

*В. Л. Підлубний*

## БІОПСИХОСОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ВПЛИВУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВОСТІ

*В. Л. Подлубный*

### Биопсихосоциальные факторы влияния на качество жизни и социальное функционирование работников промышленности

*V. L. Pidlubnyi*

### Biopsychosocial factors of influence on quality of life and social functioning workers industry

У статті проаналізовано вплив біопсихосоціальних чинників в житті сучасних працівників промисловості на характеристики якості життя та соціального функціонування. Реалізовано багатфакторний аналіз за допомогою найбільш розповсюджених й перевірених методів, які використовують у соціальній психіатрії. В усіх обстежених встановлено достовірне прогресуюче зниження за сферами та субсферами соціальної складової. Використання комплексу біопсихосоціальних параметрів дозволило визначити превентивні мішені задля профілактики дезадаптаційних реакцій працівників промисловості. Наголошено роль зовнішніх та внутрішніх чинників, соматичного стану.

**Ключові слова:** якість життя, соціальне функціонування, працівники промисловості, біопсихосоціальний підхід, діагностика, аналіз параметрів

В статье проанализировано влияние биопсихосоциальных факторов в жизни современных работников промышленности на характеристики качества жизни и социального функционирования. Реализован многофакторный анализ с помощью наиболее распространенных и проверенных методов, используемых в социальной психиатрии. У всех обследованных установлено достоверное прогрессирующее снижение по сферам и субсферам социальной составляющей. Использование комплекса биопсихосоциальных параметров позволило определить превентивные мишени для профилактики дезадаптационных реакций работников промышленности. Подчеркнута роль внешних и внутренних факторов, соматического состояния.

**Ключевые слова:** качество жизни, социальное функционирование, работники промышленности, биопсихосоциальный подход, диагностика, анализ параметров

The article analyzes the impact of biopsychosocial factors in the life of modern industrial workers on the characteristics of quality of life and social functioning. It implemented a multivariate analysis using the most common and proven methods that are used in social psychiatry. All the patients found a significant decrease in progressive areas and subfer social component. Using a complex biopsychosocial parameters possible to determine the preventive target for the prevention of maladaptive responses of industrial workers. The role of external and internal factors, somatic condition.

**Key words:** quality of life, social functioning, industrial workers, biopsychosocial approach, diagnostics, analysis parameters

У сучасній психіатрії є тенденція до зміщення акцентів з вивчення вузько клінічних проявів психічного захворювання до обстеження пацієнта з усіма його особистісними і соціальними особливостями [1]. З метою практичного застосування нової психосоціальної парадигми в психіатрії А. М. Карповим [2] запропоновано триєдність біопсихосоціальної характеристики людини екстраполювати на «потребову» сферу, пов'язану з емоціями, мотиваціями і поведінкою. Кількісні співвідношення матеріальних, соціальних і духовних потреб укладаються в так звану «матрьосечну» модель, яка чітко відбиває ієрархію масштабів потреб людини, сім'ї та суспільства, їх пріоритетність і конгруентність [2]. У міру накопичення емпіричних даних про якість життя (ЯЖ) хворих з різною патологією розкриваються складності і суперечності, що відображують вихідний конфлікт між гуманістичної та природничо-наукової парадигмою. Якість життя — це показник, що інтегрує велику кількість фізичних, психологічних, емоційних, соціальних характеристик хворого, відображуючи здатність людини адаптуватися до проявів хвороби [3—5]. Концепція ЯЖ сформувалася на теоретичних і методологічних засадах процесу реабілітації. Крім того, формуванню теоретичних засад оцінки ЯЖ сприяла і зміна парадигм психіатрії: акцент був зроблений на концепції психічної адаптації, що розкрита на ґрунті системного підходу і використовує біопсихосоціальну модель для оцінки компенсаторних можливостей особистості, здатності до подолання стресів, хвороби, психологічного і поведінкового подолання її патогенного впливу [1, 2, 7].

