



В.І. Клименко¹, А.Ю. Діхтяр²

ВПЛИВ ЧИННИКІВ СЕРЕДОВИЩА НА ВИНИКНЕННЯ ТА ПЕРЕБІГ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

¹Запорізький державний медичний університет,

²Бердянський психоневрологічний диспансер

Ключові слова: чинники ризику, психічні захворювання, населення похилого та старечого віку.

Ключевые слова: факторы риска, психические заболевания, население пожилого и старческого возраста.

Key words: risk factor, psychiatric diseases, elderly population.

На підставі медико-соціального дослідження встановлено провідні екзо- та ендогенні чинники середовища, що призводять до психічних захворювань. Доведено, що найвагомішими чинниками ризику порушення психічного здоров'я населення похилого та старечого віку є соціально-економічні.

На основании медико-социального исследования установлены ведущие экзо- и эндогенные факторы, которые вызывают психические заболевания. Доказано, что ведущими факторами риска нарушения психического здоровья у населения пожилого и старческого возраста являются социально-экономические.

On the basis of medico-social investigation, the leading exogenous and endogenous factors of mental disorders were determined. It was proved that the leading risk factors of mental health disturbance of elderly population were socio-economical factors.

Основною метою реформування загальної системи охорони здоров'я України, яке почалось у січні 2011 р. в пілотних регіонах та вже має свою нормативно-правову базу, є надання доступної та якісної медичної допомоги населенню держави [1]. Провідним напрямком реформування є забезпечення пріоритету первинної медико-санітарної допомоги та відродження авторитету лікаря загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП-СМ). При наданні спеціалізованої медичної допомоги, до якої належить і психіатрична, необхідно ширше впроваджувати стаціонарозамінні форми на амбулаторному рівні, що дозволяє економно використовувати фінанси та здійснити розмежування стаціонарної медичної допомоги залежно від її інтенсивності.

Важливим чинником, від якого залежатимуть витрати на медичну допомогу, є старіння населення. Здоров'я літньої людини – визначальний чинник формування потреби в медичній і соціально-побутовій допомозі. Особливості стану здоров'я населення «геронтологічного віку»: рівень загальної захворюваності в 1,7–2,0 рази перевищує аналогічний показник населення середнього віку; множинність захворювань – у віковій групі 60–69-річних 40,2% осіб мають одночасно 4–5 захворювань, серед 75-річних і старших 65,5% осіб страждають від 5 і більше хвороб одночасно; понад 85% усіх захворювань складають патології серцево-судинної, дихальної, нервової, кістково-м'язової систем і органів травлення; збільшення онкологічних та ендокринних захворювань; розвиток розладів, пов'язаних з віком, наприклад, хвороба Альцгеймера, деменція тощо [2]. У зв'язку з цим, хвороби набувають хронічного, комплексного, взаємообтяжуючого характеру з атипичним перебігом, частими загостреннями й ускладненнями, тривалою реконвалесценцією; обмеженням або втратою фізичних можливостей і здатності до самооб-

слуговування внаслідок захворювань. Як наслідок, зростає потреба в медико-соціальній допомозі у стаціонарних, амбулаторно-поліклінічних, реабілітаційних закладах або вдома. Отже, очікуване щорічне збільшення населення похилого та старечого віку призведе до зростання фінансових витрат на медичну допомогу на всіх рівнях, оскільки процес старіння супроводжується зміною всіх функцій організму, як біологічних, так і психічних. Психічні захворювання у осіб похилого та старечого віку проявляються як на межі норми та патології психічних розладів, так і у вигляді значних порушень психіки: виразні розлади пам'яті, деменція тощо. Відомо, що використання ресурсів медичної та соціальної допомоги достовірно корелює з тяжкістю психічного та фізичного функціонування організму [3].

За даними спеціалізованої літератури, в Росії серед пацієнтів первинної ланки питома вага тих, які мають порушення тривожного спектра, включаючи соматоформні, складає майже 46% [4]. За даними Європейського бюро ВОЗ, 47,2% з панічними розладами та 62,3% хворих з тривожними розладами не отримують лікування, а серед людей похилого та старечого віку спостерігають зростання депресій і невротичних соматоформних порушень психіки. Поширеність симптомів тривоги в структурі депресивних і невротичних порушень серед населення похилого та старечого віку пов'язують з прийомом транквілізаторів – до 15% населення даної категорії [5].

Отже, виникає необхідність у дослідженні чинників ризику розвитку психічних захворювань з метою розробки профілактичних заходів.

МЕТА РОБОТИ

Вивчення екзо- та ендогенних чинників, що призводять до виникнення порушень психічної складової здоров'я населення похилого та старечого віку.



ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Територія спостереження – м. Бердянськ Запорізької області, що одночасно є промисловим регіоном (має великий морський порт) і курортним містом. Обстеження хворих проводили на базі Бердянського психоневрологічного диспансеру та Бердянської міської лікарні. Для комплексного дослідження між зазначеними лікарнями (окремо кожною з них в особі головного лікаря) та Запорізьким державним медичним університетом укладено угоди на проведення дослідження.

