

М.Ю. ВОРОБЕЦЬ

*Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра пульмонології з курсами інфекційних хвороб та дерматовенерології, Ужгород*

## **ЕТНОСОЦІАЛЬНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ТА КОМПЕНСАТОРНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ СЕРЕД УГОРСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) сьогодні – одна із найбільш стратегічних й обтяжливих медико-соціальних проблем як в нашій країні, так і в усьому світі. Важлива умова ефективності базисної терапії ХОЗЛ – контроль за перебігом хвороби, підвищення прихильності пацієнтів до лікування, позитивних змін у їх способі життя. Проте ці фактори діють у етносоціальному середовищі, де етнічні групи відрізняються ставленням як до феномену здоров'я людини в цілому, так і до її хвороб зокрема. На прикладі хворих на ХОЗЛ – представників угорської етнічної спільноти Закарпатської області робиться висновок, що під час діагностики й лікування цієї хвороби лікарю слід зважати на рівень соціалізації пацієнтів, їх соціально-економічні умови проживання, менталітет, особливості психічного складу, рівень соціального й етнічного самопочуття.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, якість життя, тривожність, депресія, самоконтроль перебігу хвороби

**Вступ.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на сучасному етапі є однією з важливих проблем охорони здоров'я, тому що асоціюється з неухильним зростанням захворюваності, інвалідності та смертності. Проте справжнє розповсюдження ХОЗЛ невідоме, адже у багатьох пацієнтів захворювання не діагностується. Сьогодні у Європі живе 30 млн. пацієнтів із ХОЗЛ, а в усьому світі їх приблизно 210 млн. Щорічно ХОЗЛ стає причиною смерті більше 3 млн. людей, що складає 5 % усіх смертельних випадків. На думку експертів ВООЗ, у 2030 році ХОЗЛ стане основною причиною смерті в усьому світі [1].

Зазначимо, що багато пацієнтів із ХОЗЛ звикають за своїм станом і недооцінюють деструктивний характер проявів хвороби. Так, у США прихильність до лікування пацієнтів із респіраторною патологією складає лише 40 %, у країнах ЄС – від 60 до 70 %. Ще більш низькою є прихильність пацієнтів із тяжким перебігом ХОЗЛ до базисної терапії – від 12-26 % у країнах ЄС до 9 % – в Японії [2].

Головною перешкодою успішного лікування ХОЗЛ, на нашу думку, є труднощі партнерства між лікарем і пацієнтом, що веде до неправильного сприйняття рекомендацій та недотримання медикаментозного режиму. Однак значення має не лише прихильність до лікування, а й спосіб життя хворого [2], медико-соціальні, соціально-економічні та соціально-психологічні чинники [3, 4, 5, 6, 7]. Проте названі фактори діють не просто у соціальному, а в етносоціальному середовищі, де етнічні групи відрізняються кількісними і якісними показниками ставлення до способу життя, феномену здоров'я, людських хвороб у цілому і ХОЗЛ зокрема. На жаль, такий підхід до вивчення

проблеми ще не став предметом дослідження українських учених, незважаючи на те, що Україна є багатонаціональною державою. Відсутність науково обгрунтованої моделі ведення хворих на ХОЗЛ у поліетнічному середовищі та необхідність її розробки на основі з'ясування впливу етносоціальних та психологічних факторів впливу на перебіг хвороби зумовили актуальність і визначили мету нашого дослідження.

Вибір для цього дослідження пацієнтів із ХОЗЛ угорської національності в поліетнічному Закарпатті був не випадковим. Друга за чисельністю національна меншина краю – угорці складає на день останнього перепису 12,1% всього населення. Дві третини закарпатських угорців проживають у населених пунктах, де вони складають більшість. Серед угорців великий відсоток (64,6 %) сільських жителів.

Зовні угорська меншина виглядає більш-менш задоволеною рівнем медичного обслуговування, матеріального і культурного життя. Становище співплемінників на Закарпатті офіційні кола Угорщини оцінюють як взірцеве порівняно з іншими сусідніми країнами. Водночас, як стверджують дослідники, угорці на Закарпатті відчувають певний соціальний і етнічний дискомфорт. Вони стурбовані погіршенням фізичного здоров'я, екологічної безпеки, соціальної захищеності, звуженням можливостей збереження і розвитку рідної мови, задоволення інших духовних потреб. Характерно, що у реалізації своїх життєвих планів угорці здебільшого розраховують не на державу та її інститути, а на власні сили, сім'ю, родичів і друзів [8].

Дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний універси-

тет» «Вивчення психосоматичних і клініко-патогенетичних основ та механізмів патологічних та компенсаторних реакцій при пульмонологічній патології, поєднаній із захворюваннями інших систем, серед населення Закарпаття» (номер державної реєстрації 0110U005815).

**Мета дослідження.** Визначити основні етносоціальні та психологічні фактори впливу на формування патологічних та компенсаторних реакцій у пацієнтів із ХОЗЛ серед угорського населення Закарпатської області.

**Матеріали та методи.** Нами було проведено анкетне опитування 200 хворих із діагнозом ХОЗЛ, які знаходилися на диспансерному обліку в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини у 26 населених пунктах області з компактним проживанням угорського населення: 101 чоловік та 99 жінок віком  $53,7 \pm 1,1$  року.

Розроблена нами анкета складається із трьох частин. У першій містяться запитання етносоціального характеру: належність до певної етнічної групи, ступінь володіння державною мовою, стать, вік, освіта, житлові умови, характер зайнятості, вживання алкоголю, куріння тютюну, тривалість захворюваності, прихильність до лікування, фактори, які, на думку респондента, можуть полегшити перебіг хвороби тощо.

Друга частина анкети містить новий тест для оцінки якості життя (ЯЖ) хворих на ХОЗЛ – САТ тест (COPD Assessment Test). Тест розроблений під керівництвом Р.В. Jones, професора пульмонології Університету Святого Георгія (Лондон, Великобританія) [9]. Тест містить 8 запитань, за кожне з яких нараховується відповідна кількість балів. Сума балів (від 0 до 40) дозволяє визначити, наскільки ХОЗЛ впливає на якість життя пацієнта. Тест простий і може бути використаний практично кожним респондентом.

У третій частині анкети розміщений тест на визначення тривожності і депресії (методика «ТіД»), розроблений російськими вченими [10]. Тест містить 20 запитань, біля кожного з яких тому, хто тестується, пропонується проставити певне числове значення (від 1 до 5). Значення, подані в тесті, замінюються діагностичними коефіцієнтами. Після перекодування підраховується алгебраїчна сума (з урахуванням додатного і від'ємного знака) діагностичних коефіцієнтів для кожної шкали окремо. Сума коефіцієнтів, більша (+1,28), свідчить про задовільний психічний стан. Сума, що менша (-1,28), свідчить про явне психологічне напруження, тривожність, депресію.

За бажанням респондентів їм видавалися анкети українською, російською або угорською мовами. Статистична обробка даних проводилася з використанням спеціалізованого пакета прикладних програм SPSS та MSeXcel.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Нами встановлено, що майже половина ( $46,2 \pm 3,5\%$ ) респондентів-угорців не володіють

вільно українською мовою. Із них  $48,9 \pm 5,2\%$  повідомили, що ця обставина заважає їм у лікуванні хвороби. Серед останніх  $53,3 \pm 7,4\%$  – чоловіки та  $46,7 \pm 7,4\%$  – жінки. Характерно, що наявність осіб, які не володіють вільно українською мовою, спостерігається у всіх вікових групах, однак більше половини їх віком понад 55 років.

Дослідження показало, що у  $44,0 \pm 3,5\%$  пацієнтів відсутні ознаки ожиріння, а у  $34,0 \pm 3,3\%$  наявний початковий ступінь ожиріння. Перший ступінь ожиріння виявлено у  $15,5 \pm 3,6\%$  опитаних, другий – у  $3,5 \pm 1,3\%$ , третій – у  $3,0 \pm 1,2\%$  респондентів. Середнє значення індексу маси тіла (ІМТ) у вибірці складає  $26,5 \pm 0,4$  одиниць.