Створюване цілісне розуміння хвороби пов'язане з уявленням про комплекс компенсаторно-адаптаційних реакцій організму, а не тільки його адаптацію до нових умов середовища [6, 8]. Це відповідає сучасній біопсихосоціальної моделі людини [1] і біопсихосоціальної парадигмі медицини з формулюванням Всесвітньою організацією охорони здоров'я поняття здоров'я. Розглядаючи соціальну адаптацію, розрізняють якісну і кількісну характеристики. Якісною характеристикою соціальної адаптації є пристосувальна поведінка, що становить «біографічно сформований, модифікований хворобою і ситуацією спосіб взаємодії з дійсністю» [9]. При визначенні кількісної характеристики розглядають рівень функціонування пацієнта у різних соціальних сферах.

Дослідження проводилося на базі Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні в період 2008—2012 рр. До групи обстежених, за умов інформованої згоди, увійшли 982 працівники промислових підприємств, що проходили психопрофілактичні огляди у відповідності до Постанови Кабінету Міністрів України № 1465 від 27.12.2000 року. Обстежені були віком від 20 до 60 років, з них 656 (66,80 %) чоловіків і 326 (34,20 %) жінок, та мали подібні вікові, соціально-побутові та виробничі характеристики, що робить можливим їх зіставлення при клініко-епідеміологічному аналізі психічних розладів.

Психічний стан оцінювали відповідно до критеріїв міжнародної статистичної класифікації хвороб (МКХ-10 і DSM-IV-R). Для досягнення мети використано клініко-епідеміологічний, клініко-психопатологічний та статистичний методи. Як основний інструмент дослідження

застосовували «Базисну карту для клініко-епідеміологічних досліджень», що включала в себе соціально-демографічні відомості; дані анамнезу; відомості про різні форми виробничих чинників, пов'язаних з особливостями праці, стажем; дані про наявність соматичних захворювань. Під час оцінювання чинників психогенезу депресивних розладів та неспсихотичних психічних розладів враховували відносний ризик виникнення цих розладів.

Дослідження ЯЖ проводили з використанням міжнародного опитувальника ВООЗ ЯЖ-100. Підготовку даних до математичної обробки проводили шляхом виявлення та усунення помилкових значень, що виходять за межі системи балів. Математичне оброблення проводили в програмі Microsoft Excel 2010. Під час аналізу результатів використовували методи описової статистики: розраховували медіани, середні, максимальні, мінімальні значення. Статистичну достовірність різниць показників між групами визначали за непараметричними критеріями Манна — Уїтні, *U*-емп. Різницю вважали статистично значущою при  $p < 0,05$ .

Використання вказаних методів і інструментів дозволило виявити серед обстежених осіб три основні групи працівників з різним рівнем психічного здоров'я.

До першої групи були включені практично здорові особи — психічна адаптація (ПА), до другої — ті, що мають потенційний ризик виникнення порушень — психічна дезадаптація (ПДА) — дезадаптаційні реакції та дезадаптаційні стани, до третьої — увійшли працівники з верифікованими порушеннями — неспсихотичними психічними розладами (НППР).

Відповідно, НППР за ознакою ідентифікації розладів склали: невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (НПССР), розлади особистості та поведінки (РОП), психічні розлади, зумовлені ураженням та дисфункцією головного мозку (ПРДГМ). Питома вага кожної із цих груп наведена на рис. 1.

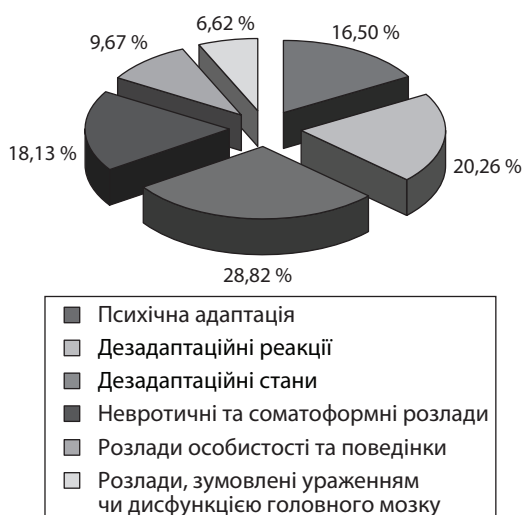


Рис 1. Структура психічного здоров'я працівників промисловості

Вивчення структури чинників у обстежених показало таке: в усіх групах переважну кількість склали чоловіки (близько 73 %), а кількість жінок була достовірно нижчою

( $p < 0,01$ ) в групі ПА порівняно з НППР. Переважна кількість працівників була у віці від 30 до 39 років — 31,5 %. Особи віком 50—60 років переважали в групі з НППР порівняно з ПА.

