрационная реакция — невозможность решения проблем — замкнутость — одиночество. Полученные данные легли в основу разработки системы психотерапевтических мероприятий, направленных на восстановление функционирования больной в семье, в комплексном лечебно-реабилитационном процессе, с учетом модели семейного взаимодействия.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, женщины, модель семейного взаимодействия, социальное функционирование, качество жизни

Based on the analysis of social functioning and quality of life of 150 women suffering from paranoid schizophrenia, set some features depending on the model of family interaction. Revealed that the model of family interaction in which women have a healthy husband and children, has the most favorable effect on the level of adaptation to fulfill the duties of social and family functioning in women. The least favorable option models of family interaction is a situation where the patient live with their own parents. The highest level of quality of life also showed patients with a healthy husband and children (middle score — 7.2); the second highest quality of life — the sick, living with her husband (the middle score — 6.0); in third place in terms of quality of life were women living with older children (middle score — 4.1); last — patients living in the parental home, not having their own (middle score — 3.1). In all groups of women revealed the relationship between the psychological/emotional well-being and interpersonal interaction ($r = 0.95$), self and independence in the actions ($r = 0.96$) and socio-emotional support ($r = 0.94$). Found that in the forefront of psychotherapeutic care for women with paranoid schizophrenia are problems of a psychological or emotional feelings of loneliness in the family. Loneliness creates causal violations circle of family functioning, namely, loneliness — the restriction of communication in the family — a violation of family communication — women's disadaptation — reaction to frustration — the inability to solve problems — isolation — loneliness. The resulting data formed the basis for the development of psychotherapeutic interventions aimed at restoring the functioning of the patient in the seventeenth in the complex treatment and rehabilitation process, taking into account the model of family interaction.

Keywords: paranoid schizophrenia, women, model of family interaction, social functioning, quality of life

В останні роки науково й клінічне поле психіатрії все більше уваги приділяє вивченню ролі сім'ї як провідного чинника підтримки фізичного та психічного здоров'я індивіда, профілактики виникнення та лікування психічних захворювань («системний сімейний підхід»). Визнається, що рішення більшості клінічних проблем неминуче зачіпає сімейний контекст. Саме родина, а не працівники системи охорони здоров'я, забезпечують щоденну турботу про потреби психічнохворого і необхідний для одужання режим. Тому сім'я, поряд з самим пацієнтом і лікарем/психологом, розглядається як один з активних учасників терапевтичного процесу [1—9].

Між тим, для успішного використання сімейного реабілітаційного ресурсу необхідні дослідження, спрямовані на визначення специфічних властивостей внутрішньосімейного функціонування в сім'ях психічнохворих з різними моделями родинної взаємодії, для розроблення в подальшому тактики їх психосоціальної реабілітації з акцентом на виявлені особливості ресурсних можливостей сім'ї.

Виходячи з вищенаведеного, нами здійснене дослідження, метою якого був порівняльний аналіз соціального функціонування (СФ) і якості життя (ЯЖ) жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), в залежності від моделі родинної взаємодії.

Основу роботи склали результати клініко-психопатологічного й психодіагностичного дослідження 150 жінок, хворих на ПШ, яке було проведено протягом 2010—2013 рр. на базі Одеського обласного психоневрологічного диспансеру. Обстежені хворі були поділені на групи в залежності від моделі родинної взаємодії: основна група 1 (ОГ1) — 35 жінок з ПШ, які мають здорового чоловіка; основна група 2 (ОГ2) — 40 жінок, які страждають на ПШ, мають здорового чоловіка та дітей; основна група 3 (ОГ3) — 35 жінок, які страждають на ПШ, проживають із власними батьками (власної родини та дітей не мають); основна група 4 (ОГ4) — 40 жінок з ПШ, які проживають із дорослими дітьми.

Поглиблене вивчення СФ проводилося за допомогою Психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale), яка рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я для вивчення станів дисфункції, що призводять до зниження здатності у тій або іншій сфері функціонування у хворих, які страждають на психічний розлад. Ця шкала оцінює ступінь загальної поведінкової дисфункції (самообслуговування, інтереси та зайнятість, діяльність в сім'ї та дома, спілкування та ізоляція), виконання індивідуальних соціальних ролей (участь в сімейних справах, сімейна роль, шлюбна роль, статевая роль, роль батька, соціальні контакти, професійна роль, зацікавленість та інформованість, поведінка у нестандартних складних ситуаціях), внутрішньолікарняне функціонування (поведінка в палаті, думка медсестер та родичів, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім світом) та рівень дисфункції модифікуючих чинників [10]. Враховуючи необхідність в подальшому побудови адекватних потребам та можливостям сприйняття пацієнтами психотерапевтичних тренінгів, нами не враховувалися крайні ступені дисфункції. Такий підхід надав можливість згрупувати однорідну вибірку хворих з подібними проблемами без «крайніх», таких, що потребують спеціальних заходів, станів, а саме: 1. пацієнти, які не потребують допомоги — стан дуже легкої дисфункції;

2. хворі, складність вирішення яких потребувало розробку створення певних умов для хворих (стан дуже вираженої дисфункції).

ЯЖ оцінювали за допомогою опитувальника якості життя, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruirperez, Liu & Yoon (1999), який містить 10 шкал: фізичне благополуччя (енергійність, відсутність болю та фізичних проблем), психологічне/емоційне благополуччя (гарне самопочуття, згода з самим собою), самообслуговування та незалежність у діях (виконання повсякденних життєвих завдань, прийняття власних рішень), працездатність (можливість виконувати робочі, учбові та домашні обов'язки), міжособистісна взаємодія (можливість встановлювати та підтримувати гарні стосунки в сім'ї, з друзями та колективі), соціоемоційна підтримка (наявність людей, яким досліджувані довіряє і які можуть надати йому допомогу та емоційну підтримку), суспільна службова підтримка (приятелі та безпечні сусіди, доступ до фінансових, інформаційних та ін. ресурсів), самореалізація (відчуття власної рівноваги, гармонійності та гідності, отримання задоволення від сексу, мистецтва та ін.), духовна реалізація (віра, релігійність), загальна оцінка якості життя (ступінь задоволеності життям в цілому) [цит. за 11].

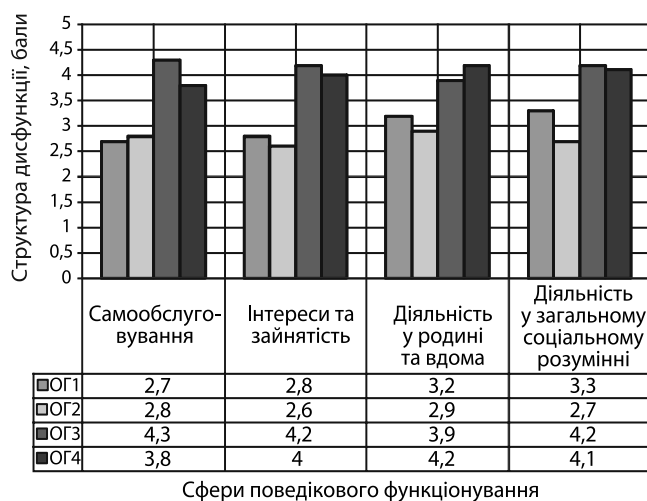
В цілому за результатами дослідження у жінок встановлені значущі розбіжності показників СФ та ЯЖ, як за частотою, так і за ступенем вираженості (табл. 1).

