

DOI: 10.26693/jmbs03.01.144

УДК 614.2:001.2:616-058-082

Корнацький В. М.¹, Михальчук В. М.², Дяченко Л. О.²

ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ РОЗЛАДІВ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

¹ ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска» НАМН України», Київ, Україна

² Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ, Україна

0674080695L@gmail.com

Стаття присвячена впливу факторів ризику на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення, а саме на частоту формування стресу з урахуванням ознак тривоги та депресії, як основних показників наявності порушень психосоматичного здоров'я, на рівні первинної медичної допомоги.

У дослідженні взяли участь 532 пацієнтів (136 чоловіків, 396 жінок), які зверталися за медичною допомогою до Бучанської міської поліклініки Київської області. Дослідження виконувались в межах розробленої програми методом соціологічного опитування згідно розробленої анкети, яка включала певний перелік питань.

Встановлено, що перебіг та розвиток розладів психосоматичного здоров'я населення має залежність від впливу чинників ризику: медико-соціальних, соціально-економічних, екологічних, спадкових, умов праці, побуту тощо. Подальше вивчення депресії у пацієнтів за допомогою психометричних шкал сприятиме підвищенню ефективності терапії за рахунок кореляції психоемоційної сфери пацієнтів.

Ключові слова: психосоматичне здоров'я, депресія, тривога, стрес.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є фрагментом НДР «Медико-соціальне обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги в умовах впливу підвищеного стресу», № державної реєстрації 0116U004449.

Вступ. Епідемія захворювань, а саме, неінфекційних в тій чи іншій мірі пов'язана зі способом життя та появою внаслідок цього фізіологічних факторів ризику. Закономірністю є й те, що зниження висоти рівнів цих факторів сприяє зменшенню як захворюваності так і смертності [5, 6].

Базуючись на зазначених взаємозв'язках створена концепція ризик-факторів, яка є науковою

базою профілактики захворювань, основою якої є за даними епідеміологічних, клінічних та експериментальних досліджень визначення чинників, що тісно пов'язані з генетичними особливостями людини, її способом життя та оточуючим середовищем і впливають на розвиток та прогресування хвороб [1–4, 7].

Мета і завдання дослідження. Комплекс медико-соціальних досліджень серед респондентів проведений з метою дослідження впливу медико-соціальних характеристик на частоту формування стресу з урахуванням ознак тривоги та депресії, як основних показників наявності порушень психосоматичного здоров'я.

Корекція факторів, пов'язаних зі способом життя призводитиме до зниження індивідуального ризику за рахунок впливу саме на біологічні чинники, такі як порушення вуглеводного та жирового обміну, надлишкова маса тіла та ожиріння, а тому важливим етапом було дослідити саме ті фактори ризику, які є актуальними в сучасних умовах, що дозволить покращити функціонально-організаційну модель профілактики, ранньої діагностики психічних порушень у хворих з соматичною патологією на етапі ПМД.

Об'єкт і методи дослідження. Виконуючи завдання здійснено дослідження 532 пацієнтів (136 чоловіків, 396 жінок), які зверталися за медичною допомогою Бучанської міської поліклініки Київської області.

Дослідження виконувались в межах розробленої програми стосовно вивчення факторів впливу на перебіг та розвиток розладів психосоматичного здоров'я населення: соціально-економічних, екологічних, спадкових, умов праці, побуту, психічного здоров'я методом соціологічного опитування згідно розробленої анкети, яка включала певний перелік питань.

Первинний аналіз проведено за віковими групами (табл. 1).

Таблиця 1 – Розподіл респондентів за віковими групами (n, %)

Вікові групи	Абсолютна кількість	чоловіки		Жінки	
		n	%	n	%
До 30	n = 136	96	70,6±3,9	40	29,4±3,9
31–40	n = 129	95	73,6±3,9	34	26,4±3,9
41–50	n = 96	79	82,3±3,9	17	17,7±3,9
51–60	n = 75	58	77,3±4,8	17	22,7±4,8
Старше 60	n = 96	68	70,8±4,6	28	29,2±4,6
Всього	n = 532	396	74,4±1,9	136	25,6±1,9
P (χ^2)	$\chi^2 = 5,2$; p = 0,267				

Вікові межі досліджуваної групи склали 18–84 роки. Розподіл респондентів за статевим складом статистично значимо не відрізнявся в окремих вікових групах (p = 0,267). Середній вік жінок склав 43,7 ± 15,8 років, чоловіків – 40,1 ± 16,8 років.