Серед біологічних чинників значуще місто відведено впливу поєднаної соматичної патології.

Найчастіше спостерігалися «інші соматичні захворювання» (16,85 %). Кожен 10-й з обстежених мав хронічні захворювання дихальної системи (9,14 %), кишково-шлункового тракту (9,51 %) або проблеми опорно-рухової системи (9,67 %). Найрідше спостерігалися захворювання серцево-судинної системи (2 %) та алергічні реакції (1,56 %). Достовірних різниць в групах за даними ознаками не встановлено. Близько 40 % осіб в усіх групах вказали на наявність шкідливої звички — паління. Майже кожен 5-й вказав на часте вживання алкоголю (19,21 %) або наявність зайвої маси тіла (19,48 %). При цьому наявність фактора «емоційного напруження» відмітили лише 12,81 %. Достовірної різниці за цими показниками також не встановлено.

В структурі соціально-гігієнічних чинників у обстежених виявлено, що 43,02 % осіб мали середню та середню спеціальну освіту. Близько 90 % мешкали з сім'єю та у власному житлі (69,12 % — в квартирах та 16,71 % — в будинках). При цьому задоволені своїм матеріальним становищем лише 3,11 % осіб, не задоволені — 15,75 %, решта вважали свій рівень середнім. За жодним з показників соціальних чинників достовірних різниць в цих групах не було.

Аналіз виробничих чинників показав, що у більшості обстежених усіх груп загальний стаж роботи складав до 20 років. Питома вага працівників зі стажем від 20 до 50 років була незначною. Відмічена достовірна різниця в кількості працівників зі стажем до 20 років між першою та третьою групами ( $p < 0,01$ ). Також звертає на себе увагу більша частка працівників, що мають більший загальний стаж роботи, в третій групі, тобто простежується тенденція до появи НППР зі збільшенням стажу роботи. Більшість осіб мали стаж роботи в промисловості від 10 до 30 років в усіх трьох групах. Достовірної різниці за цим показником не встановлено.

Лише 30,31 % обстежених працювали в одну зміну. У більшості працівників був багатозмінний графік роботи, або ж навіть ненормований робочий день (6,35 %). В першій та другій групах достовірно переважав ( $p < 0,01$ ) трьохзмінний режим роботи, а у групі з НППР порівняно з першою — двозмінний. Важкість своєї праці більшість обстежених оцінювали як середню (69,56 %), при цьому достовірно ( $p < 0,01$ ) частіше в групі з ПА порівняно з НППР переважала кількість осіб, що оцінювали умови праці як легкі, а в групі з НППР достовірно частіше як середньої важкості (77,22 %) та важкі (19,53 %). Серед обстежених 62,56 % виконували працю, пов'язану як з фізичним, так і з інтелектуальним навантаженням. Особи, що виконували переважно розумову працю, достовірно частіше ( $p < 0,01$ ) переважали серед обстежених з ПА (перша група) та ПДА (друга група).

Серед шкідливих чинників виробництва найчастіше обстежені відмічали наявність підвищеної вологості повітря (62,06 %) та протягів (52,11 %). Найрідше зустрічались вібрація (15,8 %) та присутність токсичних речовин (24,31 %). Достовірної різниці у зазначених чинниках серед вивчених груп не встановлено.

Для більш поглибленої оцінки ролі виявлених чинників на різні рівні психічного здоров'я та патогенезу психічних розладів використовувалося поняття «відношення шансів».

Встановлено, що до розвитку дезадаптаційних реакцій призводить вплив деяких соціальних чинників, а саме: загальний трудовий стаж 5—10 років (1,93 рази), праця середнього ступеня важкості (1,75 рази); та виробничих — підвищена запиленість (1,86 рази), підвищений рівень шуму (2,09 рази), підвищена вібрація (2,84 рази).

