

in Obstetrics & Gynecology, 43 (4), 479–480. doi: 10.1002/uog.13320

28. Warren, R. E., Marshall, T., Padfield, P. L., Chrubasik, S. (2010). Variability of office, 24-hour ambulatory, and self-monitored blood pressure measurements. *British Journal of General Practice*, 60 (578), 675–680. doi: 10.3399/bjgp10x515403

29. Webb, A. J. S., Wilson, M., Lovett, N., Paul, N., Fischer, U., Rothwell, P. M. (2014). Response of Day-to-Day Home Blood Pressure Variability by Antihypertensive Drug Class After Transient Ischemic Attack or Nondisabling Stroke. *Stroke*, 45 (10), 2967–2973. doi: 10.1161/strokeaha.114.005982

Дата надходження рукопису 17.05.2016

Амосова Катерина Миколаївна, доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, ректор, кафедра внутрішньої медицини № 2, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601
E-mail: katerny.amosova@gmail.com

Руденко Юлія Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра внутрішньої медицини № 2, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601
E-mail: msjuliavr@gmail.com

УДК 616.89-008.48::616-055.2

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПОДРУЖЖІВ З РІЗНИМ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ТА АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК

© М. В. Савіна

На основі аналізу якості життя 421 подружжів виявлено, що у жінок з порушенням здоров'я сім'ї, незалежно від наявності/відсутності у них аддиктивної поведінки, якість життя характеризується значним зниженням, з неоднорідним ураженням окремих складових. Отримані дані покладені в основу системи психокорекції та психопрофілактики здоров'я сім'ї за наявності аддиктивної поведінки у жінок

Ключові слова: якість життя, жінки, аддиктивна поведінка, порушення здоров'я сім'ї, подружня пара

Aim – the study of life quality of married couples with the different state of family health and addictive behavior (AD) in women for revelation of targets of the further psychocorrectional work with this contingent.

Contingent. 321 married couples (MC), who addressed for help because of disorders of family relations and “socially acceptable” addictive behavior in women (studied group, SG). As the groups of comparison there were also examined 50 MC with disorders in family health, where were not the problems of addictive character in women (group of comparison, GC) and 50 conventionally harmonious MC (group of comparison 2, GC 2).

Methods. Clinical-psychological and psychodiagnostic ones using the questionnaire of life quality, elaborated by Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu&Yoon (1999).

Results. In women with family health disorder the life quality is characterized with essential decrease with heterogenic injury of its separate components, not depending of presence/absence of addictive behavior.

The main problem that generates the circle of “pathological” causal connections of the disorder of family functioning in women and formation of addictive behavior in them is the problem of women’s feeling as being psychologically and emotionally “torn away” in family and macrosocial environment. Such situation that is a result of situation-conditioned frustrative (maladjustment) reaction that is, in its turn, conditioned by the presence of emotional and communicative problems between women – family – society, provoke women to solve it in “addictive” way.

Conclusions. The basic target of psychological correction and psychoprophylactic support at the family health disorders in women with addictive behavior must be the problem of women’s feeling as being psychologically and emotionally “torn away” in family and macrosocial environment that in most women becomes a background for addiction

Keywords: life quality, women, addictive behavior, disorder of family health, married couple

1. Вступ

На даному етапі суспільного розвитку в світі відбувається глобальний процес зміни поглядів на сімейні традиції та процеси формування сім'ї. Всесвітнє дослідження цінностей, проведене соціологами на початку XXI століття, продемонструвало, що

громадяни постіндустріальних суспільств вважають приватне життя більш важливішим, ніж політичне [1]. Опитування населення 43 країн щодо ключової сфери життя, показало, що для 83 % осіб на першому місці виявилась сім'я. Така тенденція спостерігається у зв'язку із трансформацією розуміння поняття

«якості життя»: згідно великої кількості досліджень, люди, які існують в рамках партнерських стосунків, більше задоволені життям, ніж самотні; більшість людей вважають спільне життя із сексуальним партнером найбільш близьким до ідеалу [2].

