

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УСЛУГ

Т. Г. Светличная, Е. А. Смирнова

*Северный государственный медицинский университет,
Архангельск*

В статье рассматриваются поведенческие паттерны потребителей психиатрических услуг на основе сопоставления результатов сравнительного анализа основных характеристик образа жизни психически здоровых и больных лиц. По сравнению со здоровыми образ жизни психически нездоровых граждан характеризуется более широким распространением больших факторов риска здоровью в сочетании с низкой медицинской активностью и недостаточной приверженностью к лечению. Основными причинами нерационального поведения являются недостаточная медицинская информированность и неудовлетворительный характер социального взаимодействия с контактным персоналом психиатрических больниц.

Ключевые слова: потребители психиатрических услуг, образ жизни, поведенческие паттерны, факторы риска здоровью, медицинская активность, приверженность к лечению.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF BEHAVIOURAL PATTERNS OF CONSUMERS OF MENTAL HEALTH SERVICES

T. G. Svetlichnaya, E. A. Smirnova

The article reviews behavioural patterns of the consumers of mental health services based on comparing the lifestyles of mentally healthy and mentally ill people. In comparison with healthy individuals the lifestyle of a mentally ill person is characterized by greater health risks, lack of adequate medical support and poor compliance with treatment. The main reasons for irrational behavior include lack of mental illness awareness and poor staff-patient interaction at a psychiatric hospital.

Key words: consumers of mental health services, a lifestyle, behavioural patterns, health risk factors, medical support, compliance with treatment.

Здоровье формируется и поддерживается общей совокупностью поведенческих паттернов человека, постоянно воспроизводимых им на всем протяжении своей повседневной жизни. Все многообразие человеческих поведенческих проявлений объединяется общим понятием образа жизни человека и реализуется в двух основополагающих поведенческих паттернах: физиологическом и медицинском (или гигиеническом) поведении.

Под физиологическим поведением — основной составляющей образа жизни человека, мы понимаем многоэлементный комплекс физических действий и соответствующих им физиологических реакций, являющихся отражением основополагающей части поведенческого аспекта образа жизни человека. К физиологическому поведению могут быть отнесены четыре вида поведения: пищевое, кинестатическое (гипо-, нормо- гипердинамия), курительное и алкогольное. Обуславливающие здоровье физиологические поведенческие паттерны одновременно относятся как к здоровью, так и к нездоровью человека [3, 4, 13]. В случае своего негативного проявления они выступают в качестве больших факторов риска здоровью. В своем отрицательном аспекте именно эти вредные факторы составляют суть нездорового образа жизни, протекающего в неблагоприятных для человека условиях, созданных его собственными действиями или бездействиями. Не меньшее значение в формировании и поддержании здоровья принадлежит второй составляющей образа жизни — медицинскому

(или гигиеническому) поведению, проявляющемуся в медицинской активности индивида.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение поведенческих паттернов потребителей психиатрических услуг.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проведено специальное медико-социологическое исследование. В качестве инструмента для проведения исследования использовалась статистическая «Карта изучения социального портрета потребителя психиатрических услуг», валидизированная в ходе проведения пилотного исследования, результаты которого подтвердили ее относительную стабильность и достаточную тест-ретестовую надежность.

В анкетировании приняли участие две группы респондентов. Группу исследования составили пациенты стационара БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1» (далее Учреждение). Критериями включения в выборочную совокупность явились уровень интеллекта (IQ общ. по Векслеру не менее 70) и добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Всего было проанкетировано 368 человек. Группу сравнения образовали добровольно согласившиеся на участие в исследовании психически здоровые граждане, обратившиеся в Учреждение для психиатрического освидетельствования в связи с осу-

ществлением деятельности, связанной с источником повышенной опасности, приобретением оружия, а также водители транспортных средств (399 человек). Количественная репрезентативность выборки обеспечена проведением специальных математических расчетов, качественная — соблюдением пропорций в половозрастной структуре взрослого населения Вологодской области.

При проведении статистического анализа использовались качественные и количественные переменные. Для определения наличия взаимосвязей между качественными переменными использовался тест Хи-квадрат Пирсона. Для определения силы связи рассчитывался коэффициент V Крамера (для многопольных таблиц). Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 17 и WinPEPI (расчет 95%-х доверительных интервалов (ДИ) методом Fisher).

По полу, возрасту и месту жительства обе группы обследованных оказались полностью сопоставимыми (табл. 1).

В группе пациентов психоневрологического диспансера и группе сравнения мужчины и женщины распределены практически поровну. Подавляющее большинство обследованных находилось в экономически активном трудоспособном возрасте. Их распределение по месту

жительства соответствовало особенностям расселения населения по территории Вологодской области.