На відміну від групи з дезадаптаційними реакціями, виникненню дезадаптаційних станів сприяв весь комплекс біопсихосоціальних чинників: а) виробничих — підвищений рівень шуму (2,29 рази); б) соціальних — наявність середньої освіти (1,73 рази), праця середнього ступеня важкості (2,9 рази); в) біологічних — приналежність до жіночої статі (2,43 рази) та вік 50—60 років (2,2 рази).

НПССР виникають внаслідок комплексного впливу виробничих, соціальних та біологічних чинників, а саме: виробничих — робота в другу зміну (2,44 рази), 12-годинне чергування (2,18 рази), підвищена запиленість (1,59 рази); біологічних — приналежність до жіночої статі (2,2 рази), вік 50—60 років (2,35 рази), емоційне напруження (1,8 рази); соціальних — праця середнього ступеня важкості (4,12 рази), наявність вищої освіти (1,71 рази).

Екзацербация розладів особистості та поведінки зумовлена впливом таких чинників: соціальних — наявність середньої спеціальної освіти (1,94 рази), загальний трудовий стаж 5—10 років (2,6 рази), стаж роботи в промисловості до 10 років (2,42 рази), праця середнього ступеня важкості (2,01 рази); біологічних — вік 18—29 років (1,98 рази).

На розвиток психічних розладів, зумовлених ураженням та дисфункцією головного мозку чи соматичної хворобою, впливають усі групи чинників: виробничі — фізична праця (2,74 рази), підвищена температура повітря (1,93 рази), підвищена вібрація (2,61 рази); біологічні — приналежність до жіночої статі (8,41 рази), вік 50—60 років (4,42 рази) і вживання алкоголю (2,47 рази), соціальні — загальний трудовий стаж до 40 років (3,06 рази) та стаж роботи в промисловості до 30 років (4,36 рази), праця середнього ступеня важкості (2,88 рази).

Відповідно до концепції біопсихосоціальної парадигми, усі чинники було поділено на біологічні, психогенні виробничі та соціальні. Для кожної з виявлених груп психічного здоров'я був розрахований середній показник ступеня впливу цих груп чинників на його стан.

Наведені результати (рис. 2) свідчать про те, що серед чинників, що призводять до погіршення психічного здоров'я, у працівників промислової популяції переважають соціальні чинники. Істотну значущість мають чинники, пов'язані з професійною діяльністю, найменшу значущість — біологічні чинники. При дезадаптаційних реакціях головну роль відіграють психогенні виробничі чинники, при розладах, зумовлених ураженням головного мозку, — насамперед біологічні та психогенні виробничі чинники. При дезадаптаційних станах, невротичних та особистісних розладах відмічається комплексний біопсихосоціальний вплив досліджених чинників. Ступінь впливу різних груп факторів ризику співвідноситься з рівнем погіршення психічного здоров'я в цих групах.

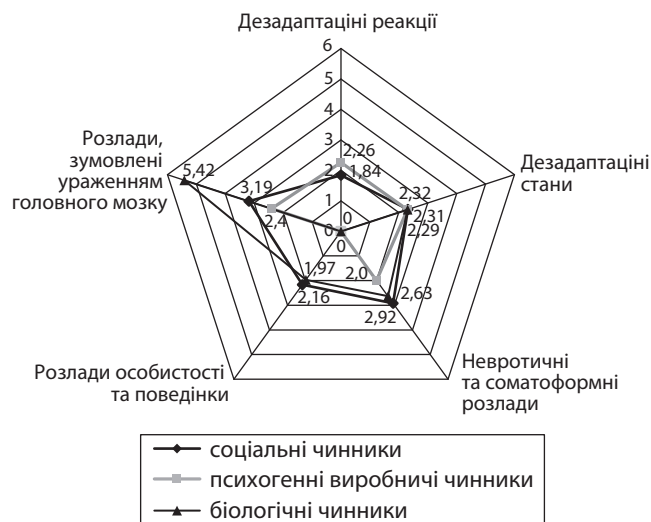


Рис. 2. Ступінь впливу біопсихосоціальних чинників на різні групи психічного здоров'я працівників промислової популяції

Також для проведення порівняльного аналізу впливу клінічних, соціальних та біологічних чинників на показники, що визначають соціальне функціонування (СФ) і ЯЖ, відповідно до концепції біопсихосоціальної парадигми, усі показники ЯЖ та СФ були поділені на біологічні, психологічні та соціальні. Для кожної з виокремлених груп психічного здоров'я був розрахований середній показник ЯЖ та СФ згідно з зазначеними параметрами.