З наведених у табл. 1 даних виявлено, що в усіх групах хворих на ПШ жінок в цілому за усіма оціненими показниками переважали очевидна та серйозна дисфункція з рівнем достовірності між ними $p < 0,05$. Виявлено динамічно зростаючий розподіл поведінкової дисфункції, що вказує на системні порушення не лише родинного, а й загального функціонування хворих жінок у суспільстві. Встановлено, що в цілому незалежно від моделі родинної взаємодії, жінки мають схожі проблеми у самообслуговуванні, трудовій діяльності, діяльності у родині та вдома, а також діяльності у загальносоціальному розумінні. Проте, у подальшому (оцінка виконання соціальних ролей, другий розділ DAS) виявлено, що жінки, в залежності від родинної моделі функціонування, мають істотні відмінності їх виконання. Така ситуація, на наш погляд, не є несподіваною, тому що перший розділ методики «Оцінка поведінкової дисфункції» є більш загальним та оцінює власно загальну поведінкову динаміку порушень функціонування в основних чотирьох сферах. У свою чергу, другий розділ методики більш спрямований на виявлення проблем у тій чи іншій соціальній ролі та надає детальнішу характеристику, які саме навички жінка у даній соціальній ролі втратила (або порушені). Висунуте припущення підтверджується результатами дослідження рівня поведінкової дисфункції (рисунки).

Середній індекс (бал) рівня дисфункції у жінок ОГ1 за шкалою самообслуговування дорівнює — 2,7 бали, інтересів та зайнятості — 2,8 бали, діяльності у родині та вдома — 3,2 бали, діяльності у загальносоціальному розумінні — 3,3 бали. Відповідно у ОГ2 (2,8; 3,2; 2,9; 3,1 бали), ОГ3 (4,1; 4,0; 3,9; 4,0 бали) та ОГ4 (3,8; 4,0; 4,2; 4,1 бали). Тобто, в цілому рівень дисфункції у жінок при різних моделях родинної взаємодії відрізнявся та склав у межах серйозної (ОГ1 та ОГ2) або дуже серйозної (ОГ3 та ОГ4).

Розподіл поведінкової дисфункції у суспільстві у хворих з різними моделями родинної взаємодії

Показники	Група	Дисфункція									
		немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Самообслуговування	ОГ1	2	5,7 ± 2,3	3	8,6 ± 2,8	14	40,0 ± 4,9	14	40,0 ± 4,9	2	5,7 ± 2,3
	ОГ2	3	7,5 ± 2,6	3	7,5 ± 2,6	16	40,0 ± 4,9	14	35,0 ± 4,8	4	10,0 ± 3,0
	ОГ3	4	11,4 ± 3,2	4	11,4 ± 3,2	14	40,0 ± 4,9	12	34,3 ± 4,7	1	2,9 ± 1,7
	ОГ4	3	7,5 ± 2,6	4	10,0 ± 3,0	16	40,0 ± 4,9	15	37,5 ± 4,8	2	5,0 ± 2,2
Інтереси та зайнятість	ОГ1	3	8,6 ± 2,8	5	14,3 ± 3,5	11	31,4 ± 4,6	13	37,1 ± 4,8	3	8,6 ± 2,8
	ОГ2	4	10,0 ± 3,0	5	12,5 ± 3,3	15	37,5 ± 4,8	12	30,0 ± 4,6	4	10,0 ± 3,0
	ОГ3	3	8,6 ± 2,8	5	14,3 ± 3,5	12	34,3 ± 4,7	14	40,0 ± 4,9	1	2,9 ± 1,7
	ОГ4	4	10,0 ± 3,0	5	12,5 ± 3,3	15	37,5 ± 4,8	15	37,5 ± 4,8	1	2,5 ± 1,6
Діяльність у родині та вдома	ОГ1	2	5,7 ± 2,3	4	11,4 ± 3,2	13	37,1 ± 4,8	15	42,9 ± 4,9	1	2,9 ± 1,7
	ОГ2	3	7,5 ± 2,6	6	15,0 ± 3,6	15	37,5 ± 4,8	11	27,5 ± 4,5	5	12,5 ± 3,3
	ОГ3	2	5,7 ± 2,3	4	11,4 ± 3,2	13	37,1 ± 4,8	13	37,1 ± 4,8	3	8,6 ± 2,8
	ОГ4	4	10,0 ± 3,0	5	12,5 ± 3,3	13	32,5 ± 4,7	15	37,5 ± 4,8	3	7,5 ± 2,6
Діяльність у загальносоціальному розумінні	ОГ1	3	8,6 ± 2,8	6	17,1 ± 3,8	12	34,3 ± 4,7	12	34,3 ± 4,7	2	5,7 ± 2,3
	ОГ2	3	7,5 ± 2,6	5	12,5 ± 3,3	15	37,5 ± 4,8	13	32,5 ± 4,7	4	10,0 ± 3,0
	ОГ3	2	5,7 ± 2,3	4	11,4 ± 3,2	14	40,0 ± 4,9	12	34,3 ± 4,7	3	8,6 ± 2,8
	ОГ4	3	7,5 ± 2,6	5	12,5 ± 3,3	15	37,5 ± 4,8	14	35,0 ± 4,8	3	7,5 ± 2,6



Рівень поведінкової дисфункції у хворих

Аналіз співвідношення окремих сфер поведінкової дисфункції в залежності від середнього балу із усієї сукупності обстежених жінок встановив таке. У ОГ1 — дисфункція самообслуговування — 22,5 %, інтересів та зайнятості — 23,3 %, діяльності у родині та вдома — 27,5 %, діяльності у загальносоціальному розумінні — 27,5 % пацієнтів. У ОГ2 — дисфункція самообслуговування — 25,5 %, інтересів та зайнятості — 23,6 %, діяльності у родині та вдома — 26,4 %, діяльності у загальносоціальному розумінні — 24,5 % пацієнтів. У ОГ3 — дисфункція самообслуговування — 25,9 %, інтересів та зайнятості — 25,3 %, діяльності у родині та вдома — 23,5 %, діяльності у загальносоціальному розумінні — 25,3 % пацієнтів.

У ОГ4 — дисфункція самообслуговування — 23,5 %, інтересів та зайнятості — 24,8 %, діяльності у родині та вдома — 26,1 %, діяльності у загальносоціальному розумінні — 25,5 % пацієнтів. Підсумковий середній бал дисфункції склав: ОГ1 — 3,0, ОГ2 — 2,8, ОГ3 — 4,2, ОГ4 — 4,0.