Дослідження проведене відповідно до основних біоетичних норм Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення науково-медичних досліджень із поправками (2000, з поправками 2008), Універсальної декларації з біоетики та прав людини (1997), Конвенції Ради Європи з прав людини та біомедицини (1997). Письмова інформована згода була отримана у кожного учасника дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз частоти виявлення депресії (субклінічна та клінічна форми) у чоловіків та жінок показав перевищення даного показника у чоловіків 196/396 (49,5%), ніж у жінок 56/136 (41,2), що свідчить про тенденцію до підвищення ризику розвитку депресії у чоловіків – оцінка відношення шансів OR = 1.40 (0.94–2.08), p = 0,094.

Частота стресових станів в окремих вікових групах, що проявляються у вигляді депресії, наведено в **таблиці 2**.

Таблиця 2 – Частота виявлення депресії залежно від віку (n, %)

Вікові групи	n	Частота виявлення депресії, абс (%)	Оцінка відношення шансів, OR (95%ДІ) #	p
До 30	n = 136	45 (33,1%)	–	–
31–40	n = 129	56 (43,4%)	1,55 (0,94–2,55)	0,084
41–50	n = 96	48 (50,0%)	2,02 (1,18–3,46)	0,010*
51–60	n = 75	44 (58,7%)	2,87 (1,60–5,14)	0,0001*
Старше 60	n = 96	59 (61,5%)	3,22 (1,87–5,56)	0,0001*

Примітки: # – оцінка відношення шансів OR (95%ДІ) у порівнянні з віковою групою до 30 років; * – оцінка статистично значима (p < 0,05).

Встановлено, що частота виявлення депресії суттєво відрізняється залежно від віку хворих. Мінімальний рівень стресових характеристик, що проявляються у вигляді депресії виявляється у віці до 30 років – 45 (33,1%) з поступовим підвищенням ризику депресії у кожній наступній віковій групі: 31–40 років – 56 (43,4%), OR = 1,55 (0,94–2,55), p = 0,084; 41–50 років – 48 (50,0%), OR = 2,02 (1,18–3,46), p = 0,010; 51–60 років – 44 (58,7%), OR = 2,87 (1,60–5,14), p = 0,0001; старше 60 років – 59 (61,5%), OR = 3,22 (1,87–5,56), p = 0,0001.

Належність до пенсійної групи, питома вага яких складає 99 (18,6%) є суттєвим чинником ризику виявлення депресії у відповідній групі пацієнтів, які складають 67 (67,7%) випадків. В працездатному віці – 433(81,4%) обстежених, частота депресії суттєво нижче – 185 (42,7%), p < 0,0001. Це дозволяє висновок про суттєве підвищення відносного ризику депресії у соматичних хворих пенсійного віку у 2,81 рази. OR = 2,81 (1,73–4,61), p < 0,0001.

Наступним став аналіз частоти депресії залежно від індексу маси тіла (**табл. 3**).

Таблиця 3 – Розподіл респондентів за індексом маси тіла

Індекс маси тіла	Абсолютна кількість	%
Норма (до 25)	n = 268	50,4%
Надлишкова (25–30)	n = 104	19,5%
Ожиріння (більше 30)	n = 160	30,1%
Середній індекс маси тіла	25,7 ± 5,7	

Показники індексу маси тіла в межах норми (ІМТ до 25) мали 50,4 ± 2,2% респондентів. Респонденти з надлишковою вагою (ІМТ 25–30) склали 19,5 ± 1,7%, та з ожирінням різних ступенів (ІМТ більше 30) – 30,1 ± 2,0%. Середній індекс склав 25,7 ± 5,7. Аналіз частоти виявлення депресії залежно від наявності надлишкової маси тіла чи ожиріння наведено в **таблиці 4**.