Вищу та незакінчену вищу освіту мають  $16,5 \pm 2,6\%$  респондентів, середню –  $65,5 \pm 3,4\%$ , початкову –  $18,0 \pm 2,8\%$  респондентів. Працюють  $42,0 \pm 3,4\%$  респондентів, однак лише  $9,0 \pm 2,0\%$  із них вважають свої умови праці шкідливими. Робота ще  $9,0 \pm 2,0\%$  пацієнтів пов'язана з частими роз'їздами, нерегулярним харчуванням і недосипанням. Регулярно виїжджають на заробітки за межі області лише  $4,0 \pm 1,3\%$  респондентів. Вважають себе багатими  $1,5 \pm 0,8\%$ , із середнім рівнем достатку –  $54,3 \pm 3,5\%$ , із низьким рівнем достатку –  $33,5 \pm 3,4\%$ , бідними –  $10,7 \pm 2,2\%$  пацієнтів. Середня площа будинку (квартири) респондентів складає  $99,9 \pm 2,4$  кв.м, а на одного мешканця припадає  $37,0 \pm 2,1$  кв.м. Використовують природний газ для опалення і приготування їжі  $78,4 \pm 2,9\%$  пацієнтів. У середньому сім'я респондента складається з  $3,5$  особи. Очевидно, що зазначені соціальні фактори незначним чином впливають на розповсюдження і перебіг ХОЗЛ серед угорського населення області.

Вживають алкогольні напої  $26,6 \pm 3,1\%$  респондентів, із яких  $73,6 \pm 6,0\%$  – чоловіки і  $26,4 \pm 6,0\%$  – жінки. Вживали алкоголь п'ять разів і більше на день упродовж останнього місяця перед опитуванням  $9,5 \pm 3,5\%$  хворих. У зв'язку зі станом здоров'я лікарі пропонували кинути вживати алкоголь  $51,9 \pm 6,8\%$  хворим. Проте лише  $31,5 \pm 6,3\%$  із них задумувалися над тим, що треба позбутися цієї шкідливої звички.

Упродовж життя курили  $44,5 \pm 3,5\%$  респондентів, серед яких  $24,7 \pm 4,5\%$  – жінки. Індекс курця становить  $23,45 \pm 1,6$  пачки/років. На момент опитування курили  $35,5 \pm 3,3\%$  респондентів, із яких  $26,7 \pm 5,2\%$  жінок. Уперше почали курити угорці-пацієнти з ХОЗЛ у віці  $19 \pm 1,3$  року. Підтвердили факт пасивного куріння  $48,5 \pm 3,5\%$  респондентів. Очевидно, що тютюнокуріння є одним із основних довготермінових факторів ризику ХОЗЛ серед угорського населення області. Однак, вказуючи на зазначену етіологічну причину ХОЗЛ, лікарям первинної ланки охорони здоров'я і пульмонологам слід акцентувати увагу на об'єктивному значенні зазначеного фактора ризику не тільки для розвитку ХОЗЛ, але й інших хвороб: ішемічної хворо-

би серця (ІХС), артеріальної гіпертензії (АГ), раку, пневмонії, хронічного гастриту. Очевидно, що недооцінка супутніх патологій – одна із причин помилок в організації лікування ХОЗЛ [11].

Встановлено, що у 34,8±3,4% респондентів хтось із батьків мав хворобу легень, а у 16,1±2,6% на таку хворобу хтось із членів сім'ї хворіє на момент опитування.

За рік, що передував опитуванню, на одного пацієнта припадає 0,5 випадку запалення легень та 1,3 випадку загострення ХОЗЛ. Однак у випадках загострення 24,4±3,0% респондентів не зверталися до лікарів. При цьому 57,1±7,1% пацієнтів лікуються самостійно, 33,3±6,8% – вважають, що хвороба мине сама по собі, а 9,8±4,2% не мають бажання лікуватися та не вірять, що лікарі їм допоможуть. Характерно, що серед цих осіб 54,7±7,1% не володіють вільно українською мовою. Не повністю виконують призначення лікарів щодо лікування своєї хвороби 25,0±3,0% пацієнтів. Не знають, що перебіг ХОЗЛ можуть контролювати самі, 27,1±3,1% хворих.

У ході опитування пацієнтам пропонувалося із 12 наведених в анкеті факторів обрати ті, які, на їх думку, можуть найкраще допомогти у лікуванні хвороби. Більшість опитаних (63,6±3,4%) обрала ефективні і доступні ліки, 37,4±3,4% віддали перевагу самоконтролю перебігу хвороби, а 36,4±3,4% – упорядкуванню фізичних навантажень. Акцент на самоконтролі за перебігом хвороби ніби законотвірний. Але при цьому слід врахувати, що на запитання «Чи знаєте Ви, що перебіг своєї хвороби можете контролювати самі?» ствердно відповіли 71,9±3,1% респондентів. Тобто 35,8±3,4% респондентів, усвідомлюючи, що самоконтроль перебігу ХОЗЛ є суттєвим фактором у її перенесенні, усе ж віддали перевагу іншим чинникам.