Перевірка гіпотези дослідження про вплив особливих соціально-психологічних чинників ризику на стан психічного здоров'я населення похилого та старечого віку вимагало, як це передбачено його програмою, вивчення способу життя та інших екзо- та ендогенних.

З метою аналізу даних ЧР розроблено спеціальну анкету, що включала наступні блоки: загальний (вік, стать), критерії соціального благополуччя (матеріально-побутові умови, рівень добробуту та харчування, рівень прибутку на одного члена сім'ї), соціальний стан на момент обстеження, стаж роботи, дуже ретельно розглядали сімейний стан (наявність чоловіка/жінки, дітей), родинні стосунки, взаємовідносини в родині, наявність конфліктів та їх причини тощо.

За умови інформованої згоди проанкетовано 482 особи похилого та старечого віку від 60 до 81 років (середній вік $73,24 \pm 10,33$ років), з них 290 жінки (60,17%) і 192 чоловіка (39,83%).

Результати вносили в спеціально створену базу даних, формування зведених таблиць проводили за допомогою програми MS Excel. При обробці отриманого матеріалу розраховували частоту поширення чинників на 100 опитаних загалом, у статевих групах, а також у порівнянні між хворими, які мають порушення психоемоційного стану чи ні (на момент огляду). Для статистичної обробки матеріалу розроблено комп'ютерні програми для розрахунку відносних величин, їх похибок, t-тесту на основі Microsoft Excel. Для розрахунку відношення шансів використано програму «Shancy».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні встановлено, що здоров'я об'єкта управління залежить від численних екзо- та ендогенних чинників, корекція яких лежить у межах компетенції державних, громадських, освітніх, медичних, соціальних та інших інституцій суспільства, а також від укладу сім'ї та поведінки особистості. Однією з особливостей періодів особистостей похилого та старечого віку як у відносно здорових, так і хворих людей є соціально-психологічна перебудова, що викликає значні стреси й напруження адаптаційно-приспосувальних механізмів організму. Тому при створенні анкети велику увагу приділяли саме цьому блоку питань.

Найвпливовішим чинником, що викликає порушення психічного здоров'я, визначено самотність, яку відзначали $70,8 \pm 13,4\%$ (на 100 опитаних) людей похилого та старечого віку; вона майже у тричі збільшувала шанси виникнення

психічного захворювання (відношення шансів $OR=2,74$, 95% CI: 1,83–4,12; $p<0,05$) серед досліджуваної категорії хворих. Однак наявність самотності залежить також від її тривалості, віку, коли людина стала самотньою та статі. Встановлено, що ризик виникнення психічного захворювання за наявності самотності збільшується з віком, особливо серед чоловіків, при самотності (одиноке проживання без членів родини) тривалістю до 5 років. Серед жінок найчастіше спостерігали зміни в психічному стані при довготривалому, понад 10 років, відчутті самотності.

Доведено, що смерть дружини чи чоловіка, роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення), розрив з партнером, смерть близького члена родини в 3,8 рази (відношення шансів $OR=3,77$, 95% CI: 2,83–6,21; $p<0,05$) збільшували шанси виникнення відчуття страху смерті, чи того, що може статись щось жахливе; такий чинник визначали $78,2 \pm 8,1\%$ (на 100 опитаних) та викликало надмірне занепокоєння власним здоров'ям у $63,4 \pm 5,7\%$ (на 100 опитаних) людей похилого та старечого віку.

Поряд із зазначеними соціальними чинниками, що впливають на психічний стан особистості, враховуючи велике значення, яке ВООЗ надає рівню соціально-економічного благополуччя, як головним детермінантам здоров'я населення сучасності, у дослідженні вивчали його економічні аспекти. Вихід на пенсію після досягнення пенсійного віку чи звільнення з роботи в зв'язку зі скороченням як працюючого пенсіонера в 7,2 рази (відношення шансів $OR=7,23$, 95% CI: 4,13–11,1; $p<0,05$) збільшували ризик виникнення порушення психоемоційного стану серед людей похилого та старечого віку. Це, на наш погляд, пов'язано з тим, що $67,8 \pm 3,7\%$ (на 100 опитаних) респондентів отримують пенсії нижче прожиткового мінімуму, знаходячись на порозі бідності. Особи похилого та старечого віку належать до тієї категорії народились і прожили більшість свого життя в радянські часи, відкладаючи заощадження: $92,3 \pm 7,4\%$ (на 100 опитаних) мали збереження, якими нині не можуть скористатись.

Усе зазначене призвело до змін умов життя та відмови від особистих звичок, зміни стереотипів поведінки, зміни звичок, пов'язаних з проведенням дозвілля, залежності від інших людей, деяким довелося змінити місце проживання, що спричинило посилення конфліктних відносин з родичами.