Таблиця 4 – Частота депресії залежно від наявності надлишкової маси тіла (n, %)

Індекс маси тіла	n	Частота виявлення депресії, абс (%)	Оцінка відношення шансів, OR (95%ДІ) #	p
Норма (до 25)	268	112 (41,8%)	–	–
Надлишкова та ожиріння	264	140 (53,0%)	1,57 (1,12–2,22)	0,009*

Примітки: # – оцінка відношення шансів OR (95%ДІ) у порівнянні з групою з нормальним індексом маси тіла; * – оцінка статистично значима (p < 0,05).

Таблиця 5 – Розподіл досліджуваної групи за наявністю окремих захворювань

Нозологічні групи	Абсолютне число та %
Відсутні захворювання	48 (9,0)
Хвороби органів дихання	80 (15,0)
Хвороби органів травлення	106 (19,9)
Хвороби нервової системи	62 (11,7)
Новоутворення	35 (6,6)
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	71 (13,4)
Хвороби системи кровообігу	92 (17,3)
Хвороби сечостатевої системи	38 (7,1)
Наявність 2 та більше діагнозів	423 (79,5)

Отримані результати свідчать про суттєве зростання частоти виявлення стресових чинників з проявами у вигляді ознак депресії у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням – OR = 1,57 (1,12–2,22), p = 0,009.

Крім демографічних та антропометричних характеристик нами проведено аналіз впливу наявності захворювань на формування стресового статусу пацієнтів. Першим етапом даного аналізу стало вивчення частоти виявлення окремих захворювань та їх поєднання (табл. 5).

91% респондентів звертались з приводу захворювання і тільки 9,0% з інших причин. Пріоритетними за частотою є хвороби органів дихання –

80 (15,0%), травлення – 106 (19,9%), системи кровообігу – 92 (17,3%). Частота поєднання окремих захворювань в досліджуваній групі хворих наведено в таблиці 6.

В аналіз частоти поєднаної патології включено тільки хворих, що мали основний діагноз (n = 497) та виключено, що відвідували поліклініку з іншою (профілактичною) метою. У 74 (14,89%) хворих встановлено тільки один діагноз, а у 423 (85,11%) як основний, так і супутній. Хвороби органів дихання як основний діагноз найбільш часто поєднуються з супутніми: дихання (інший діагноз) – 16 (20,0%), травлення – 14 (17,5%), нервової системи – 22 (27,5%), сечостатевої системи – 14 (17,5%). Хвороби органів травлення (основний діагноз) також поєднуються з іншими: травлення – 35 (33,02%) та нервової системи – 35 (33,02%). Основний діагноз за хворобами нервової системи поєднується з супутніми: органів дихання – 17 (27,42%) та нервової системи (інший діагноз) – 15 (24,19%). Ендокринна патологія співпадає з хворобами органів травлення у 14 (19,72%), системи кровообігу у 20 (28,17%), сечостатевої системи у 14 (19,72%). Системи кровообігу поєднуються з хворобами органів травлення у 20 (21,74%), нервової системи у 27 (29,35%) та сечостатевої у 11 (28,95%). Отримані дані за частотою поєднання захворювань мають вагоме прогностичне значення для формування стресового психологічного фону у

Таблиця 6 – Частота поєднання основного та супутніх захворювань у хворих в умовах амбулаторного спостереження (n, %)

