

УДК 616-056.83:613.816:159.9:355.01

FREQUENCY AND RISK-ANTIRISK FACTORS OF ALCOHOL ABUSE IN UKRAINIAN ARMED FORCES SERVICEMEN - PARTICIPANTS OF LOCAL MILITARY ACTIONS

Chernenko Inna A.

NMMCC "MMCH" of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv;

e-mail: dgylia@ukr.net

Summary

The author draws attention to the problem of alcoholization risk factors among servicemen of the Armed Forces of Ukraine (AFU), who participated in local military operations (PLMO) in the east of the country. The objective: to establish the frequency of alcohol consumption by ATO participants, risk / anti-risk factors of its consumption and develop areas of corrective work and treatment. During 2016-2018, 150 servicemen were examined on the bases of the psychiatric clinic of the National Military Medical Clinical Center "Major Military Clinical Hospital". According to the results of the study, a close direct correlation was established between the presence of alcohol problems and posttraumatic stress disorder (PTSD) in military personnel. It is indicated that alcoholization and PTSD can be conditionally called symbiotes in ATO participants. The author identified and described risk / anti-risk factors of alcohol consumption among PLMO.

Key words: alcohol problems, alcohol dependence, posttraumatic stress disorder, serviceman, local fighting, counter-terrorist operation.

Реферат. Черненко И. А. **ФАКТОРЫ РИСКА – АНТИРИСКА АЛКОГОЛИЗАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВС УКРАИНЫ – УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ.** - Национальный военно-медицинский клинический центр «Главный военный клинический госпиталь» МО Украины, г. Киев. В работе Автор обращает внимание на проблему выявления факторов риска алкоголизации военнослужащих Вооруженных сил Украины (ВСУ), которые были участниками локальных боевых действий (УЛБД) на востоке страны. Цель работы: установить частоту употребления алкоголя участниками АТО, факторы риска - антириска его потребления и разработать направления коррекционной работы и лечения. В течение 2016-2018 г. г. на базах клиники психиатрии Национального военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь» было обследовано 150 военнослужащих ВСУ. По результатам исследования установлена тесная прямая корреляционная связь между наличием алкогольных проблем и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) у военнослужащих; показано, что в данном случае, алкоголизацию и ПТСР можно условно считать симбиотами. Автором выявлены и описаны факторы риска и антириска потребления алкоголя среди УЛБД.

Ключевые слова: алкогольные проблемы, алкогольная зависимость, посттравматическое стрессовое расстройство, военнослужащие, боевые действия, АТО.

Реферат. Черненко І. О. **ЧАСТОТА ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ-АНТИРИЗИКУ АЛКОГОЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ – УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ.** У статті автором звернено увагу на актуальну проблему виявлення чинників ризику алкоголізації військовослужбовців Збройних сил України (ЗСУ), які були учасниками локальних бойових дій (УЛБД) на сході держави. Мета роботи: встановити частоту вживання алкоголю учасниками АТО та чинники ризику - антиризiku його споживання для розробки напрямків їх корекції і лікування. Автором впродовж 2016-2018 років на базах клініки психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» було обстежено 150 військовослужбовців ЗСУ. За результатами дослідження встановлено тісний прямий кореляційний зв'язок між наявністю алкогольних проблем та посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, зазначено, що алкоголізація і ПТСР – можна умовно назвати симбіотами в учасників АТО. Автором в статті виявлено і описано чинники ризику та антиризiku споживання алкоголю серед УЛБД.

Ключові слова: алкогольні проблеми, алкогольна залежність, посттравматичний стресовий розлад, військовослужбовці, бойові дії, АТО

Актуальність дослідження. Вже четвертий рік на території нашої держави продовжується антитерористична операція. Станом на 4 жовтня 2017 року статус учасників бойових дій отримали 316,6 тис. осіб, значна частина з яких після пережитих травмуючих подій мають проблеми з адаптацією до нормального соціального життя та психологічні чи психічні порушення. Демобілізовані військовослужбовці часто

замикаються в собі, інколи через час у них починаються проблеми пов'язані з фізіологічними порушеннями, наприклад, гіпертонічні кризи, виразка шлунка тощо. Відхилення у всіх УЛБД проявляються по-різному: хтось вдається до вживання алкоголю, хтось намагається максимально ізолюватись від суспільства, інші стають імпульсивними і агресивними. З метою виявлення спектра чинників надання психологічної та соціальної підтримки УЛБД сучасні науковці проводять дослідження, розробляють алгоритми соціальних програм для учасників АТО.

Мета дослідження: встановити частоту вживання алкоголю учасниками АТО, чинники ризику-антиризiku його споживання та розробити напрямки їх корекції і лікування.

Матеріал та методи дослідження. Впродовж 2016-2018 років з дотриманням принципів етики та деонтології, на основі інформованої згоди на участь у обстеженні, на базах клініки психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» обстежено 150 військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ).

Вибірку формували методом простого вірогідного відбору (з використанням таблиці випадкових чисел), необхідний обсяг вибірки визначали методом поточної оцінки достовірності відмінностей за Рафалес-Ламарком (за пороговий рівень достовірності було прийнято $p < 0,05$) [2].

За критерієм наявності / відсутності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) учасники локальних бойових дій (УЛБД) були розподілені на дві групи порівняння. До 1 гр. увійшли 93 особи, у яких за критеріями МКХ-10 був встановлений діагноз ПТСР (F 43.1), 2 гр. склали 57 умовно здорових осіб (без ознак ПТСР).

Обстежені обох груп стандартизовані за фактом безпосередньої участі у локальних бойових діях (ЛБД) / антитерористичної операції (АТО) в Донецькій та Луганській областях (протягом 2015 – 2017 років), гендерною приналежністю (чоловіки), займаною військовою посадою (переважно сержанти та рядові, які служили за контрактом), складом ЗСУ (здебільше у загальновійськових 93,33 % осіб). Середній вік УЛБД в 1 гр. склав $33,71 \pm 1,34$ років, у 2-ій – $27,88 \pm 1,69$ років.

Використані наступні **методи** дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний та методи математичної статистики.

Проблеми зі вживанням алкоголю у УЛБД встановлювали за допомогою тесту AUDIT (тест для виявлення проблем, пов'язаних зі вживанням алкоголю). Слід додати, що окрім достатньо високої точності, даний тест має низку таких переваг:

- сумісність результатів за тестом AUDIT та діагностичних критеріїв МКХ-10 щодо визначення алкогольної залежності та вживання алкоголю зі шкідливими наслідками;
- ідентифікація як ризикованого вживання алкоголю й вживання зі шкідливими наслідками, так і вірогідної залежності;
- встановлення фактів недавнього вживання алкоголю;
- крос-національна стандартизація (через валідацію на міжнародному рівні);
- не потребує залучення лікарів-психіатрів, наркологів у проведення діагностичної процедури (тест може проводити фахівець первинної ланки медичної допомоги за умов проходження навчання);
- короткість, гнучкість, швидкість у використанні.

Завдяки зазначеним перевагам, використання цього скринінгового інструменту надало змоги виділити серед УЛБД осіб, які знаходились на ранніх етапах алкоголізації, а також виокремити найбільш виразні алкогольні проблеми та їх зв'язок з соціально-демографічними, психопатологічними, психодіагностичними та ін. показниками за різними методами дослідження.

Викладення основного матеріалу.

Аналіз розподілу обстежених за концептуальними доменами та змістом пунктів за тестом AUDIT показав низку достовірних розбіжностей між вживанням алкоголю (ВА) у хворих на ПТСР та здорових УЛБД.

Враховуючі той факт, що перші три питання тесту AUDIT містять ознаки небезпечного (ризикованого) ВА, наступні три включають до себе ознаки алкогольної залежності, а три останніх – шкідливі наслідки ВА, нами визначені частота та вірогідні відмінності між групами порівняння за вказаними способами споживання алкоголю (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл обстежених за концептуальними доменами та змістом пунктів тесту AUDIT, абс., %

| № питання) зміст / ознака | | Частота ознаки | | | | p * |
|---|-----------------------------|----------------|--------|---------------|--------|---------|
| | | 1 гр., n=93 | | 2 гр. n=57 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Небезпечне (ризиковане) вживання алкоголю | | | | | | |
| 1) Частота вживання алкоголю | Ніколи | 4 | 4,30 | 2 | 3,51 | 0,81005 |
| | 1 раз на міс і рідше | 31 | 33,33 | 9 | 15,79 | 0,01835 |
| | 2-4 рази на місяць | 44 | 47,31 | 36 | 63,16 | 0,05900 |
| | 2-3 рази на тиждень | 5 | 5,38 | 8 | 14,04 | 0,06732 |
| | 4 і більше разів на тиждень | 9 | 9,68 | 2 | 3,51 | 0,15951 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |

| | | | | | | |
|--|------------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|--------------------|
| 2) Типова кількість вживаного алкоголю | 1-2 дози | 12 | 12,90 | 15 | 26,32 | 0,03795 |
| | 3-4 дози | 36 | 38,71 | 28 | 49,12 | 0,21071 |
| | 5-6 доз | 19 | 20,43 | 14 | 24,56 | 0,55327 |
| | 7-9 доз | 15 | 16,13 | 0 | 0,00 | 0,00139 |
| | 10 і більше доз | 11 | 11,83 | 0 | 0,00 | 0,00699 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |
| 3) Частоти надмірного вживання алкоголю | Ніколи | 20 | 21,51 | 14 | 24,56 | 0,66434 |
| | Рідше, ніж 1 раз на міс. | 29 | 31,18 | 29 | 50,88 | 0,01621 |
| | 1 раз на міс. | 26 | 27,96 | 12 | 21,05 | 0,34531 |
| | 1 раз на тиждень | 18 | 19,35 | 2 | 3,51 | 0,00559 |
| | Кожен день, або майже кожен день | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1,00000 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |
| Ознаки залежності від алкоголю | | | | | | |
| 4) Зниження контролю над вживанням алкоголю | Ніколи | 33 | 35,48 | 51 | 89,47 | <0,00001 |
| | Рідше, ніж 1 раз на міс. | 23 | 24,73 | 2 | 3,51 | 0,00071 |
| | 1 раз на міс. | 18 | 19,35 | 4 | 7,02 | 0,03816 |
| | 1 раз на тиждень | 19 | 20,43 | 0 | 0,00 | 0,00026 |
| | Кожен день, або майже кожен день | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1,00000 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |
| 5) Збільшення пріоритетності вживання алкоголю | Ніколи | 40 | 43,01 | 53 | 92,98 | <0,00001 |
| | Рідше, ніж 1 раз на міс. | 29 | 31,18 | 4 | 7,02 | 0,00052 |
| | 1 раз на міс. | 15 | 16,13 | 0 | 0,00 | 0,00139 |
| | 1 раз на тиждень | 9 | 9,68 | 0 | 0,00 | 0,01542 |
| | Кожен день, або майже кожен день | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1,00000 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |
| 6) Вживання алкоголю зранку | Ніколи | 48 | 51,61 | 51 | 89,47 | <0,00001 |
| | Рідше, ніж 1 раз на міс. | 25 | 26,88 | 2 | 3,51 | 0,00030 |
| | 1 раз на міс. | 11 | 11,83 | 2 | 3,51 | 0,07878 |
| | 1 раз на тиждень | 9 | 9,68 | 2 | 3,51 | 0,15951 |
| | Кожен день, або майже кожен день | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1,00000 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |
| Шкідливі наслідки вживання алкоголю | | | | | | |
| 7) Почуття провини після вживання алкоголю (втрата якісного контролю) | Ніколи | 45 | 48,39 | 51 | 89,47 | <0,00001 |
| | Рідше, ніж 1 раз на міс. | 29 | 31,18 | 6 | 10,53 | 0,00369 |
| | 1 раз на міс. | 11 | 11,83 | 0 | 0,00 | 0,00699 |
| | 1 раз на тиждень | 2 | 2,15 | 0 | 0,00 | 0,26501 |
| | Кожен день, або майже кожен день | 6 | 6,45 | 0 | 0,00 | 0,05032 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |
| 8) Втрата пам'яті внаслідок вживання алкоголю (порушення свідомості внаслідок втрати кількісного контролю) | Ніколи | 54 | 58,06 | 49 | 85,96 | 0,00035 |
| | Рідше, ніж 1 раз на міс. | 19 | 20,43 | 8 | 14,04 | 0,32240 |
| | 1 раз на міс. | 14 | 15,05 | 0 | 0,00 | 0,00210 |
| | 1 раз на тиждень | 6 | 6,45 | 0 | 0,00 | 0,05032 |
| | Кожен день, або майже кожен день | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1,00000 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |
| 9) Травми внаслідок вживання алкоголю (медичні наслідки) | Ні | 62 | 66,67 | 53 | 92,98 | 0,00022 |
| | Так, але не в минулому році | 15 | 16,13 | 2 | 3,51 | 0,01795 |
| | Так, у минулому році | 16 | 17,20 | 2 | 3,51 | 0,01223 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |
| 10) Стурбованість оточення внаслідок вживання алкоголю (соціальна дезадаптація) | Ні | 59 | 63,44 | 55 | 96,49 | <0,00001 |
| | Так, але не в минулому році | 19 | 20,43 | 0 | 0,00 | 0,00026 |
| | Так, у минулому році | 15 | 16,13 | 2 | 3,51 | 0,01795 |
| | Разом | 93 | 100,00 | 57 | 100,00 | - |