Хорошо известно, что среди четырех основных составляющих физиологического поведения человека ведущее значение в сохранении и укреплении его здоровья принадлежит питанию. При этом обязательным условием является соблюдение правильного пищевого режима и употребление качественной и сбалансированной пищи [12]. К сожалению, нами установлено, что подавляющее большинство (86,7 %) пациентов психоневрологического диспансера питается нерационально, не соблюдая ни режим питания, ни требования к сбалансированности и качеству употребляемых в пищу продуктов. Таких в группе здоровых оказалось лишь 3,3 % (табл. 2).

Наши данные подтверждают результаты исследования А. Б. Шмуклера [14], изучавшего питание пациентов одного из психоневрологических диспансеров г. Москвы. По приводимым ученым данным, его качество было также явно недостаточным: в 74,6 % — лишь удовлетворительным, а в 13,3 % — плохим и даже очень плохим. О первостепенном вкладе недостаточности питания в ухудшение соматического здоровья свидетельствуют и результаты анализа бремени болезней, проведенного экспертами ВОЗ [3]. По их данным, из-за неудовлетворительного питания происходит около

Таблица 1

Характеристика обследованных по полу, возрасту и месту жительства (%; 95% ДИ)

Признак		Пациенты психоневрологического диспансера	Группа сравнения
Пол*	Мужчин	57,4 (52,4—62,3)	52,4 (47,2—57,6)
	Женщин	42,6 (37,7—47,6)	47,6 (42,4—52,8)
Возраст**	18—44 года	52,9 (47,9—57,9)	49,7 (44,5—55,0)
	45—59 лет	43,9 (38,9—48,9)	46,7 (41,5—52,0)
	60 лет и старше	3,2 (1,7—5,5)	3,6 (1,9—6,0)
Место жительства***	Город	62,4 (57,5—67,2)	57,9 (52,7—63,0)
	Сельские районы	37,8 (32,8—42,5)	42,1 (37,0—47,3)

*Тест χ^2 -квадрат Пирсона: $p > 0,05$; ** $p > 0,05$; *** $p > 0,05$.

Таблица 2

Сравнительный анализ физиологических поведенческих паттернов в группах потребителей психиатрических услуг (%; 95% ДИ)

Признак		Пациенты психоневрологического диспансера	Группа сравнения	Достоверность
Пищевое поведение	рациональное	13,3 (10,2—17,2)	96,7 (94,5—98,1)	$\chi^2 = 542,8$; $p < 0,001$
	нерациональное	86,7 (82,8—89,8)	3,3 (1,9—5,5)	
Кинестатическое поведение (физическая активность)	высокая	13,3 (10,2—17,2)	42,1 (37,4—47,0)	$\chi^2 = 150,3$; $p < 0,001$
	средняя	63,3 (58,3—68,1)	57,9 (53,0—62,6)	
	низкая	23,4 (19,3—28,0)	0,0 (0,0—1,0)	
Курительное поведение	не курит	10,6 (7,9—14,2)	13,3 (10,3—17,0)	$\chi^2 = 1,31$; $p > 0,05$
	курит	89,4 (85,8—92,2)	86,7 (83,0—89,7)	
Алкогольное поведение	0 раз	6,5 (4,4—9,5)	6,3 (4,3—9,1)	$\chi^2 = 137,9$; $p < 0,001$
	по праздникам	33,2 (28,5—38,1)	73,4 (68,9—77,5)	
	1—2 раза в месяц	43,5 (38,5—48,6)	16,8 (13,4—20,8)	
	1—2 раза в неделю	16,8 (13,4—21,0)	3,5 (2,1—5,8)	

12 % смертей и утрачивается до 9,6 % лет жизни, включая 3,7 % и 1,4 % вследствие ожирения и гиподинамии. На сердечно-сосудистые болезни, злокачественные новообразования и диабет, одной из причин развития которых является некачественное питание, приходится около 30 % от общего числа лет жизни, ежегодно утрачиваемых в результате инвалидности. При этом общий недостаточный характер питания, как правило, связан с его неудовлетворительным качеством [7].