Класи захворювань (МКХ-10)	Основні	Супутні захворювання							Всього
		Відсутність захворювань	Хвороби органів дихання	Хвороби органів травлення	Хвороби нервової системи	Хвороби ендокринної системи	Хвороби системи кровообігу	Хвороби сечостатевої системи	
Хвороби органів дихання	n	5	16	14	22	2	7	14	80
	%	6,25	20	17,5	27,5	2,5	8,75	17,5	100
Хвороби органів травлення	n	2	9	35	35	4	10	11	106
	%	1,89	8,49	33,02	33,02	3,77	9,43	10,38	100
Хвороби нервової системи	n	14	17	6	15	1	4	5	62
	%	22,58	27,42	9,68	24,19	1,61	6,45	8,06	100
Хвороби ендокринної системи	n	3	8	14	9	3	20	14	71
	%	4,23	11,27	19,72	12,68	4,23	28,17	19,72	100
Хвороби системи кровообігу	n	4	10	20	27	5	8	18	92
	%	4,35	10,87	21,74	29,35	5,43	8,7	19,57	100
Хвороби сечостатевої системи	n	3	10	1	5	4	4	11	38
	%	7,89	26,32	2,63	13,16	10,53	10,53	28,95	100
Всього	n	74	72	90	116	19	53	73	497
	%	14,89	14,49	18,11	23,34	3,82	10,66	14,69	100

Таблиця 7 – Частота виявлення депресії залежно від наявності окремих захворювань за класами хвороб (n, %)

Класи хвороб (за МКХ–10) за основним діагнозом	n	Частота виявлення депресії, абс (%)	Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ)	p
Відсутність соматичних захворювань	48	14 (29,2%)	–	–
Хвороби органів дихання	80	29 (36,3%)	1,38 (0,64–2,99)	0,411
Хвороби органів травлення	106	65 (61,3%)	3,85 (1,85–8,03)	0,001*
Хвороби нервової системи	62	21 (33,9%)	1,24 (0,55–2,81)	0,599
Новоутворення	35	22 (62,9%)	4,11 (1,63–10,38)	0,002*
Хвороби ендокринної системи	71	39 (54,9%)	2,96 (1,36–6,45)	0,006*
Хвороби системи кровообігу	92	47 (51,1%)	2,54 (1,20–5,34)	0,013*
Хвороби сечостатевої системи	38	15 (39,5%)	1,58 (0,64–3,90)	0,315
Поєднана патологія	423	218 (51,5%)	2,58 (1,35–4,95)	0,003

Примітка: * – статистично значима оцінка показників відносного ризику ($p < 0,05$).

хворих та підвищення ризику виявлення депресії (табл. 7).

За відсутності соматичних захворювань частота виявлення депресії є найнижчою та складає 14 (29,2%) випадків, а їх наявність підвищують ризик формування стресового статусу пацієнтів і розвитку депресії. Статистично значимий несприятливий вплив виявляють наступні захворювання: органів травлення – частота виявлення депресії 65 (61,3%), OR = 3,85 (1,85–8,03), $p = 0,001$. Новоутворення – частота депресії 22 (62,9%), OR = 4,11 (1,63–10,38), $p = 0,002$. Хвороби ендокринної системи – виявлення депресії 39 (54,9%), OR = 2,96 (1,36–6,45), $p = 0,006$. Хвороби системи кровообігу – частота депресії 47 (51,1%), OR = 2,54 (1,20–5,34), $p = 0,013$.

Наявність 2 та більше діагнозів (поєднаної патології) характерно для більшості хворих – 423 (79,5). У зв'язку з множинністю комбінацій неможливо виділити пріоритетні комбінації патологічних станів для оцінки підвищення ризику стресового стану хворих, тому проведена узагальнена оцінка: при поєднаній патології частота депресій реєструється у 218 (51,5%) випадків – ризик виявлення депресії зростає у 2,58 рази – OR = 2,58 (1,35–4,95), $p = 0,003$.

Відсутність чи наявність чинника спадковості за основним захворюванням та характеристика спадковості по материнській чи батьківській лінії не дозволяють зробити висновок про залежність частоти депресії від будь-якого з вказаних параметрів спадковості за основним захворюванням ($p > 0,05$).

Інвалідність, як чинник ризику стресового стану, виявлялась у 44 (8,3%) обстежених. Підвищення ризику депресії – 30 (68,2%), без інвалідності – 225 (46,2%) – відносний ризик OR = 2,50 (1,29–4,82), $p = 0,005$.