Примітки.

- * - достовірність відмінностей між групами порівняння оцінена за критерієм Пірсона (χ^2).
- Достовірні відмінності ($p < 0,05$) виділено **напівжирним** шрифтом

Встановлено, що УЛБД достовірно розрізнялися відповідно до групи за усіма розділами тесту AUDIT. При цьому, серед здорових обстежених були відсутні як признаки залежності від алкоголю (лише у поодиноких

випадках реєстрували зниження контролю над вживанням алкоголю та випадки алкоголізації зранку), так і ознаки шкідливих наслідків ВА (див. табл. 1).

В свою чергу, близько у третини обстежених з ПТСР виявлено типове перевищення безпечного рівню ВА від 7 до 10 і більше стандартних доз; у 19,35 % осіб 1 гр. – випадки надмірного споживання принаймні раз на тиждень; у 44,08 % осіб встановлено втрату контролю, а 56,99 % осіб – збільшення пріоритетності ВА, крім того, 48,39 % осіб вживали алкоголь зранку через погіршення соматичного стану. Серед цих обстежених вірогідно частіше реєстрували шкідливі наслідки ВА, а саме: втрату якісного (51,61 % осіб), кількісного контролю (порушення свідомості (41,91 % осіб), травми (17,2 % осіб) внаслідок інтоксикації етанолом), порушення соціальної адаптації (16,13 % осіб).

Зазначене також підтверджено достовірним перевищенням середніх значень показників за пунктами тесту AUDIT в 1 гр. здебільше у 4-6 разів у порівнянні з 2-ою (а по деяким пунктам, що стосуються ознак залежності від алкоголю та шкідливих наслідків його вживання аж до 12 разів) (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл обстежених за середніми значеннями показників тесту AUDIT, $M \pm m^*$

| Питання тесту | | 1 гр., n=93 | 2 гр. n=57 | p(t) ** |
|----------------|--|------------------|------------------|----------------|
| № | зміст питання | | | |
| 1 | Як часто Ви вживаєте напої, що містять алкоголь? | 1,70±0,10 | 1,88±0,11 | 0,11165 |
| 2 | У якій кількості Ви вживаєте алкогольні напої, коли випиваєте? | 1,53±0,13 | 0,84±0,09 | 0,00002 |
| 3 | Як часто Ви випиваєте 6 і більше доз алкогольних напоїв? | 1,39±0,11 | 1,00±0,11 | 0,00625 |
| 4 | Як часто за останній рік Ви виявляли, що якщо розпочали пити алкогольні напої, то не можете зупинитися? | 1,18±0,12 | 0,18±0,07 | <0,00001 |
| 5 | Як часто за останній рік внаслідок надмірного вживання алкоголю Ви не мали змоги робити те, що робите зазвичай? | 0,86±0,10 | 0,07±0,03 | <0,00001 |
| 6 | Як часто за останній рік Вам необхідно похмелитися зранку, для того, щоб прийти в себе після того, як Ви випили багато напередодні? | 0,73±0,10 | 0,18±0,09 | 0,00003 |
| 7 | Як часто за останній рік Ви відчували почуття провини або розкаяння совісті після випивки? | 0,90±0,13 | 0,07±0,03 | <0,00001 |
| 8 | Як часто за останній рік Ви не могли згадати, що було напередодні ввечері, тому, що Ви були п'яним? | 0,67±0,10 | 0,14±0,05 | <0,00001 |
| 9 | Чи не постало надмірне вживання Вами алкоголю причиною отримання Вами або ким-небудь травм? | 0,99±0,16 | 0,21±0,11 | 0,00005 |
| 10 | Хто-небудь із родичів, друг, лікар або ін. медичний працівник виражали стурбованість щодо Вашого пияцтва або пропонували Вам зменшити кількість алкоголю, яку Ви вживаєте? | 0,99±0,16 | 0,14±0,10 | 0,00001 |
| Сумарна оцінка | | 10,94±0,88 | 4,70±0,44 | <0,00001 |

Примітки.

- * – середні значення подані у форматі « $M \pm m$ » – «середня арифметична \pm стандартна похибка середньої арифметичної»
- ** – достовірність відмінностей між групами порівняння оцінена за критерієм Ст'юдента-Фішера (p(t))
- Відсутність** достовірних відмінностей (p<0,05) виділено **напівжирним** шрифтом

Середній бал за тестом AUDIT в групі хворих на ПТСР УЛБД склав 10,94±0,88 балів (проти 4,70±0,44 у 2-й гр.), що відповідає рівню ВА, що загрожує здоров'ю. Беручи до уваги той факт, що значення середньої арифметичної величини є узагальнюючою характеристикою ВА обстеженими, нами врахована варіабельність величин ознак, що входили до її складу, тобто індивідуальні та групові частоти ВА у військовослужбовців (рис.1, 2).

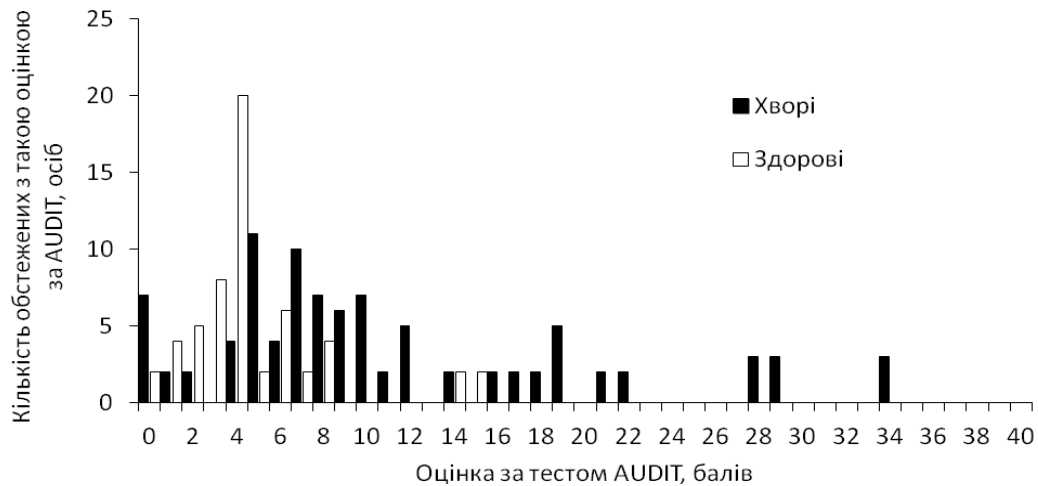


Рис. 1. Розподіл обстежених за результатами застосування тесту AUDIT (детальна версія без злиття діапазонів)