Такі суттєві зміни в соціально-економічних умовах не могли не позначитись на звичках, пов'язаних з харчуванням, які відзначали $84,1 \pm 4,9\%$ (на 100 опитаних), та порушенні сну – важкість засинання у $62,5 \pm 8,9\%$ (на 100 опитаних) та прокидання посеред ночі чи неспокійний сон у $75,1 \pm 11,2\%$ (на 100 опитаних) респондентів.

Усе зазначене потребує внесення корективів у систему медичної допомоги хворим похилого та старечого віку з порушеннями психічного здоров'я. «Переносячи все на плечі ЛЗП-СМ» не можна припуститись помилки провідних країн Європи, де, за даними наукових досліджень, серед пацієнтів ЛЗП-СМ спостерігається накопичення тривожних розладів у людей похилого та старечого віку: частота невротичних порушень складає 27%, депресій – 24%,



деменцій – 11%, але найголовніше з цих даних це те, що лише тільки 10% пацієнтів були консультовані психіатром» [6,7]. Отже, виникає необхідність не тільки в чіткому розмежуванні функціональних обов'язків між ЛЗП-СМ і психіатричною службою, але й між фахівцями самої служби: лікар психолог, психотерапевт, психіатр.

ВИСНОВКИ

Доведено, що негативні умови в соціальній сфері викликають емоційне перенапруження особистості та порушують її психічне благополуччя, призводячи до виникнення психічних захворювань. Факторами, що сприяють захворюваності та поширеності психічних хвороб, є комплексна дія ендо- та екзогенних чинників.

Показано, що найбільш шкідливими серед ендо- та екзогенних чинників є соціально-економічні зміни в житті особистості: самотність, яку відзначали 70,8±13,4% (на 100 опитаних) людей похилого та старечого віку, майже у тричі збільшує шанси виникнення психічного захворювання (відношення шансів OR=2,74, 95% CI: 1,83–4,12; p<0,05); вихід на пенсію після досягнення пенсійного віку чи звільнення з роботи у зв'язку зі скороченням як працюючого пенсіонера в 7,2 рази (відношення шансів OR=7,23, 95% CI: 4,13–11,1; p<0,05) збільшують ризик виникнення порушення психоемоційного стану серед людей похилого та старечого віку

Встановлено, що смерть дружини чи чоловіка, роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення), розрив з партнером, смерть близького члена родини в 3,8 рази (відношення шансів OR=3,77, 95% CI: 2,83–6,21; p<0,05) збільшують шанси виникнення відчуття страху смерті, яке відзначають 78,2±8,1% (на 100 опитаних), викликає

надмірне занепокоєння власним здоров'ям у 63,4±5,7% (на 100 опитаних) людей похилого та старечого віку

Перспективи подальших досліджень полягатимуть у розробці моделі організації психіатричної допомоги населенню похилого та старечого віку з урахуванням виявлених чинників ризику.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України від 01.09.2011 № 557 «Про затвердження примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110901_557.html
2. Психические расстройства позднего возраста [Електронний ресурс] / В.П. Пиотровская // Электронный учебник «Психиатрия и наркология». – СПб.: ГМУ им. академика И.П. Павлова. – Режим доступа: <http://spbmu.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyk-po-psihiatrii/tema-no13-psiicheskie-rasstrojstva-pozdneho-voznasta-psiicheskie-rasstrojstva-pozdneho-voznasta-v-r-piotrovskaa>
3. Paul McNamee. Затраты на деменцию в Англии и Уэльсе в XXI столетии / Paul McNamee, John Bond, Debbie Buck // British journal of psychiatry. – 2001. – №12. – С. 179, 261–266.
4. Михайлова Н.М. Тревожное расстройство в позднем возрасте / Н.М.Михайлова, Т.М. Суряченко // Русский медицинский журнал. – 2006. – №29. – С. 2080–2085.
5. Delaberto M.-J. Psychotropic Drug and Cognitive Decline Among Older Men and Women / M.-J. Delaberto // Int. J. Geriatr. Psychiat. – 1997. – Vol. 12. – P. 567–574.
6. Shah R. General practice consultation rates for psychiatric disorders in patients aged 65 and over: prospective cohort study / R. Shah // Int. J. Geriatr. Psychiat. – 2001. – Vol. 16, №1. – P. 57–63.
7. Wilkinson D. Older patients referred to a consultation-liaison psychiatry clinic / D. Wilkinson // Int. J. Geriatr. Psychiat. – 2001. – Vol. 16, №1. – P. 100–105.

Відомості про авторів:

Клименко В.І., д. мед.н., зав. каф. охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи ЗДМУ.

Діхтяр А.Ю., дільничий лікар психіатр диспансерного відділення КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер».

Адреса для листування:

Клименко Вікторія Іванівна. 69035, м. Запоріжжя, пр-т Маяковського, 26, каф. охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи ЗДМУ.

Тел.: (061) 236 22 90.

Поступила в редакцію 21.11.2011 г.