Розподіл респондентів за рівнем освіти практично пропорційний – Вища освіта була у 265 (49,8%), без вищої освіти – 267 (50,2%). Відсутність вищої освіти для досліджуваного контингенту є несприятливим прогностичним чинником розвитку депресії, яка виявляється у 141 з 265 обстежених (53,2%). За наявності вищої освіти депресія виявлялась суттєво рідше і складала тільки 41,6%. ($p = 0,007$). Отже, у хворих з середньою освітою у 1,6 рази вище ризик виявлення підвищеного стресу з розвитком депресії – OR = 1,60 (1,12–2,28).

Аналіз фізичної активності соматичних хворих наведено в **таблиці 8**.

Надмірні фізичні навантаження виявляються у 280 (52,6%), серед яких депресія виявляється у

Таблиця 8 – Характеристика фізичної активності та частота виявлення депресії залежно від рівнів фізичного навантаження (n, %)

Групи	N (%)	Частота виявлення депресії, абс (%)	Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ)	p
Регулярна фізична активність з метою оздоровлення	99 (18,6%)	37 (37,4%)	–	–
Відсутність регулярної фізичної активності з метою оздоровлення	433 (81,4%)	215 (49,6%)	1,65 (1,06–2,59)	0,027*
Робота без надмірного фізичного навантаження	252 (47,4%)	102 (40,5%)	–	–
Надмірні фізичні навантаження	280 (52,6%)	150 (53,6%)	1,70 (1,20–2,39)	0,003*

Примітка: * – статистично значима оцінка показників відносного ризику ($p < 0,05$).

Таблиця 9 – Аналіз задоволеності умовами праці та частота виявлення депресії у відповідних групах (n, %)

Групи	N (%)	Частота виявлення депресії, абс (%)	Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ)	p
Низька оцінка санітарно-технічних умов (0–5 балів)	144 (27,1%)	87 (60,4%)	2,06 (1,40–3,05)	0,0001*
Добра оцінка санітарно-технічних умов (6–10 балів)	388 (72,9%)	165 (42,5%)	–	–
Незадоволення психологічними умовами роботи	183 (34,4%)	107 (58,5%)	1,98 (1,38–2,85)	0,0001*
Задоволення психологічними умовами роботи	349 (65,6%)	145 (41,5%)	–	–

Примітка: * – статистично значима оцінка показників відносного ризику ($p < 0,05$).

150 (53,6%), а без надмірного навантаження суттєво рідше – 102 (40,5%), що дозволяє зробити про несприятливий прогностичний вплив даного чинника – OR = 1,70 (1,20–2,39), $P = 0,003$.

В той же час за умов регулярної фізичної активності з метою оздоровлення, яка виявлялась тільки у 99 (18,6%) випадків, суттєво знижувалась частота депресії – 37 (37,4%) проти 215 (49,6%) в групі без такої. Отже, відсутність регулярної фізичної активності з метою оздоровлення у 1,65 рази підвищує ризик розвитку депресії у соматичних хворих – OR = 1,65 (1,06–2,59), $p = 0,027$.

З 532 респондентів 163 (30,6%) не вживають алкоголь, 210 (39,5%) вживають епізодично, кілька разів на рік, 142 (26,7%) кілька разів на місяць. Ці групи складають 96,8% обстежених. Неможливо зробити висновок про залежність частоти депресії від частоти споживання алкоголю в даній групі пацієнтів з соматичними захворюваннями в силу того, що різниця за частотою виявлення депресії в даних групах коливається в межах 2–3%, що є статистично не значимим ($p = 0,887$) для оцінки різниці між групами.

Паління як чинник ризику депресії у хворих з соматичними захворюваннями відмічали тільки 93 (17,5%) хворих. Проте, частота депресії не залежала: у 46 з 93 осіб (49,5%) виявляли ознаки субклінічної та клінічної депресії серед курців і 206 з 438 випадків (47,0%) без паління, $p = 0,670$.