Еще одним очень важным по значимости своего вклада в сохранение и укрепление здоровья является кинестатический поведенческий паттерн, современной особенностью которого стала повсеместно распространенная гиподинамия. Не стали исключением в этом отношении и пациенты психоневрологического диспансера. По нашим данным, доля физически активных лиц (13,3 %) среди них значимо меньше, чем среди здоровых (42,1 %). Давно доказанным является тот факт, что низкая физическая активность является причиной большинства нарушений в здоровье человека. И, наоборот, регулярные физические упражнения, благотворно влияя на центральную нервную систему и обмен веществ, способствуют существенному повышению потенциала и физического, и психического здоровья. По данным экспертов ВОЗ [3], успешная борьба с гиподинамией позволяет сократить частоту ишемической болезни сердца на 15—39 %, инсульта — на 33 %, гипертонии — на 12 % и диабета — на 12—35 %. С уровнем физической активности человека тесно связаны и сроки восстановления утраченного здоровья и, как следствие, объем потребляемых им медицинских услуг. Так, у физически активных людей число дней пребывания в стационаре значительно ниже (на 23—36 %), чем у неактивных [3].

Большой вклад в бремя нездоровья вносят курение и алкоголь [5]. Никотин, как и любое другое наркотическое и/или токсическое вещество, в первую очередь, оказывает вредное влияние на головной мозг и очень быстро вызывает отчетливое нарушение его функций. По нашим данным, распространенность курения среди потребителей психиатрических услуг является очень высокой, достигая в среднем 88,1 % (95 % ДИ 85,5—90,1). Табачной зависимостью одинаково подвержены как психически нездоровые (89,4 %), так и здоровые (86,7 %) граждане. Полученные нами данные подтверждают тот факт, что в последние годы курительное поведение трансформировалось в особый тип маргинального поведения, и никаких признаков сокращения масштабов этого явления в мире не наблюдается. Вместе с тем, по данным ВОЗ [3], ежегодное число смертей, обусловленных потреблением табака, достигает 1,2 млн, что составляет 14 % от их общего числа. Более того, поведенческий градиент смертности от ишемической болезни сердца в 25 % случаев объясняется исключительно табакокурением, а среднее число потерянных лет жизни в результате курения достигает 19—23 лет. Эксперты ВОЗ прогнозируют дальнейшее увеличение числа смертей, обусловленных потреблением та-

бака, обращая особое внимание на тот факт, что 70 % из них произойдут в странах со средним или низким уровнем экономического развития, включая Россию [1].

Общепризнанным является тот факт, что алкогольная зависимость является причиной физического, психического и социального нездоровья как отдельных индивидов, так и отдельных социальных групп и общества в целом. По нашим данным, пациенты психоневрологического диспансера в большей степени склонны к систематическому употреблению алкогольных напитков (1—2 раза в неделю) в сравнении со здоровыми (16,8 и 3,5 % соответственно). Причиняемый алкоголем вред далеко выходит за пределы био-психо-социального здоровья употребляющих алкоголь людей, негативно отражаясь на здоровье и благополучии их родных и знакомых.

Вторым из основополагающих поведенческих паттернов, определяющих содержание и характер образа жизни человека, является медицинское (гигиеническое по определению Ю. П. Лисицына и Н. В. Полуниной [8]) поведение или медицинская активность. Его позитивный аспект складывается из ответственного отношения человека к своему здоровью, своевременного обращения за медицинской помощью и строгого выполнения всех врачебных назначений.

По нашим данным, для пациентов психоневрологического диспансера в отличие от здоровых граждан в гораздо большей степени характерна социальная пассивность и, как следствие, социальное иждивенчество. Причиной этих широко распространенных в российском обществе социальных феноменов является склонность населения к государственному патернализму из-за традиционной слабости личной инициативы при наличии сильных коллективистских тенденций и сохранении в массовом сознании преувеличенных представлений о социальной роли государства. Следствием такого положения дел явился тот факт, что большинство психически нездоровых граждан (57,3 %; 95 % ДИ 52,2—62,3) не хотят нести ответственность за свое здоровье и возлагают ее либо на государство (33,2 %; 95 % ДИ 28,5—38,1), либо на медицинских работников (24,1 %; 95 % ДИ 20,1—28,8). Таких среди здоровых оказалось в 1,9 раза меньше (29,8 %; 95 % ДИ 25,6—34,5) ($\chi^2 = 59,1$; $p < 0,001$).

Еще одной позитивной характеристикой гигиенического поведения является своевременность обращения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения. Она является важной предпосылкой успешности лечения, способствуя более благоприятному течению уже имеющегося у человека хронического заболевания и предотвращению развития у него нового патологического процесса. По нашим данным, поведение психически нездоровых граждан при возникновении нового или обострении имеющегося хронического заболевания существенно отличается от здоровых ($\chi^2 = 126,7$; $p < 0,001$). Для большинства (60,1 %; 95 % ДИ 55,0—64,9) из них свойственны явно нерацио-

нальные поведенческие проявления. При возникновении болезненных симптомов 29,6 % (95 % ДИ 25,2—34,5) обращаются за помощью к священнослужителям, 17,1 % (95 % ДИ 13,6—21,3) — к целителям, 7,1 % (95 % ДИ 4,9—10,2) — к знакомым, а 6,3 % (95 % ДИ 4,2—9,2) — лечатся самостоятельно. Среди здоровых доля лиц, обращающихся за медицинской помощью к врачу несвоевременно, оказалась в 3 раза меньше (20,3 %; 95 % ДИ 16,7—24,5). Как ни странно, наши данные о склонности психически нездоровых граждан к иррациональным способам получения медицинской помощи нашли частичное отражение в результатах исследования У. С. Москвитиной [9]. По приводимым ею сведениям, 30,6 % обучающихся в медицинском вузе имеют ложные (по своей природе архаические) представления о происхождении и методах лечения психических расстройств. Так, весьма значительная их часть полагает, что психически больные должны лечиться не у психиатров, а у священников (12,8 % обучающихся на 4-м и 9,4 % — на 5-м курсах) и даже экстрасенсов (22,1 и 10,0 % соответственно). Свое мнение они аргументируют тем, что психические заболевания являются наказанием за греховное поведение (24,3 и 20,6 % соответственно).

Третьей составляющей гигиенического поведения индивидов является приверженность к лечению, которая проявляется в строгом выполнении всех врачебных назначений. По нашим данным, среди пациентов психоневрологического диспансера по сравнению со здоровыми гражданами статистически значимо выше доля лиц, частично или полностью не выполняющих назначения врача (38,6 % против 6,3 %) ($\chi^2 = 142,9$; $p < 0,001$). Доля пациентов, не выполняющих полностью врачебные предписания, оказалась в 20 раз выше, чем среди здоровых.

Объяснение столь низкого комплаенса психически нездоровых лиц заключается в наличии чрезвычайного множества факторов (около 250), оказывающих влияние на формирование приверженности пациентов к лечению [2]. Их систематизация позволила С. Н. Мосолову [10] выявить наиболее значимые, объединив их в три группы факторов, связанных с медикацией пациентов, их персональными данными и характером отношений с врачами и окружающими людьми. В частности, нами установлено, что основными причинами частичного или полного отказа психиатрических больных от выполнения врачебных назначений являются: нежелание принимать лекарственные препараты (25,5 %; 95 % ДИ 20,5—31,2), несогласие с методами лечения (21,6 %; 95 % ДИ 17,0—27,0), недоверие к лечащему врачу (20,0 %; 95 % ДИ 15,6—25,3) и недостаток денежных средств (16,5 %; 95 % ДИ 12,4—21,5). В общей совокупности всех причин на них пришлось 83,6 %.

Полученные нами данные хорошо согласуются со сведениями, приводимыми другими авторами [2]. Так, по результатам исследования Н. Г. Незнанова [11], частота случаев отказа от приема препаратов в психиат-

рии колеблется в пределах от 11 до 80 %. Даже при лечении в стационаре около 19 % пациентов принимают лекарственные средства нерегулярно. А. В. Кузнецов [6] приводит сведения о широком распространении у психиатрических больных недоверия к лечащему врачу, достигающего 52,5 %. Скорее всего, это связано с наличием серьезных недостатков как в форме, так и в содержании общения между врачом и пациентом. Несомненно, вполне определенный вклад в формирование негативных отношений между ними вносит недостаточная медицинская информированность пациентов, что требует специального, более углубленного исследования.

Таким образом, проведенный нами сравнительный анализ поведенческих паттернов потребителей психиатрических услуг позволяет сделать следующие выводы. Во-первых, психически нездоровые граждане, как правило, ведут нерациональный образ жизни. Наиболее распространенными формами аддиктивного поведения среди них являются: нерациональное пищевое поведение (86,7 %), низкая физическая активность (23,4 %), табакокурение (89,4 %) и систематическое употребление алкоголя (16,8 %). Широкое распространение деструктивных физиологических паттернов поведения или больших факторов риска здоровью является серьезным препятствием в достижении требуемого медицинского результата — восстановления нарушенного психического здоровья.

Во-вторых, медицинская активность психически нездоровых граждан является весьма низкой: многие не желают нести личную ответственность за свое здоровье (57,3 %); несвоевременно обращаются за медицинской помощью (60,1 %) и не выполняют (полностью или частично) врачебных назначений (38,6 %).