З огляду на наведене, на теперішній час великої актуальності в медичній психології набувають проблеми якості життя подружжів як членів єдиної сімейної системи, а не окремих індивідумів. Якість життя, як холистична категорія, складається з багатьох складових, а в ситуації сімейної взаємодії великого значення набуває не тільки стан окремих показників та загальна характеристика якості життя, а й конгруентність її оцінки подружжям, дискоординація чого є, з одного боку, діагностичним критерієм порушення здоров'я сім'ї, а, з іншого – патогенетичною ланкою його розвитку.

Патогенність такої ситуації, що відбувається в «звичайній» родині, багаторазово збільшується у випадку наркологічного захворювання одного з членів родини, насамперед, жінки – в таких випадках сім'я з адаптогенного ресурсу може стати патогенним джерелом дезадаптації, як провокуючі виникнення наркопатології, так і запобігаючи її стабілізації та ремісії, створюючи таким чином порочне коло взаємообтяжуючих впливів. Захворювання жінки на адиктивні розлади відбувається не тільки на її психопатологічному стані, рівні соціального функціонування та якості життя. При цьому головного «удару» зазнає сім'я хворої, бо внаслідок розвитку стану залежності у жінки, деформації піддається, в першу чергу, якість життя її родини. Враховуючи вищезазначене, робота, спрямована на вивчення взаємовпливів адиктивної поведінки (АП) у жінок, порушення здоров'я родини та якості життя її членів, є важливою проблемою медичної психології [3–5].

2. Обґрунтування дослідження

За визначенням Е. Г. Ейдміллера і В. В. Юстіцкіса [6], нормально функціонуюча сім'я – це родина, що відповідально і диференційовано виконує свої функції, внаслідок чого задовольняється потреба в рості і змінах як родини в цілому, так і кожного з її членів.

Здоров'я сім'ї – складний феномен, обумовлений цілою низкою чинників. С. Шаар [7] вважає за необхідне враховувати для оцінки адаптації сімейної пари кількість конфліктів, рівень їхньої згоди, розподіл праці в родині, задоволеність партнером і шлюбом, оцінку стійкості шлюбу самим подружжям, переживання свого щастя, згуртованість, відсутність депривації потреб кожного.

Е. В. Бургесс, Л. С. Коттрелл [8] приймають за критерії подружньої адаптації збіг інтересів подружжя, єдність думок по критичних питаннях, почуття довіри, відсутність почуття самотності в кожного з пари і невелика кількість скарг, пов'язаних зі шлюбом.

Д. Н. Спенкль, В. Л. Фішер [8] вважають, що категорії «внутрішньосімейна адаптація» та «функціонування сім'ї», містить 17 параметрів:

- а) наявність емоційної атракції подружжя;
- б) їхня самостійність і відповідальність;
- в) наявність відносин зрілої залежності (турбота один про одного без побоювання залежності);
- г) взаємна підтримка один одного, наявність вербальної і невербальної турботи про потреби кожного;
- д) відданість подружжя (здатність брати відповідальність за захист благополуччя один одного);
- е) наявність почуття психологічної безпеки в шлюбі;
- є) подружня надійність (здатність до дотримання правил і зобов'язань);
- ж) сімейна ідентичність (почуття спільності);
- з) надання фізичної допомоги (готовність сприяти і допомагати один одному);
- и) перевага приємних контактів між подружжям;
- і) подружня гнучкість (здатність до нової поведінки та зміни поглядів в умовах, що змінюються);
- ї) демократичне лідерство;
- й) наполегливість в поведінці подружжя як опозиція агресивності і пасивності;
- к) успішне подолання розбіжностей у різних сферах функціонування сім'ї;
- л) здатність до зміни (при необхідності) правил сімейного функціонування;
- м) рольова гнучкість (здатність (при необхідності) до модифікації рольової структури);
- н) здатність до асиміляції позитивного і негативного зворотного зв'язку.

Отже, функціонування сім'ї – це інтегративний соціопсихобіологічний феномен, що диктує необхідність системного підходу до діагностики, корекції та профілактики його порушень.

Визначення механізмів функціонування сім'ї, вивчення можливостей адаптації її членів, виділення типів сім'ї дозволяє диференційовано підходити до розробки системних корекційних заходів щодо його порушень, в основу яких має бути покладена каузальна психотерапія, спрямована, в першу чергу на усунення негативних установок, особистісний ріст членів сім'ї, формування родинної соціально-психологічної компетентності, що сприяє конструктивному вирішенню конфліктів, виконанню усіх функцій сім'ї та адаптації її членів.