У зв'язку зі значним різноманіттям професійних груп хворих з соматичними захворюваннями та малою чисельністю кожної з груп, аналіз за професійними чинниками для виявлення депресії не показав суттєвої різниці. Проте, проведено узагальнений аналіз за професіями з наявним (вираженим) і відсутнім психоемоційним навантаженням. Встановлено, що 246 (47,4%) обстежених мали психоемоційне професійне навантаження, а 286 (52,6%) хворих були без такого. Серед осіб з психоемоційним навантаженням депресія виявлена у 146 (57,9%), тоді як в іншій групі без психоемо-

ційного навантаження депресія виявлялась суттєво рідше – у 106 (37,9%), $p < 0,0001$. Отже, психоемоційне навантаження є несприятливим прогностичним фактором, який у 2,47 рази збільшує імовірність розвитку депресії на фоні соматичної патології – OR = 2,47 (1,72–3,57).

Аналіз задоволеності умовами праці у зв'язку з формуванням стресового статусу у соматичних хворих наведено в таблиці 9.

Виявлено, що 144 (27,1%) респондентів незадоволені низьким рівнем санітарно-технічних умов праці, що супроводжується підвищенням ризику розвитку депресії на фоні соматичних захворювань у 2,06 рази ($p = 0,0001$). В той же час незадоволення психологічними умовами роботи відмічають 183 (34,4%), що обумовлює суттєве зростання ризику депресії в даній групі хворих у 1,98 рази – OR = 1,98 (1,38–2,85).

Аналіз самооцінки матеріального стану показав, що 148 (27,9%) респондентів визначають матеріальний стан як «поганий», 330 (62,2%) – «середній», 53 (9,9%) – «добрий». Частота депресії асоціюється з поганим матеріальним станом 91(61,5%), тоді при доброму матеріальному стані депресія виявляється значно рідше – у 19 (35,8%), $p = 0,001$, OR = 2,86 (1,42–5,81).

Поганий матеріальний стан, вірогідно, визначає відповідні характеристики за доступністю лікарських засобів. Доступність лікарських засобів за вартістю відзначають 157 (29,5%) обстежених. В цій категорії соматичних хворих частота розвитку депресії є нижчою – 52 (33,1%). Недоступність ліків за вартістю асоціюється з суттєво вищою частотою депресії – 200 з 375 обстежених (53,3%), $p = 0,0001$, OR = 2,31 (1,54–3,48).

Висновки

1. Визначено чинники, які мають значний вплив на розвиток захворювання, але провідна роль у розвитку розладів психосоматичного здоров'я населення належить медико-соціальному та соціально-економічному факторам.

- Важливо відмітити про потребу звертати більше уваги на психологічне здоров'я, частіше проводити обстеження пацієнтів з метою раннього виявлення депресії адже її виявлено майже у половини (47,37%) досліджуваних.
- В подальшому вивчення депресії у пацієнтів за допомогою психометричних шкал значно підвищить ефективність терапії за рахунок кореляції їх психоемоційної сфери.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення рівня впливу депресії та тривоги у пацієнтів за допомогою психометричних шкал, що в свою чергу сприятиме підвищенню ефективності терапії за рахунок кореляції психоемоційної сфери пацієнтів.

References

- Denysenko JuA. Stan zdorovya naselennja suchasnoi Ukraine: sociologichniy vimir. *Suchasne suspil'stvo*. 2012; 2: 143-9. [Ukrainian].
- Kocalevent RD, Mierke A, Danzer G, Klapp BF. Adjustment disorders as a stress-related disorder: a longitudinal study of the associations among stress, resources, and mental health. *PLoS One*. 2014; 9 (5): Art. No e97303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097303>.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 Jul-Aug; 32 (4):3 45-59. PMID: 20633738. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006.
- Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*. 2007; 40: 135–46. PMID: 17284941. DOI: 10.1159/000099290.
- Maxmen A. Stress: The privilege of health. *Nature*. 2016; 531 (7594): S58–S59. PMID: 26981730. DOI: 10.1038/531S58a.
- Strauss M, Pierer M, Schönknecht P. Adjustment disorders in internal medicine diseases. *Internist*. 2012; 3 (11): 1271–2. PMID: 23052325. DOI: 10.1007/s00108-012-3066-x.
- Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabil Psychol*. 2011 Aug; 56 (3): 161-70. PMID: 21767036. doi: 10.1037/a0024509.