Під час аналізу показників опитувальника ЯЖ за сферами ядерного модуля були відзначені середні або хороші значення. Найвищі інтегральні показники отримано в сфері «Рівень незалежності», яка включає в себе можливість самостійного існування, пересування, відсутність проблем під час виконання повсякденних справ і обов'язків, а також відсутність залежності від прийому ліків та інших видів лікування (15,73 ± 0,89).

Середні оцінки отримані також в сферах «Соціальні відносини» (14,86 ± 0,99), «Духовна сфера» (14,32 ± 0,55), «Фізична сфера» (14,26 ± 0,87) та «Психологічна сфера» (14,19 ± 0,39).

Найнижчими виявились оцінки загального рівня ЯЖ «G» (13,38 ± 0,61), та сфери «Навколишнє середовище» (12,72 ± 0,80) — сфери, в якій розглядаються 8 субсфер життя: особиста свобода і безпека, житлові умови і навколишнє середовище будинку, фінансова забезпеченість, можливості отримання інформації, а також соціальної та медичної допомоги, екологічні особливості середовища, наявність/відсутність транспорту.

Слід зазначити, що відносно групи з ПА, достовірне ( $p < 0,05$ ) зниження показників ЯЖ встановлено в усіх інших групах за сферою «Навколишнє середовище», яка є найбільш проблемною в обстежених. В групі з дезадаптаційними станами, окрім цього, виявлено погіршення психологічної (фізична сфера та навколишнє середовище) та психологічної (духовна та психологічна сфери) складових та загальної оцінки ЯЖ в цілому.

При невротичних розладах, окрім сфери «Навколишнє середовище», визначено зниження загальної оцінки ЯЖ «G» та загального рівня ЯЖ. Також достовірно низьку оцінку отримав біологічний компонент у осіб з роз-

ладами особистості та поведінки. Найбільшу кількість низьких оцінок сфер ЯЖ отримано в групі з ПРДГМ. Так, найнижчі оцінки серед усіх груп обстежених отримані за біологічною складовою (фізична сфера — 12,68, навколишнє середовище — 11,75) та соціальною (рівень незалежності — 14,07, соціальні відносини — 13,11). Також найнижчим виявився «Загальний рівень» оцінки ЯЖ — 76,98 у цієї групі.

Під час оцінювання субсфер, умовно віднесених до структурних компонентів соціальної складової, встановлено, що саме вона є найбільш вразливою серед комплексу біопсихосоціальних параметрів. А саме — в усіх групах обстежених встановлено достовірне прогресуюче зниження за субсферами F16 — фізична працездатність, F17 — навколишнє середовище будинку, F19 — медична/соціальна допомога та F23 — транспорт. Так само як в групі дезадаптаційних реакцій, в групах обстежених з НППР встановлені низькі показники за субсферою F20 — можливість отримання інформації, що свідчить про необхідність використання інформаційної терапії для корекції цих станів.

Звертає на себе увагу достовірне зниження компонентів психологічної складової серед обстежених осіб усіх груп, а саме субсфери F4 — позитивні емоції, F5 — пізнавальні функції та F24 — духовність / особисті переконання, які є найбільш вразливими в даному контингенті. Також в усіх групах, окрім групи з дезадаптаційними реакціями, характерним є збільшення показника F8 — негативні емоції, що узгоджується з попередніми результатами щодо зниження позитивних емоцій.

Найменш вразливою в популяції працівників промисловості є біологічна складова. Характерним для дезадаптаційних реакцій та станів є низькі показники за субсферами F10 — виконання повсякденних справ та F12 — здатність до праці, що відображує зниження працездатності в цих групах в цілому. Слід також звернути увагу на субсферу F1 — фізичний біль, дискомфорт, що має достовірно низькі показники в усіх групах обстежених, окрім дезадаптаційних реакцій.

Наведені результати (рис. 3) свідчать, що найвищі показники ЯЖ, що встановлені у працівників промислової популяції, отримано за компонентами біологічної складової — в середньому  $15,28 \pm 1,18$ . Дещо нижчими виявилися показники психологічної складової —  $14,19 \pm 0,16$ , найнижчими — соціальною —  $13,25 \pm 0,28$ . При цьому найвищі показники біологічної та психологічної складових були в групі осіб з НППСР (15,96 і 14,28 відповідно), соціальної — в групі дезадаптаційних реакцій (13,84). Найнижчі показники за всіма основними біопсихосоціальними компонентами були встановлені в групі з ПРДГМ, а саме: психологічна складова — 14,03; біологічна — 13,76; соціальна — 12,35.

З метою статистичного вивчення зв'язку між біопсихосоціальними компонентами ЯЖ та факторами впливу нами визначено фактичний ступінь паралелізму між двома кількісними рядами досліджуваних ознак і міцність цього зв'язку за допомогою кількісно вираженого коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. При використанні коефіцієнта рангової кореляції умовно оцінюють міцність зв'язку між ознаками, вважаючи значення коефіцієнта рівня 0,3 і менше — показниками слабкої міцності зв'язку; значення більш ніж 0,4, але менше 0,7 — показниками помірної міцності зв'язку, а значення 0,7 і більше —

показниками високої міцності зв'язку. При додатному значенні коефіцієнта зв'язок вважається прямим, при від'ємному — зворотним.

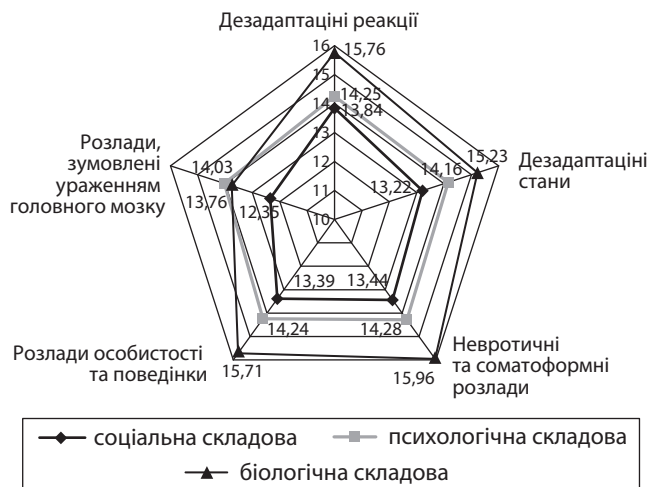


Рис. 3. Біопсихосоціальні показники субсфер ЯЖ в різних групах психічного здоров'я працівників промислової популяції

Між всіма зазначеними компонентами встановлений чіткий зворотний зв'язок. Тобто рівень ЯЖ та СФ пропорційно знижується зі збільшенням дії несприятливих біологічних, психосоціальних чинників. Найбільше цей зв'язок визначається у психологічному компоненті ( $r = -0,7$  — сильний та зворотний). В соціальному ( $r = -0,5$ ) та біологічному ( $r = -0,4$ ) цей зв'язок є помірним. Статистична значимість отриманих коефіцієнтів, оцінена за допомогою  $t$ -критерію Стьюдента (психологічного — 23,2, соціального — 27,17 та біологічного — 8,43), підтверджує, що кореляційний зв'язок є статистично значущим ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, біологічні, психологічні та соціальні чинники, що призводять до погіршення рівня психічного здоров'я, виявляють прямий зв'язок з поширеністю нервово-психічних розладів та зворотний достовірний взаємозв'язок з рівнем самооцінки ЯЖ та СФ, насамперед у соціальній сфері та таких субсферах як особиста свобода і безпека, житлові умови і навколишнє середовище будинку, фінансова забезпеченість, можливості отримання інформації, соціальної та медичної допомоги, екологічні особливості середовища, наявність/відсутність транспорту.