3. Мета дослідження

Вивчення якості життя подружжів з різним станом здоров'я сім'ї та адиктивної поведінки (АП) у жінок, для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи з даним контингентом.

4. Контингент, матеріали і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології на клінічних базах кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна МОН України, а також кафедри сексології, медичної психології, медичної та психо-

логічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, за допомогою клініко-психологічного та психодіагностичного методів обстежено 321 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків та АП у жінок (досліджувана група, ДГ). Додатковими критеріями включення в дослідження були: скарги на «соціально-прийнятні» форми АП, відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів, а також тяжких соматичних захворювань, наявність дитини.

В якості груп порівняння також обстежено 50 ПП з порушенням здоров'я родини, в яких у жінок не було проблем адиктивного характеру (група порівняння 1, ГП1), та 50 умовно гармонійних ПП (група порівняння 2, ГП2).

Спираючись на попередні результати вивчення адиктивного статусу обстежених [9], отримані з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [10], жінки ДГ були розділені нами в залежності від типу АП:

– ДГ1 – жінки з хімічною адикцією (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снодійних препаратів) – 33,3 % (107 ПП);

– ДГ2 – жінки з поведінковою адикцією (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми) – 34,6 % (111 ПП);

– ДГ3 – жінки з фізіологічною адикцією (надмірне захоплення їжею, сексом, чаєм/кавою або фітнесом) – 32,1 % (103 ПП).

Вивчення якості життя здійснювалось за допомогою опитувальника якості життя, розробленого Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon (1999) [11]. Сфери життя оцінювалися як «багатоаспектна оцінка», оскільки якість життя може бути «доброю» у одній життєвій сфері (наприклад, професійній) і «поганою» в іншій (наприклад, родині). Крім того, дії, спрямовані на надання медико-психологічної допомоги, необхідно адресувати тим сторонам життя, у яких пацієнт зазнає найбільших труднощів. У дослідженні оцінці якості життя необхідно максимально врахувати «швидкість» змін складових компонентів (суб'єктивне благополуччя/задоволеність, функціональний стан, контекстуальні чинники) і можливий дрейф думки жінки, яка внаслідок впливу адикції змінюється, шляхом відновлення або порушення здатності реально себе оцінювати.

Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Метод полягав у проведенні порівняльного дослідження за t-критерієм за традиційною методикою для параметричної статистики й критерієм Вілкоксона – для непараметричної. Також обробку отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Ст'юдента для визначення вірогідності розбіжностей між групами [12]. Математична обробка результатів проводилась на персональному комп'ютері за допомогою прикладного

пакета програм «Statistica for Windows. Release 6.0» та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної, статистичної обробки.

5. Результати дослідження

Розподіл показників якості життя у жінок та чоловіків з досліджуваних груп, представлено у табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл показників якості життя у подружжів ДГ (середній бал та індекс об'єктивного показнику)

Показники	Групи жінок					
	ДГ1		ДГ2		ДГ3	
	С. б	%	С. б	%	С. б	%
Фізичне благополуччя	6	13,3	7	13,7	7	14,6
Психологічне/емоційне благополуччя	2	4,4	2	3,9	3	6,3
Самообслуговування та незалежність у діях	5	11,1	4	7,8	4	8,3
Працездатність	6	13,3	7	13,7	6	12,5
Міжособистісна взаємодія	5	11,1	5	9,8	5	10,4
Соціо-емоційна підтримка	3	6,7	4	7,8	3	6,3
Суспільна та службова підтримка	7	15,6	7	13,7	7	14,6
Самореалізація	3	6,7	7	13,7	4	8,3
Духовна реалізація	5	11,1	5	9,8	5	10,4
Загальне сприйняття якості життя	3	6,7	3	5,9	4	8,3
Кількість балів	45	1000	51	1000	48	1000
Середній бал	4,5		5,1		4,8	
Показники	Групи чоловіків					
	ДГ1		ДГ2		ДГ3	
	С. б	%	С. б	%	С. б	%
Фізичне благополуччя	8	12,1	8	12,3	8	11,8
Психологічне/емоційне благополуччя	4	6,1	5	7,7	5	7,4
Самообслуговування та незалежність у діях	8	12,1	8	12,3	8	11,8
Працездатність	7	10,6	8	12,3	7	10,3
Міжособистісна взаємодія	6	9,1	5	7,7	6	8,8
Соціо-емоційна підтримка	4	6,1	3	4,6	4	5,9
Суспільна та службова підтримка	8	12,1	7	10,8	8	11,8
Самореалізація	7	10,6	7	10,8	7	10,3
Духовна реалізація	7	10,6	7	10,8	7	10,3
Загальне сприйняття якості життя	7	10,6	7	10,8	8	11,8
Кількість балів	66	1000	65	1000	68	1000
Середній бал	6,6		6,5		6,8	