УДК 614.2:001.2:616-058-082

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Корнацкий В. М., Михальчук В. М., Дяченко Л. О.

Резюме. Статья посвящена изучению влияния факторов риска на развитие и течение расстройств психосоматического здоровья населения, а именно на частоту формирования стресса с учетом признаков тревоги и депрессии, как основных показателей наличия нарушений психосоматического здоровья на уровне первичной медицинской помощи.

В исследовании приняли участие 532 пациентов (136 мужчин, 396 женщин), которые обращались за медицинской помощью в Бучанской городской поликлиники Киевской области. Исследования выполнялись в рамках разработанной программы методом социологического опроса согласно разработанной анкеты, которая включала определенный перечень вопросов.

Установлено, что течение и развитие расстройств психосоматического здоровья населения имеет зависимость от влияния факторов риска: медико-социальных, социально-экономических, экологических, наследственных, условий труда, быта и тому подобное. Дальнейшее изучение депрессии у пациентов с помощью психометрических шкал будет способствовать повышению эффективности терапии за счет корреляции психоэмоциональной сферы пациентов.

Ключевые слова: психосоматическое здоровье, депрессия, тревога, стресс.

UDC 614.2:001.2:616-058-082

Influence of Risk Factors on the Development and Progress of Psychosomatic Health Disorders at the Level of First Primary Medical Care

Kornatskii V. M., Mykhal'chuk V. M., Diachenko L. O.

Abstract. The article presents the study of risk factors and their influence on the development of psychosomatic health while giving the first primary medical care.

The purpose of the study is to investigate the influence of risk factors on the development and progression of psychosomatic health disorders of the population, namely the frequency of stress formation, taking into account the signs of anxiety and depression as the main indicators of existing psychosomatic health disorders, at the level of first aid.

The object and methods of research. The study comprised 532 patients (136 males, 396 females) who applied for medical assistance to Bucha City Clinic of Kyiv Oblast. The research was carried out within the framework of the developed program by the method of sociological survey according to the developed questionnaire, which included a certain list of questions.

Revealed that 144 (27.1%) of respondents are dissatisfied with low sanitary conditions, accompanied by an increased risk of depression in physical illness to backdrop 2.06 times ($p = 0.0001$). At the same time, dissatisfaction with working conditions psychological mark of 183 (34.4%), which makes a significant increased risk of depression in this group of patients in the 1.98 times – OR = 1,98 (1,38-2,85).

Analysis of self-assessment showed that 148 (27.9%) of respondents define status as "bad", 330 (62.2%) – "medium", 53 (9.9%) – "good". The incidence of depression is associated with poor condition 91 (61.5%), while in good material condition depression is met less frequently – in 19 (35.8%), $p = 0,001$, OR = 2,86 (1,42–5,81).

The bad material condition, probably, determines the appropriate characteristics of the availability of medicinal products. The availability of drugs at a cost is noted by 157 (29,5%) surveyed. In this category of somatic patients, the incidence of depression is lower – 52 (33.1%). The inaccessibility of drugs at cost is associated with a significantly higher frequency of depression – 200 out of 375 examined (53.3%), $p = 0.0001$, OR = 2.31 (1.54-3.48).

The conducted research allowed drawing the following *conclusions*: The study defined factors that have a significant impact on the development of the disease. The leading role in the development of psychosomatic health disorders of the population belongs to the medical-social and socio-economic factors. It is important to note the need to pay more attention to psychological health, to carry out a survey of patients more often in order to detect early depression as it is detected in almost half (47,37%) of the subjects. Further study of depression in patients with psychometric scales will significantly increase the effectiveness of therapy due to correlation of their psycho-emotional sphere.

Keywords: psychosomatic health, depression, anxiety, stress.

Стаття надійшла 17.11.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування