

вариантами ответа для оценки выраженности признаков и симптомов депрессии. Шкала содержит две субшкалы: аффективно-когнитивную шкалу (пункты 1–13) и шкалу соматических проявлений депрессивного состояния (пункты 14–21). Диагностическое заключение основывается на результатах субъективной оценки своего состояния самим пациентом. Общая сумма баллов, набранных в тесте, варьирует от 0 до 63. Чем выше балл, тем тяжелее у конкретного пациента проявления депрессии: 0–9 — отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 — легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 — умеренная депрессия; 20–29 — выраженная депрессия (средней тяжести); 30–63 — тяжелая депрессия.

Для определения тревожности использовался опросник Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина, состоящий из 40 утверждений: по 20 утверждений для оценки ситуационной и личной тревожности. В опроснике необходимо оценить каждое утверждение относительно того, в какой степени оно соответствует состоянию пациента. Общий итоговый показатель может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При интерпретации показателей использовались следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов — низкая; 31–44 балла — умеренная; 45 и более — высокая тревожность. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного обеспечения «Statistica» 10.0.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

У 10 (33,3 %) женщин на момент обследования признаков депрессии не выявлено. Легкую депрессию имели 14 (46 %) женщин. У 4 (13,3 %) женщин выявлена умеренная депрессия, у 2 (6,7 %) женщин выраженная депрессия.

Низкая ситуационная тревожность выявлена у 5 (16,7 %) женщин, умеренная — у 12 (40 %) женщин, высокая — у 13 (43,3 %).

Низкая личностная тревожность выявлена у 5 (16,7%) женщин, умеренная — у 9 (30 %), высокая — у 16 (53,3 %) женщин.

#### **Заключение**

Практически у всех обследованных женщин с ССЗ выявлены различной степени выраженности ТДР.

У 66,7 % женщин с ССЗ выявлена депрессия, 43,3 % женщин имели высокую ситуационную тревожность, у 53,3 % женщин выявлена высокая личностная тревожность.

Высокая распространенность ТДР у женщин с ССЗ свидетельствует о необходимости углубленного обследования указанной категории пациентов с целью своевременной диагностики нарушений психоэмоциональной сферы и их комплексной коррекции, что существенно улучшит качество жизни и прогноз.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>. — Дата доступа: 21.09.2019.
2. Селиванова, Г. Б. Коморбидный пациент в клинике внутренних болезней: сердечно-сосудистые заболевания и тревога / Г. Б. Селиванова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2017. — № 16(5). — С. 76–80.

**УДК 616.1-055.2-036.82**

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Грекова З. В.**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Одним из актуальных направлений в медицине является изучение качества жизни (КЖ) пациентов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет КЖ как

восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [1]. В медицинской литературе распространен термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (Health-related Quality life) [3]. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает компоненты, ассоциируемые и не ассоциируемые с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на психическое, эмоциональное состояние пациента, его социальный статус.

С целью совершенствования качества оказания медицинской помощи особенно важно изучение КЖ пациентов при лечении хронических заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). По данным ВОЗ ССЗ занимают первое место среди неинфекционных заболеваний по смертности в Республике Беларусь [2]. ССЗ влияют не только на физическое состояние, но и на психологию поведения пациентов, эмоциональные реакции, поэтому эффективная помощь невозможна без всестороннего изучения проявлений заболевания. В связи с этим разработаны стандартные опросники, позволяющие количественно оценить КЖ пациентов. Одним из самых распространенных опросников является SF-36 Health Status Survey [1].

### ***Цель***

Оценить качество жизни женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### ***Материал и методы исследования***

Было обследовано 30 женщин с ССЗ (ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией I–III степени), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении «Гомельской городской клинической больницы № 3». Исследование КЖ проводилось с помощью опросника SF-36, который состоит из 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH).

PF отображает состояние, которое ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице и др.); низкие показатели по этой шкале означают, что физическая активность пациента значительно ограничена состоянием его здоровья. RP – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей); низкие показатели по этой шкале означают, что повседневная деятельность значительно ограничена состоянием пациента. BP — влияние боли на повседневную активность, включая возможность выполнения домашней работы; низкие показатели по этой шкале означают, что боль значительно ограничивает активность пациента. GH — оценка пациентом своего состояния здоровья на текущий момент и в перспективе лечения; чем ниже показатель, тем хуже состояние здоровья. VT — отображает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, бессильным; низкий показатель свидетельствует об усталости пациента, снижении его жизненной активности.