Аналізуючи результати розподілу хворих за дисфункцією виконання соціальних ролей у суспільстві (табл. 2), можна стверджувати, що у жінок, хворих на ПШ, на відміну від поведінкової, дисфункція при виконанні соціальних ролей розподіляється між мінімальною, очевидною та серйозною за усіма оцінними показниками з рівнем достовірності між ними $p < 0,05$. Такий розподіл дисфункції вказує на системні порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві з подібними проблемами в участі у сімейних справах, ролі у подружньому житті, шлюбної, батьківської, статевої ролі, соціальних контактів, виконання трудових обов'язків, зацікавленості в отриманні роботи або поверненні до навчання, захопленості та поінформованості, поведінки у нестандартних ситуаціях.

З наведених даних (табл. 3) видно, що середній індекс (бал) рівня дисфункції виконання соціальних ролей у жінок ОГ1 склав: участь у сімейних справах — 3 бали, роль у подружньому житті — 3 бали, шлюбної ролі — 4 бали, батьківської ролі — 3 бали, статева роль — 4 бали, соціальних контактів — 3 бали, виконання трудових обов'язків (професійна роль 1) — 3 бали, зацікавленість у отриманні роботи або поверненні до навчання (професійна роль 2) — 4 бали, захоплення та поінформованість — 3 бали, поведінка у нестандартних ситуаціях — 4 бали. Відповідно, у ОГ2 — 2,5; 2; 2; 3; 3; 3; 2,5; 2,5 бали; ОГ3 — 4; 4; 4; 4; 4; 3; 3,5; 4 бали та ОГ4 — 4; 3; 4; 3; 4; 4; 3; 4 бали. В цілому рівень дисфункції у жінок встановлений у межах серйозної або дуже серйозної.

Таблиця 2

Розподіл хворих за дисфункцією виконання соціальних ролей у суспільстві

Показники*	Дисфункція у хворих ОГ1 (n = 35)									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
1	3	8,6 ± 2,8	9	25,7 ± 4,4	10	28,6 ± 4,5	11	31,4 ± 4,6	2	5,7 ± 2,3
2	4	11,4 ± 3,2	9	25,7 ± 4,4	9	25,7 ± 4,4	9	25,7 ± 4,4	4	11,4 ± 3,2
3	3	8,6 ± 2,8	8	22,9 ± 4,2	13	37,1 ± 4,8	8	22,9 ± 4,2	3	8,6 ± 2,8
4	3	8,6 ± 2,8	11	31,4 ± 4,6	8	22,9 ± 4,2	10	28,6 ± 4,5	3	8,6 ± 2,8
5	2	5,7 ± 2,3	10	28,6 ± 4,5	10	28,6 ± 4,5	11	31,4 ± 4,6	2	5,7 ± 2,3
6	2	5,7 ± 2,3	7	20,0 ± 4,0	14	40,0 ± 4,9	8	22,9 ± 4,2	4	11,4 ± 3,2
7	3	8,6 ± 2,8	8	22,9 ± 4,2	12	34,3 ± 4,7	9	25,7 ± 4,4	3	8,6 ± 2,8
8	2	5,7 ± 2,3	9	25,7 ± 4,4	10	28,6 ± 4,5	10	28,6 ± 4,5	4	11,4 ± 3,2
9	4	11,4 ± 3,2	10	28,6 ± 4,5	10	28,6 ± 4,5	8	22,9 ± 4,2	3	8,6 ± 2,8
10	3	8,6 ± 2,8	8	22,9 ± 4,2	12	34,3 ± 4,7	9	25,7 ± 4,4	3	8,6 ± 2,8
11	8,3		25,4		30,9		26,6		8,9	
Показники*	Дисфункція у хворих ОГ2 (n = 40)									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
1	2	5,0 ± 2,2	14	35,0 ± 4,8	12	30,0 ± 4,6	8	20,0 ± 4,0	4	10,0 ± 3,0
2	3	7,5 ± 2,6	10	25,0 ± 4,3	14	35,0 ± 4,8	11	27,5 ± 4,5	2	5,0 ± 2,2
3	2	5,0 ± 2,2	12	30,0 ± 4,6	14	35,0 ± 4,8	8	20,0 ± 4,0	4	10,0 ± 3,0
4	2	5,0 ± 2,2	11	27,5 ± 4,5	15	37,5 ± 4,8	8	20,0 ± 4,0	4	10,0 ± 3,0
5	3	7,5 ± 2,6	12	30,0 ± 4,6	14	35,0 ± 4,8	8	20,0 ± 4,0	3	7,5 ± 2,6
6	4	10,0 ± 3,0	11	27,5 ± 4,5	12	30,0 ± 4,6	9	22,5 ± 4,2	4	10,0 ± 3,0
7	4	10,0 ± 3,0	10	25,0 ± 4,3	13	32,5 ± 4,7	10	25,0 ± 4,3	3	7,5 ± 2,6
8	3	7,5 ± 2,6	11	27,5 ± 4,5	11	27,5 ± 4,5	12	30,0 ± 4,6	3	7,5 ± 2,6
9	3	7,5 ± 2,6	12	30,0 ± 4,6	11	27,5 ± 4,5	12	30,0 ± 4,6	2	5,0 ± 2,2
10	3	7,5 ± 2,6	11	27,5 ± 4,5	11	27,5 ± 4,5	12	30,0 ± 4,6	3	7,5 ± 2,6
11	7,3		28,5		31,8		24,5		8,0	
Показники*	Дисфункція у хворих ОГ3 (n = 35)									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
1	4	11,4 ± 3,2	10	28,6 ± 4,5	10	28,6 ± 4,5	8	22,9 ± 4,2	3	8,6 ± 2,8
2	3	8,6 ± 2,8	8	22,9 ± 4,2	12	34,3 ± 4,7	9	25,7 ± 4,4	3	8,6 ± 2,8
3	3	8,6 ± 2,8	8	22,9 ± 4,2	12	34,3 ± 4,7	9	25,7 ± 4,4	3	8,6 ± 2,8
4	2	5,7 ± 2,3	9	25,7 ± 4,4	10	28,6 ± 4,5	10	28,6 ± 4,5	4	11,4 ± 3,2
5	3	8,6 ± 2,8	8	22,9 ± 4,2	13	37,1 ± 4,8	8	22,9 ± 4,2	3	8,6 ± 2,8
6	2	5,7 ± 2,3	7	20,0 ± 4,0	14	40,0 ± 4,9	8	22,9 ± 4,2	4	11,4 ± 3,2
7	3	8,6 ± 2,8	11	31,4 ± 4,6	8	22,9 ± 4,2	10	28,6 ± 4,5	3	8,6 ± 2,8
8	2	5,7 ± 2,3	10	28,6 ± 4,5	10	28,6 ± 4,5	11	31,4 ± 4,6	2	5,7 ± 2,3
9	3	8,6 ± 2,8	9	25,7 ± 4,4	10	28,6 ± 4,5	11	31,4 ± 4,6	2	5,7 ± 2,3
10	4	11,4 ± 3,2	9	25,7 ± 4,4	9	25,7 ± 4,4	9	25,7 ± 4,4	4	11,4 ± 3,2
11	8,3		25,4		30,9		26,6		8,9	
Показники*	Дисфункція у хворих ОГ4 (n = 40)									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
1	2	5,0 ± 2,2	10	25,0 ± 4,3	16	40,0 ± 4,9	8	20,0 ± 4,0	4	10,0 ± 3,0
2	3	7,5 ± 2,6	11	27,5 ± 4,5	15	37,5 ± 4,8	8	20,0 ± 4,0	3	7,5 ± 2,6
3	2	5,0 ± 2,2	12	30,0 ± 4,6	12	30,0 ± 4,6	10	25,0 ± 4,3	4	10,0 ± 3,0
4	3	7,5 ± 2,6	11	27,5 ± 4,5	14	35,0 ± 4,8	9	22,5 ± 4,2	3	7,5 ± 2,6
5	3	7,5 ± 2,6	12	30,0 ± 4,6	12	30,0 ± 4,6	10	25,0 ± 4,3	3	7,5 ± 2,6
6	2	5,0 ± 2,2	12	30,0 ± 4,6	13	32,5 ± 4,7	11	27,5 ± 4,5	2	5,0 ± 2,2
7	3	7,5 ± 2,6	13	32,5 ± 4,7	11	27,5 ± 4,5	11	27,5 ± 4,5	2	5,0 ± 2,2
8	4	10,0 ± 3,0	13	32,5 ± 4,7	10	25,0 ± 4,3	9	22,5 ± 4,2	4	10,0 ± 3,0
9	4	10,0 ± 3,0	12	30,0 ± 4,6	13	32,5 ± 4,7	8	20,0 ± 4,0	3	7,5 ± 2,6
10	3	7,5 ± 2,6	13	32,5 ± 4,7	12	30,0 ± 4,6	9	22,5 ± 4,2	3	7,5 ± 2,6
11	7,3		29,8		32,0		23,3		7,8	