У зазначеному переліку відмова від куріння перебуває на 5 місці (на неї вказали 28,7±3,2% респондентів, хоча курять 35,5±3,3%), відмова від вживання алкоголю на 11 місці із 12 (назвали 8,7±2,0% респондентів, вживає алкоголь 26,5±3,1%).

Аналіз результатів опитування показав, що у 14,0±2,4% пацієнтів хвороба здійснює незначний вплив на параметри їхнього ЯЖ (8,0±0,1 бала), у 49,0±3,5% – помірний (24,2±0,1 бала), у 5,0±1,5% – дуже серйозний вплив (32,4±0,3 бала). Показник по етнічній групі – 18,3±0,5 бала.

Встановлено зв'язок між параметрами ЯЖ і показниками, що відображають кількість пацієнтів, які не володіють вільно українською мовою. Зокрема, у групі з незначним впливом ХОЗЛ на параметри ЯЖ 32,1±9,0% респондентів повідомили, що вільно не володіють українською мовою, а 17,8±7,4% вважають, що ця обставина заважає їм у лікуванні хвороби. У групах із вираженим і серйозним впливом хвороби на ЯЖ такі показники становлять, відповідно, 63,5±5,6% та 36,0±5,5%. Виявлено також, що параметри ЯЖ погіршуються з

віком, а також зі збільшенням індексу маси тіла пацієнтів.

Характерно, що з погіршенням параметрів ЯЖ пацієнти з ХОЗЛ починають менше вживати алкоголь. У групі з незначним впливом ХОЗЛ на ЯЖ налічується 32,14±8,9%, у групі з вираженим впливом – 23,3±5,2%, а у групі зі серйозним впливом хвороби на ЯЖ – 20,0±13,3% пацієнтів, що вживають алкоголь.

Серед курців ситуація дещо інша. У групі з незначним впливом ХОЗЛ на ЯЖ курять 42,8±9,5% пацієнтів (індекс куріння 19,33±1,9 пачки/рік), у групі з вираженим впливом 56,2±6,2% (індекс куріння 30,9±1,9 пачки/рік), у групі із серйозним впливом 50,0±16,6% пацієнтів (індекс куріння 28,65±5,19 пачки/рік). Це може свідчити про недостатню мотивацію пацієнтів з ХОЗЛ щодо рішучої відмови від паління, незважаючи на погіршення стану здоров'я і певне усвідомлення його шкідливості. Хворі до певного рівня (різкого загострення хвороби) знають про доцільність і можливість самоконтролю за її перебігом, але з різних причин цього не роблять.

Встановлено зв'язок параметрів ЯЖ із показниками невротичних реакцій тривожності і депресії. У групі з незначним впливом хвороби на ЯЖ ознаки тривожності і депресії відсутні (показники тривожності і депресії складають відповідно +2,98±0,2 бала та +1,54±0,2 бала). У групі з вираженим впливом ХОЗЛ на ЯЖ показники тривожності і депресії складають відповідно -0,06±0,1 бала та -1,44±0,1 бала. У групі зі серйозним впливом хвороби на ЯЖ ці показники становлять відповідно -1,44±0,3 бала та -5,83±0,3 бала. Зазначене свідчить, що погіршення психологічного стану пацієнтів із ХОЗЛ відбувається із погіршенням параметрів ЯЖ, однак невротичні реакції депресії є більш вираженими і набувають тяжких форм більш прискореними темпами.

Подібні тенденції спостерігаються у вікових групах пацієнтів. Зокрема, явні ознаки тривожності зафіксовано у 27,3±3,9% пацієнтів віком до 60 років та у 33,8±5,6% хворих віком понад 60 років. Депресивні стани спостерігаються у 52,3 ± 4,4% пацієнтів віком до 60 років, та у 66,2±5,6% – віком понад 60 років.

Лише 15,7±2,6% респондентів повідомили, що під час загострення ХОЗЛ їх стосунки у сім'ї з близькими погіршуються.

#### Висновки.

1. Отримані результати довели, що специфічні етносоціальні та психологічні фактори здійснюють суттєвий вплив на формування патологічних та компенсаторних реакцій у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень серед угорського населення Закарпатської області.