SF — определяет, в какой мере физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); низкий показатель означает значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. RE — позволяет оценить, насколько эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности; низкий показатель по этой шкале интерпретируют как ограничения в исполнении повседневной работы, связанные с ухудшением эмоционального состояния. MH — характеризует настроение, наличие депрессии, беспокойности; низкий показатель свидетельствует о депрессивных, тревожных переживаниях, психическом неблагополучии.

Все шкалы формируют два общих показателя — психологическое и физическое благополучие. Физический компонент здоровья (Ph) охватывает шкалы PF, RP, BP, GH,

психологический компонент здоровья (Mh) — шкалы MH, RE, SF, VT. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов представляет полное здоровье. В настоящее время разработаны нормы показателей здоровья [1]. Так, общие показатели должны быть больше 50.

Средние показатели у пациентов определяли с помощью пакета анализа в системе «Microsoft Office Excel». Все другие статистические расчеты осуществляли с помощью программ «Statistica» 10.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Обследуемые пациенты были разделены на две группы по возрасту: I группа — 14 женщин пожилого возраста (от 61 до 70 лет), средний возраст составил —  $63,7 \pm 2,3$  лет; II группа — 16 женщин среднего возраста (от 52 до 60 лет), средний возраст составил —  $58,1 \pm 2,4$  лет. По каждой из шкал путем обработки данных и выделений средних значений, стандартного отклонения были получены следующие результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели КЖ пациентов с ССЗ в зависимости от возраста

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
I группа	$57,9 \pm 21$	$17,86 \pm 25,5$	$54,8 \pm 26,8$	$52 \pm 13,5$	$47,1 \pm 15,3$	$70,5 \pm 21,7$	$42,9 \pm 40,8$	$56,6 \pm 14,9$
II группа	$85,3 \pm 15,2$	$84,4 \pm 23,4$	$62,3 \pm 13,9$	$77,8 \pm 9,6$	$57,8 \pm 13,1$	$80,5 \pm 14,6$	$66,7 \pm 41,7$	$70,8 \pm 22,1$

В I группе выявили достоверно худшие показатели физического функционирования — PF ( $57,9 \pm 21$ ), ролевой деятельности (RP) — ( $17,86 \pm 25,5$ ), общего здоровья (GH) — ( $52 \pm 13,5$ ), чем аналогичные показатели во II группе —  $85,3 \pm 15,2$ ;  $84,4 \pm 23,4$ ;  $77,8 \pm 9,6$ , соответственно ( $p < 0,05$ ). Показатели телесной боли (BP), жизнеспособности (VT), социального функционирования (SF), эмоционального состояния (RE) в обеих группах достоверно не отличались.

Физический компонент здоровья (Ph) в I группе составил —  $37,3 \pm 6,9$ , во II группе —  $50,7 \pm 6,2$ .

Психологический компонент здоровья (Mh) в I группе составил —  $42,9 \pm 8,7$ , во II группе —  $46,5 \pm 11,3$ .

В I группе достоверно хуже был показатель физического компонента здоровья (Ph) — ( $37,3 \pm 6,9$ ), чем во II группе —  $50,7 \pm 6,2$  ( $p < 0,05$ ). По показателю психологического компонента здоровья (Mh) обе группы достоверно не отличались.

### **Заключение**

Все обследованные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями как в среднем, так и в пожилом возрасте имели снижение оценок по всем показателям качества жизни, а особенно существенные ограничения — в выполнении повседневной деятельности, обусловленной как физическим, так и психическим состоянием (ролевое функционирование).

У женщин пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями достоверно ниже показатели физической активности, ролевой деятельности, связанной с физическим функционированием, общего здоровья.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Качество жизни больных высокого кардиоваскулярного риска с коморбидностью патологии / А. А. Несен [и др.] // Вестник международного центра исследования качества жизни. — 2014. — № 23. — С. 7–12.
2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/314503/Better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems-rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314503/Better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems-rus.pdf). — Дата доступа: 28.09.2019.
3. World Health Organization. Quality of Life Group. What is it Quality of life? // Wid. Hth. Forum. — 1996. — Vol. 1. — P. 29.