Примітки: * Показники: 1 — участь у сімейних справах; 2 — подружнє життя (емоційні відносини); 3 — шлюбна роль (статеві відносини з дружиною/чоловіком); 4 — батьківська роль; 5 — статева роль (оцінюють для неодружених та тих, хто не живе з дружиною/чоловіком); 6 — соціальні контакти (відносини поза родиною); 7 — виконання трудових обов'язків; 8 — зацікавленість в отриманні роботи або поверненні до навчання; 9 — захоплення та поінформованість; 10 — поведінка у нестандартних ситуаціях; 11 — частка від загальної сукупності у відсотках

Таблиця 3

Середній індекс (рівень) дисфункції виконання соціальних ролей у обстежених хворих

Соціальні ролі	ОГ1		ОГ2		ОГ3		ОГ4	
	Бал	%	Бал	%	Бал	%	Бал	%
Участь у сімейних справах	3	8,8	2,5	9,8	4	10,4	4	11,0
Роль у подружньому житті	3	8,8	2	7,8	4	10,4	3	8,2
Шлюбна роль	4	11,8	2	7,8	4	10,4	4	11,0
Батьківська роль	3	8,8	2	7,8	4	10,4	3	8,2
Статева роль	4	11,8	3	11,8	4	10,4	4	11,0
Соціальні контакти	3	8,8	3	11,8	4	10,4	4	11,0
Професійна роль 1	3	8,8	3	11,8	3	7,8	3	8,2
Професійна роль 2	4	11,8	3	11,8	4	10,4	4	11,0
Захоплення та інформованість	3	8,8	2,5	9,8	3,5	9,1	3,5	9,6
Поведінка пацієнта у нестандартних ситуаціях	4	11,8	2,5	9,8	4	10,4	4	11,0
Підсумковий бал дисфункції	34	100,0	32,5	100,0	38,5	100,0	36,5	100,0
Підсумковий середній бал	3,4		2,6		3,9		3,7	

Порівняльним аналізом міжгрупового співвідношення окремих сфер виконання соціальних ролей в залежності від середнього балу із усієї сукупності обстежених пацієнтів встановлено таке. У ОГ1 дисфункцію участі у сімейних справах на рівні очевидної мали 8,8 %; ролі у подружньому житті — 8,8 %; шлюбної ролі — 11,8 %; батьківської ролі — 8,8 %; статевої ролі — 11,8 %; соціальних контактів — 8,8 %; виконання трудових обов'язків (професійна роль 1) — 8,8 %; зацікавленості у отриманні роботи або поверненні до навчання (професійна роль 2) — 11,8 %; захоплення та поінформованість — 8,8 %; поведінки у нестандартних ситуаціях — 11,8 %. Відповідно у ОГ2 (9,8 %; 7,8 %; 7,8 %; 7,8 %; 11,8 %; 11,8 %; 11,8 %; 9,8 %; 9,8 %), ОГ3 (10,4 %; 10,4 %; 10,4 %; 10,4 %; 10,4 %; 7,8 %; 10,4 %; 9,1 %; 10,4 %) та ОГ4 (11,0 %; 8,2 %; 11,0 %; 8,2 %; 11,0 %; 11,0 %; 8,2 %; 11,0 %; 9,6 %; 11,0 %). Підсумковий середній бал дисфункції склав: у ОГ1 — 3,4; ОГ2 — 2,6; ОГ3 — 3,9; ОГ4 — 3,7.

Наступним етапом стало дослідження рівня дисфункції під час функціонування жінок у лікарні за допомогою третього розділу методики «Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності».

Метою етапу визначено — проведення відбору жінок у психотерапевтичній групі з урахуванням їх поведінки у палаті, думки медсестер або родичів, занять пацієнтів, контактів із зовнішнім світом. Визначивши внутрішньолікарняний потенціал хворої, жінку включали у психотерапевтичну групу відповідно до її можливостей у вирішенні існуючих проблем. Результати розподілу середнього індексу дисфункції хворих у лікарні (табл. 4) свідчать, що у ОГ1 середній бал дисфункції поведінки у палаті дорівнював 3,0 бали, думка медсестер або родичів щодо функціонування пацієнта — 2,9 бали, заняття пацієнтів у лікарні — 3,0 бали, контакти із зовнішнім світом — 2,3 бали.