2. Наявність в угорській національній меншині пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень, які не володіють вільно українсь-

кою мовою і вважають це обставиною, яка заважає у лікуванні хвороби, вимагає удосконалення роботи лікарів сімейної медицини та пульмонологів у населених пунктах із компактним проживанням угорського населення.

3. Низька інформованість хворих угорської національності щодо причин загострення і правильного лікування хронічного обструктивного захворювання легень негативно впливає на перебіг хвороби та психоемоційний стан пацієнтів.

4. Розробка і впровадження адаптованих програм для хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в угорськомовних районах дозволить без значних матеріальних затрат покращити якість життя більшості хворих та сприятиме їх прихильності до лікування.

4. Розробка і впровадження адаптованих програм для хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в угорськомовних районах дозволить без значних матеріальних затрат покращити якість життя більшості хворих та сприятиме їх прихильності до лікування.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Исследование РОЕТ-COPD: Как защитить пациента с ХОЗЛ от обострений/ Материалы пресс-брифинга, г. Франкфурт-на-Майне, Германия // Медична газета «Здоров'я України». — 2011. — № 6(252). — С. 10—11.
2. Фещенко Ю.И. Лечиться, чтобы выжить: как улучшить приверженность пациентов к лечению?/ Ю.И.Фещенко, Л.А.Ящина, Е.И.Митченко // Медична газета «Здоров'я України». — 2010. — №4. — С.14—15.
3. Фещенко Ю.И. Хроническое обструктивное заболевание легких — актуальная медико-социальная проблема / Ю.И.Фещенко // Український пульмонологічний журнал. — 2011. — №2. — С.6—8.
4. Заліська О.М. Дослідження соціально-економічних аспектів збитковості внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми / О.М.Заліська, В.В.Толубаєв // Український пульмонологічний журнал. — 2011. — №1. — С.34—35.
5. Соколов В.М. Хроническая обструктивная болезнь легких / В.М.Соколов // Конспект врача. — 2010. — Вып. 1 (1455). — С.8—9.
6. Корж А.Н. Роль семейного врача в диагностике и лечении хронического обструктивного заболевания легких (лекция) / А.Н.Корж // Сімейна медицина. — 2011. — №1. — С. 34—40.
7. Чопей І.В. Психологічні розлади в практиці сімейного лікаря / І.В.Чопей, М.І.Товт-Коршинська, М.А.Дью. — Ужгород: Поліграфцентр «Ліра», 2000. — 176 с.
8. Мигович І.І. Закарпатський соціум: етнологічний аспект / І.І.Мигович, М.П.Макара. — Ужгород: Патент, 2000. — 160 с.
9. Белевский А.С. Новый тест для оценки течения ХОЗЛ: САТ-тест / А.С.Белевский // Медична газета «Здоров'я України». — 2011. — №2(14). — С.27.
10. Психологические тесты / Под ред. А.А.Карелина: В 2 т. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. — Т.1. — С.232—237.
11. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / Е.И.Шмелев // Пульмонология. — 2007. — №2. — С. 5—9.

M.Yu.VOROBETS

*Uzhgorod National University, Faculty of Postgraduate Education, Department of Pulmonology and Phthisiology with Courses of Infectious Diseases and Dermatovenereology, Uzhgorod*

#### ETHNO-SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS OF INFLUENCE ON THE FORMATION OF PATHOLOGICAL AND COMPENSATORY REACTIONS OF THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AMONG HUNGARIAN POPULATION OF THE TRANSCARPATIA

The chronic obstructive disease nowadays presents one of the most complicated medical problems in our country as well as abroad. The necessary prerequisite of the efficiency of basic therapy of COPD is the control of the disease development, susceptibility to treatment and positive changes in lifestyle. However the factors manifest themselves in ethno-social environment, where ethnic groups differ in their attitudes to the phenomenon of health in general as well as to diseases in particular. COPD patients from Hungarian environment are taken as an example to make the following conclusion: to diagnose and treat this disease a doctor should pay attention to the level of socialization of the patients, their social-economic living conditions, mentality, peculiarities of their psychic character, level of social and ethnic selfperception.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, life standards, tension, depression, self-control of disease development

**Стаття надійшла до редакції: 14.02.2012 р.**