Результати вивчення якості життя подружжів груп порівняння, представлені у табл. 2.

Для виявлення провідних взаємозв'язків між показниками якості життя жінок було проведено їх ранжування з метою визначення об'єктивної, дійсної ієрархії проблем в структурі складових якості життя для побудови системи психологічної корекції та психо-профілактичної підтримки порушення здоров'я сім'ї у жінок з адиктивною поведінкою та їх чоловіків. Коре-

ляційний аналіз з виділенням тісноти зв'язків показників якості життя проводився окремо за кожною шкалою та між шкалами, із виділенням лише впливових «сильних» (коефіцієнт кореляції більше 0,7) кореляційних взаємозв'язків. Результати визначення тісноти кореляційних зв'язків між інтегрованими показниками якості життя у подружжів ДГ представлено у табл. 3.

Таблиця 2

Розподіл показників якості життя у подружжів ГП (середній бал та індекс об'єктивного показнику)

Показники	Групи жінок				Групи чоловіків			
	ГП1		ГП2		ГП1		ГП2	
	С. б	%	С. б	%	С. б	%	С. б	%
Фізичне благополуччя	7	13,7	8	9,0	9	12,7	10	11,2
Психологічне/емоційне благополуччя	3	5,9	9	10,1	7	9,9	9	10,1
Самообслуговування та незалежність у діях	7	13,7	9	10,1	8	11,3	9	10,1
Працевдатність	7	13,7	9	10,1	8	11,3	8	9,0
Міжособистісна взаємодія	4	7,8	10	11,2	5	7,0	9	10,1
Соціо-емоційна підтримка	3	5,9	10	11,2	4	5,6	9	10,1
Суспільна та службова підтримка	7	13,7	8	9,0	8	11,3	8	9,0
Самореалізація	4	7,8	9	10,1	8	11,3	9	10,1
Духовна реалізація	5	9,8	8	9,0	7	9,9	9	10,1
Загальне сприйняття якості життя	4	7,8	9	10,1	7	9,9	9	10,1
Кількість балів	51	1000	89	100	73	100	89	100
Середній бал	5,1		8,9		7,3		8,9	

Таблиця 3

Тіснота кореляційних зв'язків між інтегрованими показниками якості життя у подружжів ДГ

Групи жінок										
ДГ1										
Шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	r=0,77		-	-	-	-	-	-	-	-
3	r=0,78	r=0,92		-	-	-	-	-	-	-
4	r=0,87	r=0,81	r=0,83		-	-	-	-	-	-
5	r=0,74	r=0,92	r=0,72	r=0,77		-	-	-	-	-
6	r=0,81	r=0,91	r=0,83	r=0,75	r=0,82		-	-	-	-
7	r=0,71	r=0,64	r=0,85	r=0,83	r=0,83	r=0,85		-	-	-
8	r=0,67	r=0,92	r=0,86	r=0,74	r=0,74	r=0,77	r=0,84		-	-
9	r=0,64	r=0,92	r=0,77	r=0,65	r=0,75	r=0,75	r=0,69	r=0,80		-
10	r=0,75	r=0,81	r=0,78	r=0,72	r=0,77	r=0,72	r=0,73	r=0,78	r=0,75	
ДГ2										
Шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	r=0,78		-	-	-	-	-	-	-	-
3	r=0,80	r=0,92		-	-	-	-	-	-	-
4	r=0,83	r=0,89	r=0,85		-	-	-	-	-	-
5	r=0,74	r=0,92	r=0,76	r=0,76		-	-	-	-	-
6	r=0,80	r=0,91	r=0,87	r=0,77	r=0,82		-	-	-	-
7	r=0,70	r=0,62	r=0,88	r=0,81	r=0,83	r=0,81		-	-	-
8	r=0,63	r=0,91	r=0,81	r=0,73	r=0,74	r=0,73	r=0,86		-	-
9	r=0,62	r=0,92	r=0,72	r=0,62	r=0,75	r=0,73	r=0,64	r=0,82		-
10	r=0,71	r=0,81	r=0,72	r=0,72	r=0,76	r=0,73	r=0,76	r=0,78	r=0,73	
ДГ3										
Шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	r=0,75		-	-	-	-	-	-	-	-
3	r=0,73	r=0,95		-	-	-	-	-	-	-
4	r=0,81	r=0,82	r=0,82		-	-	-	-	-	-