Таблиця 4

Розподіл середнього індексу дисфункції хворих у лікарні

Функціонування у лікарні	ОГ1		ОГ2		ОГ3		ОГ4	
	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал
Поведінка в палаті								
Повільність рухів	3		2		4		4	
Гипоактивність	3		3		3		3	
Підвищена активність	3		2		4		3	
Бесіда	3		3		3		3	
Замкнутість, відгородженість	3		3		4		3	
Інтереси дозвілля	3	3,0	2	2,3	3	3,8	3	3,3
Незрозуміла мова	3		2		4		3	
Поза й манери	2		2		4		3	
Погроза або агресивне поведіння	3		2		4		3	
Довге знаходження в постелі	4		2		4		4	
Зовнішній вигляд	3		2		4		4	
Поводження під час прийому їжі	3		3		4		3	
Думка медсестер або родичів								
Корисна робота в лікарні	2		2		4		2	
Можна дозволити мати сірники	2		2		4		2	
Відвідування родичів або друзів у вихідні	3		2		4		3	
Спілкування з пацієнтами протилежної статі	4		2		4		4	
Користування ножицями	3	2,9	2	2,2	4	3,8	4	3,2
Користування грішми	4		2		3		3	
Робота поза лікарнею	3		3		4		4	
Виписка якщо робота знайдена і є житло	3		3		3		3	
Може перебувати у відкритій палаті або кімнаті	2		2		4		4	

Функціонування у лікарні	ОГ1		ОГ2		ОГ3		ОГ4	
	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал	Сер. бал
Заняття пацієнта								
Прибирання у палаті або приміщенні	2		2		4		3	
Трудотерапія поза палатою	3	3,0	3	2,3	3	3,5	3	3,3
Професійні й індустріальні терапії	4		2		4		4	
Інша соціальна терапія	3		2		3		3	
Контакт з зовнішнім світом								
Відвідання протягом минулих 3 місяців	2		2		3		3	
Відвідує домашню оселю протягом минулих 3 місяців	2	2,3	2	2,0	3	3,5	3	3,0
Потреба в спостереженні	3		2		4		3	
Має потребу в інтенсивному спостереженні	2		2		4		3	
Підсумковий бал, середній бал дисфункції	83,0	2,8	65,0	2,2	107,0	3,6	93,0	3,2

У ОГ2 середній бал дисфункції поведінки у палаті дорівнював 2,3 бали, думка медсестер або родичів щодо функціонування пацієнта — 2,2 бали, заняття пацієнтів у лікарні — 2,3 бали, контакти із зовнішнім світом — 2,0 бали.

В ОГ3 середній бал дисфункції поведінки у палаті дорівнював 3,8 бали, думка медсестер або родичів щодо функціонування пацієнта — 3,3 бали, заняття пацієнтів у лікарні — 3,5 бали, контакти із зовнішнім світом — 3,5 бали.

В ОГ4 середній бал дисфункції поведінки у палаті дорівнював 3,3 бали, думка медсестер або родичів щодо функціонування пацієнта — 3,2 бали, заняття пацієнтів у лікарні — 3,3 бали, контакти із зовнішнім світом — 3,0 бали. Підсумковий середній бал дисфункції склав: в ОГ1 — 2,8, ОГ2 — 2,2, ОГ3 — 3,6, ОГ4 — 3,2.

Даний розподіл середнього індексу дисфункції жінок у лікарні вказує на те, що найбільш збереженою сферою

в них є сфера контакту із зовнішнім світом. У інших сферах середній індекс дисфункції пацієнтів розподілився на рівні серйозної або дуже серйозної дисфункції.

Аналіз структури дисфункції хворих у лікарні (табл. 5) показує, що в ОГ1 пацієнок без дисфункції спостерігалось 10,0 %; з мінімальною — 34,3 %; очевидною — 24,3 %; серйозною — 21,4 %; дуже серйозною — 10,0 %. В ОГ2 без дисфункції спостерігалось — 8,8 %; з мінімальною — 33,8 %; очевидною — 25,0 %; серйозною — 23,8 %; дуже серйозною — 8,8 %. В ОГ3 без дисфункції спостерігалось — 10,0 %; з мінімальною — 34,3 %; очевидною — 24,3 %; серйозною — 21,4 %; дуже серйозною — 10,0 %. В ОГ4 без дисфункції спостерігалось — 8,8 %; з мінімальною — 33,8 %; очевидною — 25,0 %; серйозною — 23,8 %; дуже серйозною — 8,8 %. Такий розподіл свідчить про переважання у жінок тяжких видів дисфункції при функціонуванні у лікарні (показник достовірності між рівнями дисфункції дорівнює $p < 0,05$).

Таблиця 5

Структура дисфункції хворих у лікарні

Показники	Група	Дисфункція									
		немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Поведінка у палаті	ОГ1	2	5,7 ± 2,3	12	34,3 ± 4,7	10	28,6 ± 4,5	8	22,9 ± 4,2	3	8,6 ± 2,8
	ОГ2	2	5,0 ± 2,2	14	35,0 ± 4,8	12	30,0 ± 4,6	9	22,5 ± 4,2	3	7,5 ± 2,6
	ОГ3	4	11,4 ± 3,2	12	34,3 ± 4,7	8	22,9 ± 4,2	7	20,0 ± 4,0	4	11,4 ± 3,2
	ОГ4	3	7,5 ± 2,6	12	30,0 ± 4,6	10	25,0 ± 4,3	11	27,5 ± 4,5	4	10,0 ± 3,0
Думка медсестер або родичів	ОГ1	5	14,3 ± 3,5	13	37,1 ± 4,8	7	20,0 ± 4,0	7	20,0 ± 4,0	3	8,6 ± 2,8
	ОГ2	5	12,5 ± 3,3	15	37,5 ± 4,8	9	22,5 ± 4,2	8	20,0 ± 4,0	3	7,5 ± 2,6
	ОГ3	5	14,3 ± 3,5	13	37,1 ± 4,8	7	20,0 ± 4,0	7	20,0 ± 4,0	3	8,6 ± 2,8
	ОГ4	4	10,0 ± 3,0	13	32,5 ± 4,7	9	22,5 ± 4,2	10	25,0 ± 4,3	4	10,0 ± 3,0
Заняття пацієнтів	ОГ1	4	11,4 ± 3,2	12	34,3 ± 4,7	8	22,9 ± 4,2	7	20,0 ± 4,0	4	11,4 ± 3,2
	ОГ2	4	10,0 ± 3,0	13	32,5 ± 4,7	9	22,5 ± 4,2	10	25,0 ± 4,3	4	10,0 ± 3,0
	ОГ3	3	8,6 ± 2,8	11	31,4 ± 4,6	9	25,7 ± 4,4	8	22,9 ± 4,2	4	11,4 ± 3,2
	ОГ4	2	5,0 ± 2,2	14	35,0 ± 4,8	12	30,0 ± 4,6	9	22,5 ± 4,2	3	7,5 ± 2,6
Контакт з зовнішнім світом	ОГ1	3	8,6 ± 2,8	11	31,4 ± 4,6	9	25,7 ± 4,4	8	22,9 ± 4,2	4	11,4 ± 3,2
	ОГ2	3	7,5 ± 2,6	12	30,0 ± 4,6	10	25,0 ± 4,3	11	27,5 ± 4,5	4	10,0 ± 3,0
	ОГ3	2	5,7 ± 2,3	12	34,3 ± 4,7	10	28,6 ± 4,5	8	22,9 ± 4,2	3	8,6 ± 2,8
	ОГ4	5	12,5 ± 3,3	15	37,5 ± 4,8	9	22,5 ± 4,2	8	20,0 ± 4,0	3	7,5 ± 2,6
Відсоток від загальної сукупності	ОГ1		10,0		34,3		24,3		21,4		10,0
	ОГ2		8,8		33,8		25,0		23,8		8,8
	ОГ3		10,0		34,3		24,3		21,4		10,0
	ОГ4		8,8		33,8		25,0		23,8		8,8

Дослідження рівня дисфункції модифікуючих чинників у пацієнтів здійснено за допомогою четвертого розділу методики «Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності». Цей підрозділ надав змогу оцінити існуючі позитивні властивості жінок, особливі завади, домашню атмосферу, підтримку ззовні. Метою даного етапу було встановити, власно, існуючі проблеми у хворих жінок, визначити можливості вирішувати їх самостійно та оцінити мікрота макросоціальне середовища як основу допомоги. З розподілу середнього індексу модифікуючих чинників дисфункції у хворих (табл. 6) випливає, що у ОГ1 середній бал дисфункції у сферах: особливих позитивних властивостей дорівнює 3,4 бали, особливих завад — 2,8 бали, домашня атмосфера — 2,8 бали, підтримка ззовні — 3,3 бали. В ОГ2 середній бал дисфункції у сфері особливих позитивних властивостей дорівнює 2,4 бали, дисфункція особливих завад — 2,3 бали, домашня атмосфера — 2,3 бали, підтримка ззовні — 2,0 бали. В ОГ3 середній бал дисфункції у сфері особливих позитивних властивостей дорівнює 4,0 бали, дисфункція особливих завад — 3,5 бали, домашня атмосфера — 3,5 бали, підтримка ззовні — 4,0 бали. В ОГ4 середній бал дисфункції у сфері особливих позитивних властивостей дорівнює 3,6 бали, дисфункція особливих завад — 3,3 бали, домашня атмосфера — 3,3 бали, підтримка ззовні — 3,7 бали. Підсумковий середній бал дисфункції склав: у ОГ1 — 3,1; ОГ2 — 2,3; ОГ3 — 3,8; ОГ4 — 3,5. Найбільш враженими сферами виявлено сфери

особливих позитивних властивостей та підтримка ззовні, тобто ті, які умовно можна віднести до таких, що є «активно суспільними» у плані спілкування. В свою чергу, «звичні» сфери спілкування — особливі завади та домашня атмосфера — вражені менш інтенсивно (показник достовірності між рівнями дисфункції $p < 0,05$).

Розподіл модифікуючих чинників дисфункції у хворих за структурою наведено у табл. 7.

Подані у табл. 7 дані свідчать, що у ОГ1 у структурі модифікуючих чинників рівень без дисфункції встановлено у 10,7 %; мінімальна дисфункція — 33,6 %; очевидна — 23,6 %; серйозна — 22,1 %; дуже серйозна — 10,0 % жінок. У ОГ2 у структурі модифікуючих чинників рівень — без дисфункції встановлено у 9,4 %; мінімальна дисфункція — 34,4 %; очевидна — 23,1 %; серйозна — 24,4 %; дуже серйозна — 8,8 % жінок. В ОГ3 у структурі модифікуючих чинників рівень — без дисфункції встановлено у 8,6 %; мінімальна дисфункція — 33,6 %; очевидна — 26,4 %; серйозна — 21,4 %; дуже серйозна — 10,0 % жінок. В ОГ4 у структурі модифікуючих чинників рівень без дисфункції встановлено у 9,4 %; мінімальна дисфункція — 33,8 %; очевидна — 26,3 %; серйозна — 21,9 %; дуже серйозна — 8,8 % жінок.

В цілому переважали мінімальний, серйозний та дуже серйозний рівень, що впливало на родинне функціонування хворих (показник достовірності між рівнями дисфункції $p < 0,05$).

Таблиця 6

Розподіл середнього індексу модифікуючих чинників дисфункції у хворих

Функціонування у лікарні	ОГ1		ОГ2		ОГ3		ОГ4	
	Сер. б.	Сер. б.	Сер. б.	Сер. б.	Сер. б.	Сер. б.	Сер. б.	Сер. б.
Особливі позитивні властивості								
Заняття регулярно діяльністю з метою розширення знань або здобуття навиків в окремій сфері	3		2		4		4	
Особливі інтереси (захоплення)	3		3		4		3	
Здібності вище середніх або позитивні властивості у будь-якій сфері	3	3,4	3	2,4	4	4,0	3	3,6
Участь у підтримуючій соціальній групі	4		2		4		4	
Стабільні довірливі стосунки з будь-якою людиною окрім батьків або чоловіка/дружини	4		2		4		4	
Особливі завади								
Наявність особливого несприятливого становища	3		2		4		4	
Фізичні, неврологічні або сенсорні порушення чи дефект	3	2,8	3	2,3	3	3,5	3	3,3
Несприятливий вплив особистісних порушень, зовнішності, звичок на рівень функціонування	3		2		4		3	
Домашня атмосфера								
Наявність ключової фігури у домашньому середовищі пацієнта протягом останніх шести місяців	3		2		4		3	
Контакти з ключовою фігурою протягом місяця	3		2		3		4	
Емоційна підтримка пацієнта ключовою фігурою	2	2,8	2	2,3	4	3,5	4	3,3
Контроль ключовою фігурою розпорядку дня	3		3		3		3	
Неприйняття пацієнта ключовою фігурою	3		2		4		3	
Можливість бути на самоті у домашньому середовищі	3		3		3		3	
Підтримка ззовні								
Сприяння у розв'язанні проблем за останній місяць	3		2		4		3	
Зовнішня допомога за останній місяць	4	3,3	2	2,0	4	4,0	4	3,7
Легкість у отриманні роботи	3		2		4		4	
Підсумковий бал, середній бал дисфункції	53,0	3,1	39,0	2,3	64,0	3,8	59,0	3,5

Структура дисфункції модифікуючих чинників дисфункції у хворих

Показники*	Дисфункція у хворих ОГ1									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
1	5	14,3 ± 3,5	11	31,4 ± 4,6	8	22,9 ± 4,2	7	20,0 ± 4,0	4	11,4 ± 3,2
2	5	14,3 ± 3,5	13	37,1 ± 4,8	7	20,0 ± 4,0	7	20,0 ± 4,0	3	8,6 ± 2,8
3	3	8,6 ± 2,8	11	31,4 ± 4,6	8	22,9 ± 4,2	9	25,7 ± 4,4	4	11,4 ± 3,2
4	2	5,7 ± 2,3	12	34,3 ± 4,7	10	28,6 ± 4,5	8	22,9 ± 4,2	3	8,6 ± 2,8
5	10,7		33,6		23,6		22,1		10,0	
Показники*	Дисфункція у хворих ОГ2									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
1	3	7,5 ± 2,6	12	30,0 ± 4,6	9	22,5 ± 4,2	12	30,0 ± 4,6	4	10,0 ± 3,0
2	4	10,0 ± 3,0	13	32,5 ± 4,7	9	22,5 ± 4,2	10	25,0 ± 4,3	4	10,0 ± 3,0
3	3	7,5 ± 2,6	14	35,0 ± 4,8	11	27,5 ± 4,5	9	22,5 ± 4,2	3	7,5 ± 2,6
4	5	12,5 ± 3,3	16	40,0 ± 4,9	8	20,0 ± 4,0	8	20,0 ± 4,0	3	7,5 ± 2,6
5	9,4		34,4		23,1		24,4		8,8	
Показники*	Дисфункція у хворих ОГ3									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
1	2	5,7 ± 2,3	12	34,3 ± 4,7	11	31,4 ± 4,6	7	20,0 ± 4,0	3	8,6 ± 2,8
2	5	14,3 ± 3,5	12	34,3 ± 4,7	7	20,0 ± 4,0	8	22,9 ± 4,2	3	8,6 ± 2,8
3	3	8,6 ± 2,8	12	34,3 ± 4,7	9	25,7 ± 4,4	7	20,0 ± 4,0	4	11,4 ± 3,2
4	2	5,7 ± 2,3	11	31,4 ± 4,6	10	28,6 ± 4,5	8	22,9 ± 4,2	4	11,4 ± 3,2
5	8,6		33,6		26,4		21,4		10,0	
Показники*	Дисфункція у хворих ОГ4									
	немає		мінімальна		очевидна		серйозна		дуже серйозна	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
1	3	7,5 ± 2,6	14	35,0 ± 4,8	11	27,5 ± 4,5	9	22,5 ± 4,2	3	7,5 ± 2,6
2	5	12,5 ± 3,3	14	35,0 ± 4,8	10	25,0 ± 4,3	8	20,0 ± 4,0	3	7,5 ± 2,6
3	4	10,0 ± 3,0	13	32,5 ± 4,7	11	27,5 ± 4,5	8	20,0 ± 4,0	4	10,0 ± 3,0
4	3	7,5 ± 2,6	13	32,5 ± 4,7	10	25,0 ± 4,3	10	25,0 ± 4,3	4	10,0 ± 3,0
5	9,4		33,8		26,3		21,9		8,8	

Примітка. * Показники: 1 — Особливі позитивні властивості; 2 — Особливі завади; 3 — Домашня атмосфера; 4 — Підтримка ззовні; 5 — Частка від загальної сукупності (%)

Узагальнюючи результати досліджень за методикою «Психіатрична шкала обмежень життєдіяльності», нами розраховано середній індекс соціального функціонування у хворих, а саме підсумковий бал адаптованості та підсумковий середній бал адаптованості (табл. 8).

Подані у табл. 8 дані свідчать, що серед усіх груп хворих на ПШ жінок простежується чітка динаміка щодо особливостей родинного функціонування в залежності від типу родинної взаємодії. Так, найбільш адаптованими з меншим рівнем дисфункції в усіх досліджених сферах та, власно, у родинному функціонуванні

виявились жінки, які мають здорового чоловіка та дітей (ОГ2); на другому місці за адаптованістю та рівнем дисфункції були жінки, які мають здорового чоловіка (ОГ1); на третьому місці — жінки, які проживають із дорослими дітьми (ОГ3); на четвертому місці — жінки, які проживають із батьками (власної родини та дітей не мають) (ОГ4). Тобто, можна зазначити, що модель родинної взаємодії, де жінки мають здорового чоловіка та дітей, більш схильна підтримувати у жінок вищий рівень адаптованості щодо виконання обов'язків соціального та родинного функціонування.

Середній індекс оцінки соціального функціонування у хворих

Соціальне функціонування	ОГ1		ОГ2		ОГ3		ОГ4	
	Сер. бал	%	Сер. бал	%	Сер. бал	%	Сер. бал	%
Поведінкова дисфункція	3,0	24,4	2,8	28,3	4,2	27,1	4,0	27,8
Соціальні ролі	3,4	27,6	2,6	26,3	3,9	25,2	3,7	25,7
Дисфункція пацієнтів у лікарні	2,8	22,8	2,2	22,2	3,6	23,2	3,2	22,2
Модифікуючі чинники	3,1	25,2	2,3	23,2	3,8	24,5	3,5	24,3
Підсумковий бал адаптованості	12,3	100,0	9,9	100,0	15,5	100,0	14,4	100,0
Підсумковий середній бал адаптованості	3,1	—	2,5	—	3,9	—	3,6	—

Найгіршим варіантом моделі родинної взаємодії є ситуація, коли доросли жінки проживають із власними батьками. У жінок з такою моделлю родинної взаємодії виявлено рентні установки щодо життєдіяльності. Більшість з них не працювали (мали значні терміни інвалідності: від 10 до 25 років), навички незалежного існування були зруйновані. Жінки не могли встановлювати емоційно близьких контактів з оточуючими, крім власних батьків. Тому їх функціонування у суспільстві в цілому було повністю залежно та контролювалося батьками.

Наступним етапом дослідження стало вивчення ЯЖ жінок, хворих на ПШ, з різними моделями родинної взаємодії. За технологією оцінки ЯЖ виокремлено три компоненти її аналізу: а) суб'єктивного благополуччя/задоволеності; б) виконання (соціальних) ролей; в) зовнішні життєві умови (матеріальні і соціальні, наприклад соціальна мережа й соціальна підтримка). Сфери життя оцінювалися як «багатоаспектна оцінка», оскільки ЯЖ пацієнта може бути доброю у одній життєвій сфері (наприклад, родина) і дуже поганою в іншій (наприклад, робота). До того ж, це визначало першочергові мішені психотерапевтичного впливу, бо дії, спрямовані на надання допомоги, необхідно адресувати тим сторонам життя, у яких пацієнт зазнає найбільших труднощів.

Під час оцінювання ЯЖ ми намагалися максимально враховувати «швидкість» змін його складових (суб'єктивне благополуччя/задоволеність, функціональний стан, контекстуальні чинники) і можливий дрейф думки хворого, яка внаслідок хронічного психічного розладу змінюється, шляхом відновлення здатності реально себе оцінювати.

За розподілом показників ЯЖ у хворих (табл. 9) видно, що структура ЯЖ у ОГ1, ОГ2, ОГ3, ОГ4 значно відрізняється. Можна зазначити, що за середнім балом ЯЖ оцінка даною методикою збігається з оцінкою за методикою «Психіатрична шкала обмеження життєдіяльності» щодо особливостей родинного функціонування в залежності від моделі родинної взаємодії. Так, найвищий рівень ЯЖ діагностовано у групі жінок, які проживають із здоровим чоловіком та дітьми — ОГ2 (середній бал — 7,2). Серед відносно проблемних сфер у них виявлено: психологічне/емоційне благополуччя та духовна реалізація.