Досить значущим є надлишок ситуацій, пов'язаних з переживаннями негативних емоцій; професійна емоційна напруженість, негативний вплив десинхронозу на фізичний і психічний стан.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

1. Серед біопсихосоціальних чинників, що призводять до погіршення психічного здоров'я у працівників промислової популяції, переважають несприятливі соціальні чинники, чинники, пов'язані з професійною діяльністю, професійні шкідливості, психофізичні перевантаження, вид праці, тривалість роботи в промисловості. На всіх рівнях психічного здоров'я, окрім дезадаптаційних реакцій, ступінь впливу цих чинників збільшується та має комплексний характер.

2. За результатами аналізу ЯЖ та СФ, в усіх обстежених встановлено достовірне прогресуюче зниження за сферами та субсферами соціальної складової — навколишнє середовище будинку, медична/соціальна допомога та транспорт. Як найбільш проблемну в обстеженому контингенті слід зазначити сферу соціальної складової «Навколишнє середовище».

3. Встановлений чіткий достовірний ( $p < 0,05$ ) зворотний зв'язок між рівнем ЯЖ і СФ та дією різноманітних біопсихосоціальних чинників, що призводять до погіршення психічного здоров'я у працівників промислової популяції. Найбільше виражений цей зв'язок з психологічним компонентом ( $r = -0,7$ ) менше — з соціальним ( $r = -0,5$ ) та біологічним ( $r = -0,4$ ).

4. З урахуванням синергетичного впливу біопсихосоціальних чинників, превентивними мішенями в профілактиці дезадаптаційних реакцій, станів та НППР мають бути загальний рівень освіти та доступу до інформації; шкідливі звички; зовнішні психогенні чинники (екстремальні умови, пов'язані з професією); зовнішні психічні чинники (ситуації переживання негативних емоцій в сім'ї; професійна емоційна напруженість, антиципація настання несприятливого результату); наявність соматичної патології.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть в використанні даних про ступінь впливу клінічних, соціальних та біологічних чинників на показники, що визначають СФ і ЯЖ, при проведенні заходів на етапах як діагностики захворювання, так і лікування та реабілітації, з використанням всього комплексу біопсихосоціальних параметрів.

#### Список літератури

1. Зимаков А. Ю. Экстраполяция биопсихосоциальной структуры человека на распространенность соматоформных расстройств / А. Ю. Зимаков, А. М. Карпов // Казанский медицинский журнал. — 2007. — Т. 88. — №1. — С. 71—74.

2. Карпов А. М. Развитие биопсихосоциальной парадигмы человека и медицины в трудах ученых и врачей Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ РТ / А. М. Карпов // Актуальные вопр. социальной и судебной психиатрии, психотерапии и клинической психологии / А. М. Карпов, А. М. Валеева, Ф. Ф. Гатин [и др.] ; под ред. Ф. Ф. Гатина. — Казань : Медицина, 2006. — С. 14—23.

3. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах / Л. И. Вассерман, С. А. Громов, В. А. Михайлов [и др.] // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. — 2001. — Т. 100. — №1—2. — С. 103—114.

4. Ситдииков З. А. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения / З. А. Ситдииков, И. Е. Куприянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2004. — № 2 (32). — С. 15—17.

5. Шмуклер А. Б. Проблема использования понятия «качества жизни» в психиатрии / А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — № 1. — С. 100—105.

6. Петров В. И. Проблема качества жизни в биоэтике / В. И. Петров, Н. Н. Седова. — Волгоград : «Издатель», 2001. — 96 с.

7. Newbury-Birch D. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction and personality characteristics in preregistration house officers / D. Newbury-Birch, F. Kamali // Postgrad. Med. J. — 2001. — Vol. 77. — № 2. — P. 109—111.

8. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. — СПб., 1998. — С. 15—22.

9. Кабанов М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т. 11, № 1. — С. 22—27.

*Надійшла до редакції 11.09.20015 р.*

**ПІДЛУБНИЙ Віталій Леонідович**, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя ; e-mail: pvl123@mail.ru

**PIDLUBNY Vitaliy**, MD, PhD Associate Professor of the Department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology of Zaporizhzhia State medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia; e-mail: pvl123@mail.ru