Продовження таблиці 3

1										
5	r=0,73	r=0,94	r=0,73	r=0,76		–	–	–	–	–
6	r=0,85	r=0,90	r=0,84	r=0,74	r=0,82		–	–	–	–
7	r=0,78	r=0,66	r=0,82	r=0,81	r=0,83	r=0,85		–	–	–
8	r=0,65	r=0,97	r=0,85	r=0,72	r=0,74	r=0,72	r=0,85		–	–
9	r=0,66	r=0,98	r=0,76	r=0,64	r=0,75	r=0,71	r=0,67	r=0,81		–
10	r=0,79	r=0,83	r=0,77	r=0,73	r=0,76	r=0,71	r=0,78	r=0,72	r=0,72	
Групи чоловіків										
ДГ1										
Шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		–	–	–	–	–	–	–	–	–
2	r=0,76		–	–	–	–	–	–	–	–
3	r=0,77	r=0,96		–	–	–	–	–	–	–
4	r=0,88	r=0,81	r=0,85		–	–	–	–	–	–
5	r=0,72	r=0,93	r=0,72	r=0,76		–	–	–	–	–
6	r=0,83	r=0,92	r=0,82	r=0,75	r=0,81		–	–	–	–
7	r=0,76	r=0,69	r=0,85	r=0,84	r=0,83	r=0,88		–	–	–
8	r=0,62	r=0,92	r=0,81	r=0,72	r=0,72	r=0,79	r=0,83		–	–
9	r=0,63	r=0,93	r=0,77	r=0,68	r=0,75	r=0,77	r=0,64	r=0,81		–
10	r=0,77	r=0,81	r=0,79	r=0,72	r=0,78	r=0,71	r=0,76	r=0,77	r=0,76	
ДГ2										
Шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		–	–	–	–	–	–	–	–	–
2	r=0,77		–	–	–	–	–	–	–	–
3	r=0,81	r=0,94		–	–	–	–	–	–	–
4	r=0,82	r=0,86	r=0,84		–	–	–	–	–	–
5	r=0,74	r=0,92	r=0,76	r=0,71		–	–	–	–	–
6	r=0,85	r=0,92	r=0,82	r=0,77	r=0,81		–	–	–	–
7	r=0,70	r=0,65	r=0,88	r=0,83	r=0,83	r=0,83		–	–	–
8	r=0,64	r=0,97	r=0,82	r=0,74	r=0,75	r=0,72	r=0,81		–	–
9	r=0,62	r=0,99	r=0,72	r=0,61	r=0,72	r=0,74	r=0,62	r=0,81		–
10	r=0,76	r=0,81	r=0,75	r=0,71	r=0,74	r=0,74	r=0,75	r=0,76	r=0,75	
ДГ3										
Шкали	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		–	–	–	–	–	–	–	–	–
2	r=0,74		–	–	–	–	–	–	–	–
3	r=0,78	r=0,96		–	–	–	–	–	–	–
4	r=0,82	r=0,82	r=0,83		–	–	–	–	–	–
5	r=0,73	r=0,96	r=0,73	r=0,75		–	–	–	–	–
6	r=0,86	r=0,98	r=0,87	r=0,72	r=0,81		–	–	–	–
7	r=0,78	r=0,62	r=0,82	r=0,81	r=0,83	r=0,84		–	–	–
8	r=0,67	r=0,97	r=0,81	r=0,71	r=0,75	r=0,71	r=0,81		–	–
9	r=0,66	r=0,99	r=0,76	r=0,67	r=0,77	r=0,71	r=0,62	r=0,82		–
10	r=0,80	r=0,83	r=0,78	r=0,72	r=0,71	r=0,72	r=0,73	r=0,75	r=0,78	

Примітка: Шкали якості життя за J. Mezzichetal., (1999): 1 – фізичне благополуччя; 2 – психологічне/емоційне благополуччя; 3 – самообслуговування та незалежність у діях; 4 – працездатність; 5 – міжособистісна взаємодія; 6 – соціо-емоційна підтримка; 7 – суспільна та службова підтримка; 8 – самореалізація; 9 – духовна реалізація; 10 – загальне сприйняття якості життя

6. Обговорення результатів дослідження

Наведені в табл. 1 дані свідчать про загальне зниження якості життя у подружжів груп дослідження, яке значно більше виражене у жінок, ніж у чоловіків ($p \leq 0,05$). Крім того, дані табл. 1 демонструють неоднорідність ураження окремих складових якості життя обстежених, яке також більш виражене у жінок. З представлених у табл. 1 даних видно, що структура якості життя у жінок ДГ була не однозначною. За ранжуван-

ням рівня середнього індексу об'єктивного показнику у загальній структурі якості життя, найбільш проблемними у жінок ДГ1, ДГ2 та ДГ3 ($p \leq 0,05$) визначені:

– психологічне / емоційне благополуччя (сер. бал – 2 – 2 – 3, відповідно; загальний середній індекс показника – 4,4 %, 3,9 %, 6,3 %, відповідно);

– соціо-емоційна підтримка (сер. бал – 3 – 4 – 3, відповідно; загальний середній індекс показника – 6,7 %, 7,8 %, 6,3 %, відповідно);

– загальне сприйняття якості життя (сер. бал – 3 – 3 – 4, відповідно; загальний середній індекс показника – 6,7 %, 5,9 %, 8,3 %, відповідно).

До того ж, у жінок з хімічними та фізіологічними адикціями, проблемною сферою виявилась самореалізація (ДГ1 – сер. бал 3, заг. сер. індекс 6,7 %; ДГ3 – сер. бал 4, заг. сер. індекс 8,3 %), на відміну від жінок з ДГ2, які знаходили хибний спосіб самореалізації через власні поведінкові адикції (роботоголізм, шопоголізм тощо). Проте, обстежені з поведінковою та фізіологічною адикціями відмічали наявність обмежень щодо незалежності в діях, що було обумовлено спробами контролю та протидії їх прагненням реалізації власних адикцій з боку їхніх чоловіків (ДГ2 – сер. бал 4, заг. сер. індекс 7,8 %; ДГ3 – сер. бал 4, заг. сер. індекс 8,3 %).

Загальна середня оцінка якості життя жінок склала у ДГ1 – 4,5, у ДГ2 – 5,1, у ДГ3 – 4,8 балів.

У чоловіків ДГ1–ДГ3 найбільш проблемними сферами якості життя виявились психологічне/емоційне благополуччя (сер. бал – 4 – 5 – 5, відповідно; загальний середній індекс показника – 6,1 %, 7,7 %, 7,4 %, відповідно) та соціо-емоційна підтримка (сер. бал – 4 – 3 – 4, відповідно; загальний середній індекс показника – 6,1 %, 4,6 %, 5,9 %, відповідно), що було обумовлено, в першу чергу, наявністю порушення сімейного здоров'я ($p \leq 0,05$). Загальний середній бал оцінки якості їх життя свідчив про середній її рівень (6,6 балів ДГ1; 6,5 балів ДГ2; 6,8 балів ДГ3) та про схожість у них проблем та рівню якості функціонування в усіх сферах.

Результати дослідження якості життя подружжів порівняльних груп (табл. 2), продемонстрували наявність достовірної різниці між жінками ГП1 і ГП2 ($p \leq 0,05$) та абсолютну схожість з показниками жінок ДГ1–ДГ3 ($p \leq 0,05$).

Жінки ГП1 практично за усіма показниками виявили подібність з респондентками дослідницьких груп. Так, найбільш проблемними сферами у них установлені психологічне/емоційне благополуччя (сер. бал 3, заг. сер. індекс 5,9 %), соціо-емоційна підтримка (сер. бал 3, заг. сер. індекс 5,9 %), міжособистісна взаємодія (сер. бал 4, заг. сер. індекс 7,8 %), самореалізація (сер. бал 4, заг. сер. індекс 7,8 %) та загальне сприйняття якості життя (сер. бал 4, заг. сер. індекс 7,8 %). Загальна середня оцінка якості життя у них склала 5,1 бал.

Не викликає сумніву, що індивід, який змушений існувати в умовах порушення здоров'я сім'ї, страждає на низьку якість життя, причому в силу біологічно та соціальнообумовлених гендерних факторів, жінки в більшості випадків є значно більш вразливими для патогенної дії зазначених психотравмуючих обставин, ніж чоловіки. Таким чином, жінки з родин з порушенням сімейних стосунків, характеризувались низькою якістю життя, незалежно від наявності/відсутності у них патологічних феноменів адиктивної поведінки. Це опосередковано підтверджує гіпотезу про наявність патологічного кола взаємовпливів рівню сімейно-

го здоров'я на стан психологічного благополуччя і якості життя жінок, первинну роль в якому грає порушення здоров'я сім'ї, що стає патогенетичним чинником в розвитку «соціально-прийнятних» форм адиктивної поведінки у жінок. В даному випадку у жінок дослідницьких груп адиктивна поведінка формувалась як спосіб псевдокомпенсації порушених сімейних відносин, чому сприяли особливості їх інтер- та інтрапсихічних патернів, які визначали саме такий деструктивний шлях псевдокомпенсаторного реагування, на відміну від жінок ГП1, особистісні й поведінкові властивості яких зумовлювали інший, не адиктивний шлях розвитку псевдокомпенсаторних реакцій.

На відміну від них, їх чоловіки оцінювали якість власного життя вище, ніж дружини (загальна середня оцінка якості життя – 7,3 балів), а найбільш проблемною сферою для них виявилась відсутність достатньої соціо-емоційної підтримки (сер. бал 4, заг. сер. індекс 5,6 %).

Якість життя подружжів ГП2 (причому, як загальна середня її оцінка, так і за окремими його складовими), виявилась високою та однаковою у жінок, і чоловіків (8,9 балів), що ще раз підтвердило гармонійність їх родинних стосунків та було опосередкованим свідченням відсутності в них серйозних проблем в усіх сферах функціонування.

Кореляційним аналізом (табл. 3) встановлено, що у жінок та чоловіків ДГ1–ДГ3 існував позитивний кореляційний зв'язок між усіма шкалами, що характеризують якість життя, проте, найсильніший зв'язок встановлено між:

- 1) психологічним/емоційним благополуччям та незалежністю у діях;
- 2) психологічним/емоційним благополуччям та соціо-емоційною підтримкою;
- 3) психологічним/емоційним благополуччям та міжособистісною взаємодією.

7. Висновки

Результати дослідження свідчать про те, що у жінок з порушенням здоров'я сім'ї, незалежно від наявності/відсутності у них адиктивної поведінки, якість життя характеризується значним зниженням, з неоднорідним ураженням окремих його складових.

Можна зазначити, що генуїною проблемою, що породжує коло «патологічних» причино-наслідкових зв'язків порушень сімейного функціонування жінок та формування в них адиктивної поведінки, є проблема відчуття жінкою себе психологічно та емоційно «відторгнутою» у родині та макросоціальному середовищі. Така ситуація, що є наслідком ситуаційно-обумовленої фрустраційної (дезадаптивної) реакції, яка у свою чергу, викликана наявністю емоційних і комунікативних проблем між жінкою – родиною – суспільством, штовхає жінок на вирішення її в «адиктивний» спосіб.

Враховуючи вищезазначене, базовою мішенню психологічної корекції та психопрофілактичної

підтримки порушення здоров'я сім'ї у жінок з аддиктивною поведінкою, повинна бути проблема відчуття жінкою себе психологічно та емоційно «відторгнутою» у родині та макросоціальному середовищі, яке у більшості жінок стає фоном для виникнення адикції.

Література

1. Кришталь, В. В. Любовь и секс как лечебный фактор [Текст] / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2006. – № 2. – С. 14–19.
2. Маркова, М. В. Загальний погляд на проблему формування та функціонування сім'ї [Текст] / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Український вісник психоневрології. – 2009. – Т. 17, Вип. 1 (58). – С. 89–92.
3. Markova, M. Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence [Text] / M. Markova, V. Yaru // WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences». – 2016. – P. 54–55.
4. Жданова, М. П. Психотерапия нарушения здоровья семьи при алкоголизме у жены [Текст] / М. П. Жданова // Украинский вестник психоневрологии. – 2007. – Т. 15, № 2 (51). – С. 60–67.
5. Маркова, М. В. Роль хімічної залежності в розвитку внутрішньосім'яної дезадаптації [Текст] / М. В. Маркова, Т. В. Селюкова // Архів психіатрії. – 2000. – № 3-4 (22-23). – С. 25–26.
6. Эйдмиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи [Текст] / Э. Г. Эйдмиллер, В. Юстицис. – СПб: ЗАО «Из-во Питер», 1999. – 656 с.
7. Schaap, C. Communication and adjustment in marriage [Text] / C. Schaap. – Lisee: Swets & Zeitlinger B. V., 1982. – 281 p.
8. Кочарян, Г. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов [Текст] / Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.
9. Савіна, М. В. Структурні й феноменологічні особливості аддиктивної поведінки у жінок з порушенням сімейної взаємодії [Текст] / М. В. Савіна // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, Вип. 1. – С. 111–115.
10. Линский, И. В. Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук и др. // Психическое здоровье. – 2010. – № 6 (49). – С. 33–45.

11. Марута, Н. А. Критерий качества жизни в психиатрической практике [Текст] / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др. – Х.: РИФ АРСИС, ЛТД, 2004. – 239 с.

12. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

References

1. Krishtal', V. V. (2006). Ljubov' i seks kak lechebnyj factor. Medicinskaja psihologija, 2, 14–19.
2. Markova, M. V., Vjetryla, T. G. (2009). Zagal'nyj pogljad na problemu formuvannja ta funkcionuvannjasim'i'. Ukrai'ns'kyj visnyk psychonevrologii', 17/1 (58), 89–92.
3. Markova, M., Yaru, V. (2016). Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence. WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences», 54–55.
4. Zhdanova, M. P. (2007). Psihoterapija narushenija zdorov'ja sem'i pri alkogolizme u zheny. Ukrainskij vestnik psihonevrologii, 15/2 (51), 60–67.
5. Markova, M. V., Seljukova, T. V. (2000). Rol' himichnoi' zalezhnosti v rozvytku vnutrishnjosimejnoi' dezadaptacii'. Arhivpsyhiatrii', 3-4 (22-23), 25–26.
6. Jejdmler, Je. G., Justickis, V. (1999). Psihologija i psihoterapija sem'i. Sankt-Peterburg: ZAO «Iz-vo Piter», 656.
7. Schaap, C. (1982). Communication and adjustment in marriage. Lisee: Swets & Zeitlinger B. V., 281.
8. Kocharjan, G. S., Kocharjan, A. S. (1994). Psihoterapija seksual'nyh rasstrojstv i supruzheskih konfliktov. Moscow: Medicina, 224.
9. Savina, M. V. (2016). Strukturni j fenomenologichni osoblyvosti addyktivnoi' povedinky u zhynok z porushennjam simejnoi' vzajemodii'. Ukrai'ns'kyj visnyk psychonevrologii', 24 (1), 111–115.
10. Linskij, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F. et al. (2010). Addyktivnyj status i metod ego kompleksnoj ocenki pri pomoshhi sistemy AUDIT-podobnyh testov. Psihicheskoe zdorov'e, 6 (49), 33–45.
11. Maruta, N. A., Pan'ko, T. V., Javdak, I. A. et al. (2004). Kriterij kachestva zhizni v psichiatricheskoj praktike. Kharkov: RIF ARSIS, LTD, 239.
12. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., Babich, P. N. (2000). Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovanijah s ispol'zovaniem Excel. Kyiv: Morion, 320.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 19.05.2016*

Савіна Майя Василівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології, Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, пл. Свободи, 4, м. Харків, Україна, 61022
E-mail: ms@kharkov.ua