На другому місці за рівнем ЯЖ виявились жінки ОГ1 (сер. бал — 6,0), у яких проблемними сферами встановлено: психологічне/емоційне благополуччя, самообслуговування та незалежність у діях, суспільна та службова підтримка, духовна реалізація, загальне сприйняття ЯЖ.

На третьому місці за якістю життя були жінки з ОГ4 (сер. бал — 4,1), у яких проблемними сферами встановлені: фізичне благополуччя, психологічне/емоційне благополуччя, самообслуговування та незалежність у діях, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціоемоційна підтримка, суспільна та службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, загальне сприйняття ЯЖ.

На останньому місці за рівнем ЯЖ виявились жінки ОГ3 (сер. бал — 3,1), у яких проблемними сферами встановлено: фізичне благополуччя, психологічне/емоційне благополуччя, самообслуговування та незалежність у діях, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціоемоційна підтримка, суспільна та службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, загальне сприйняття ЯЖ.

Таблиця 9

Розподіл показників якості життя у хворих

Показники	ОГ1		ОГ2		ОГ3		ОГ4	
	Сер. бал	%	Сер. бал	%	Сер. бал	%	Сер. бал	%
Фізичне благополуччя	7	11,7	7	9,7	3	9,7	4	9,8
Психологічне/емоційне благополуччя	4	6,7	6	8,3	4	12,9	5	12,2
Самообслуговування та незалежність у діях	5	8,3	8	11,1	4	12,9	4	9,8
Працездатність	6	10,0	7	9,7	2	6,5	4	9,8
Міжособистісна взаємодія	7	11,7	8	11,1	3	9,7	3	7,3
Соціоемоційна підтримка	7	11,7	8	11,1	3	9,7	4	9,8
Суспільна та службова підтримка	6	10,0	8	11,1	4	12,9	4	9,8
Самореалізація	8	13,3	7	9,7	2	6,5	5	12,2
Духовна реалізація	5	8,3	6	8,3	3	9,7	4	9,8
Загальне сприйняття якості життя	5	8,3	7	9,7	3	9,7	4	9,8
Кількість балів	60	100,0	72	100,0	31	100,0	41	100,0
Середній бал	6,0	—	7,2	—	3,1	—	4,1	—

Також у дослідженні проводилося ранжування показників ЯЖ із метою визначення структури існуючих проблем задля розроблення заходів, спрямованих на їх подолання. Даний підхід надав можливість проаналізувати «однорідні проблеми» в межах однієї сфери. Для визначення «точок докладання» психотерапії був проведений аналіз кореляційних показників із виділенням сильних міжкореляційних зв'язків. Виявлено, що, за думкою жінок, деякі показники не вважалися такими, що створюють проблему у функціонуванні (зв'язок був слабкий або середній) — «низький коефіцієнт у ієрархії проблем». Проте, у загальному кореляційному аналізі даний показник за рахунок високого рівня кореляційного зв'язку визначався як проблемний «високий коефіцієнт у ієрархії проблем».

Досліджено міцність кореляційних взаємозв'язків між показниками ЯЖ у жінок. Негативних (зворотних) кореляційних зв'язків середнього показника за всіма шкалами за інтегральною оцінкою ЯЖ за окремими складовими не встановлено. Виявлено, що існує позитивний кореляційний зв'язок між усіма шкалами. Проте, найбільшій міцний зв'язок в усіх групах (ОГ1, ОГ2, ОГ3, ОГ4) встановлено між психологічним/емоційним благополуччям та міжособистісною взаємодією ($r = 0,95$), самообслуговуванням та незалежністю у діях ($r = 0,96$) та соціоемоційною підтримкою ($r = 0,94$).

За результатами дослідження встановлено, що на першій план психотерапевтичної допомоги виходять проблеми відчуття жінкою себе у родині психологічно або емоційно самотньою. Самотність у родині, як мікросоціальному середовищі, створює ситуацію причинно-наслідкового кола зв'язків порушень родинного функціонування: самотність — обмеження спілкування у родині — порушення родинної комунікації — дезадаптованість жінки — фрустраційна реакція — неможливість вирішення проблем — замкнутість — самотність.

Отримані дані свідчать про те, що у жінок якість життя страждає комплексно в усіх сферах родинного функціонування. В цілому встановлено, що складність взаємозв'язків родинного функціонування у жінок формує множинність варіантів порушення структури її родини.

Для надання психотерапевтичної допомоги жінкам, хворим на ПШ, при різних моделях родинної взаємодії необхідно обов'язково отримувати увесь спектр об'єктивної інформації щодо життя жінки. Такий підхід надає можливість виявити та проаналізувати не лише існуючі родинні проблеми, а й встановити потребу та необхідний обсяг майбутнього психотерапевтичного впливу на родину.

Список літератури

1. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // *Нейропсих.* — 2013. — № 8 (53). — С. 16—20.
2. Маркова М. В. Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, К. А. Горшкова // *Психічне здоров'я.* — 2012. — № 2 (35). — С. 63—69.
3. Жизнь с шизофренией. Что делать?: краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией и их родственников / [Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук]. — Харьков, 2011. — 25 с.
4. Марута Н. А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым психотическим эпизодом: метод. пособие / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. — Харьков, 2010. — 95 с.
5. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 / Плевачук Оксана Юріївна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». — Х., 2011. — 18 с.
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. Діхтяр В. О. Оптимізація сімейної психотерапії в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.16 / Діхтяр Владислав Олександрович; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. — К., 2010. — 24 с.
8. Ряполова Т. Л. Семейная терапия в системе ранней реабилитации больных шизофренией и оценка ее эффективности / Т. Л. Ряполова // *Архів психіатрії.* — 2008. — № 4. — С. 15—21.
9. Данилов Д. С. Влияние клинических, терапевтических и микросоциальных факторов на терапевтическое сотрудничество при лечении больных шизофренией (клинико-статистическое исследование) / Д. С. Данилов // *Российский психиатрический журнал.* — 2008. — № 2. — С. 66—74.
10. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. — Geneva: WHO, 1988. — 96 p.
11. Критерий качества жизни в психиатрической практике / [Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др.]. — Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. — 239 с.

Надійшла до редакції 30.01.2014 р.

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології і медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків; e-mail: mariannochka@i.ua

КОСЕНКО Корнелія Артурівна, лікар-психіатр Одеського обласного психоневрологічного диспансеру, м. Одеса; e-mail: sun2003@ukr.net

MARKOVA Marianna Vladyslavivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department sexology and medical psychology of the Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education of Health Ministry Ukraine, Kharkiv; e-mail: mariannochka@i.ua

KOSENKO Korneliia Arturivna, psychiatrist of Odesa Regional psychoneurological dispensary, Odesa; e-mail: sun2003@ukr.net