И наконец, в-третьих, основной причиной низкой медицинской активности психиатрических пациентов является их негативное отношение к медицине (83,8 %). Оно проявляется в нежелании лечиться (25,5 %), несогласии с методами лечения (21,6 %), недоверии к лечащему врачу (20,0 %), неверии в выздоровление (10,9 %) и непонимании методов лечения (5,5 %). Лишь в 16,5 % случаев препятствием для лечения послужил недостаток денежных средств. Следствием такого отношения являются активно предпринимаемые ими иррациональные поиски медицинской помощи вне пределов официальной медицины: у священнослужителей (29,6 %), целителей (17,1 %), знакомых (7,1 %) и самих себя (6,3 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Андриянова О. В. // Профилактическая медицина. — 2010. — № 6. — С. 8—10.
2. Бабин С. М., Шлафер А. М., Сергеева Н. А. Комплаенс-терапия больных шизофренией. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2011. — № 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 07.11.2013).

3. Доклад о состоянии здоровья в Европе в 2002 г. / ВОЗ. — Копенгаген, 2002. — 156 с.

4. Здоровье как ценность для человека. [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://biofile.ru/chel/14665.html> (дата обращения 30.01.2014);

5. Казанцева В. А. // Профилактическая медицина. — 2010. — № 6. — С. 17—20.

6. Кузнецов А. В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медиализации: Автореф. дис. ... к. с. н. — Волгоград, 2009. — 27 с.

7. Кузьминова М. В. Влияние клинических, социальных и терапевтических факторов на качество жизни и социальное функционирование больных эпилепсией с психическими расстройствами. [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://t-pacient.ru/articles/6357/> (Дата обращения 31.10.2013);

8. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. // Педиатрия. — 1990. — № 7. — С. 61—69.

9. Москвитина У. С. Управление имиджем врача — психиатра, методы повышения популярности и доверия к психиатрии у населения: Автореф. дис. ... к. м. н. — Волгоград, 2011. — 48 с.

10. Мосолов С. Н. // Рус. мед. журн. — 2002. — Т. 10, № 12/13. — С. 45—49.

11. Незнанов Н. Г., Вид В. Д. // Психиатрия и психофармакология. — 2004. — Т. 6, № 4. — С. 159—162.

12. Олейник С. А. Функциональные продукты питания в поддержании и сохранения здоровья современного человека. [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://www.dital.com.ua/organizm-i-zdorovye/30-funkcionalnie-producti-pitaniya.html> (Дата обращения 30.01.2014);

13. Сохранение и укрепление здоровья как проблема «отношения». [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: http://www.superinf.ru/view_helpstud.php?id=1520 (Дата обращения 30.01.2014);

14. Шмуклер А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: дис. ... д. м. н. — М., 1999. — С. 432.

Контактная информация

Смирнова Елена Алексеевна — аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, e-mail: Smirnova56@yandex.ru

УДК 615.27:616.8-031.14:616.379-008.64

МЕЛЬДОНИЙ — СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2?

С. В. Туркина, Л. В. Полетаева, С. В. Фабрицкая, М. А. Иноземцева

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов,
кафедра детских болезней*

В статье обоснована целесообразность и эффективность использования мельдония у больных сахарным диабетом типа 2 в комплексном лечении периферической и автономной кардиальной нейропатии.

Ключевые слова: сахарный диабет, автономная кардиальная нейропатия, периферическая (сенсомоторная) нейропатия, мельдоний.

IS MELDONIUM EFFECTIVE IN THE TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS?

S. V. Turkina, L. V. Poletaeva, S. V. Fabritskaya, M. A. Inozemtseva

The reasons for the use of meldonium in treating type 2 diabetes mellitus accompanied by cardiovascular peripheral and autonomic neuropathy are stated in the present article.

Key words: diabetes mellitus, cardiac autonomic neuropathy, peripheral neuropathy, meldonium.

Наиболее раннее и часто встречающееся осложнение сахарного диабета (СД) — диабетическая нейропатия (ДН) [8]. Периферическая (сенсомоторная) нейропатия (ПСН) значительно снижает качество жизни пациентов с СД, а также является одним из факторов, обуславливающих развитие синдрома диабетической стопы. Наличие автономной кардиальной нейропатии (АКН) ассоциируется с высокой ожидаемой кардиаль-

ной смертностью, причинами которой служат внезапная остановка сердца, аритмии [5, 7]. Развитие поражений периферической и автономной нервной системы носит, как правило, сочетанный характер. Показано, что одним из факторов риска развития АКН является наличие периферической нейропатии [10]. В настоящее время единый подход к профилактике и лечению АКН и ПСН, как и любого осложнения СД, включает модифи-