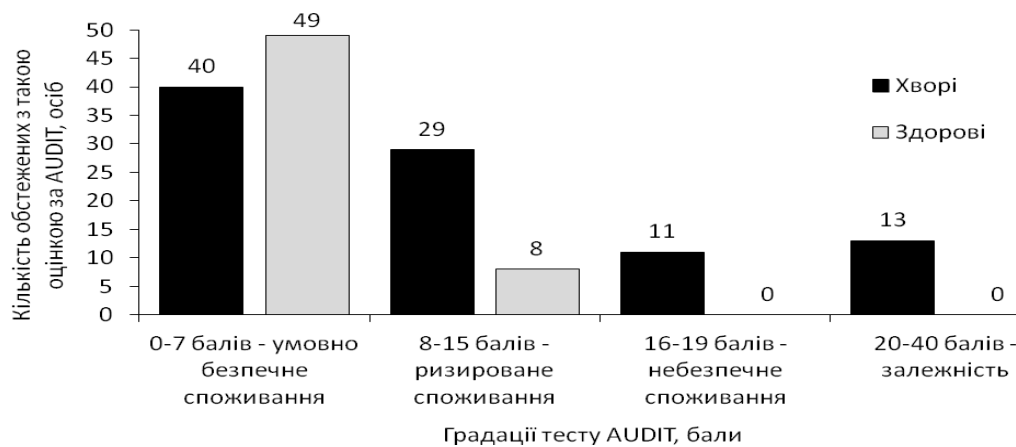


Рис. 2. Розподіл обстежених за результатами застосування тесту AUDIT (із використанням градацій AUDIT)

Таким чином, 85,96 % військовослужбовців без ознак ПТСР знаходились на рівні умовно безпечного споживання алкоголю і 14,04 % осіб – ризикованого. Жоден з УЛБД без ПТСР не вживав спиртні напої на рівні небезпечного споживання або алкогольної залежності. Такий рівень вживання алкогольних напоїв потребував проведення профілактичної просвітницької роботи, інформування щодо наслідків ВА та надання простих порад щодо зменшення рівню споживання алкоголю.

В свою чергу, УЛБД з ПТСР за рівнем ВА розподілилися наступним чином: 43,01 % осіб – умовно безпечне ВА, 31,18 % осіб – ризиковане ВА, 11,83 % – небезпечне ВА, 13,98 % осіб – алкогольна залежність. Тобто більш ніж чверть військовослужбовців з ПТСР мала показання для проведення психотерапевтичних втручань або лікування у зв'язку з алкогольними проблемами, тобто кваліфікованої або спеціалізованої наркологічної допомоги.

Отримані дані свідчать про тісний зв'язок між діагностованим ПТСР і ознаками алкогольної залежності і/або вживанням алкоголю зі шкідливими наслідками у УЛБД. З метою відокремлення ознак алкоголізації військовослужбовців, що безпосередньо корелюють с ПТСР, а також виділення ранніх критеріїв його діагностики за умов встановлення відповідного способу ВА, – нами на основі порівняльного аналізу та оцінки співвідношень частот окремих ознак по групах обстежених розраховані діагностичні коефіцієнти (ДК) (внесок ознаки у діагностичну процедуру, її діагностична цінність), оцінені міри інформативності (МІ) (ранг, значення ознаки в діагностичній процедурі) для кожного з показників тесту AUDIT. Результатом постала розробка експрес-способу виявлення алкогольних проблем на основі питань тесту AUDIT у УЛБД з та без ПТСР (табл. 3).

Таблиця 3

Таблиця для експрес-діагностики алкогольних проблем у учасників локальних бойових дій з та без ПТСР

| Питання тесту AUDIT | Відповідь | ДК | МІ |
|--|-----------|----|----|
| Ознаки відсутності алкогольних проблем та ПТСР | | | |

| | | | |
|---|---|-------|------|
| № 4. Як часто за останній рік Ви виявляли, що якщо розпочали пити алкогольні напої, то не можете зупинитися? | Ніколи | 4,02 | 1,08 |
| № 5 Як часто за останній рік внаслідок надмірного вживання алкоголю Ви не мали змоги робити те, що робите зазвичай? | «те ж» | 3,35 | 0,84 |
| № 7 Як часто за останній рік Ви відчували почуття провини або розкаяння совісті після випивки | «те ж» | 2,67 | 0,55 |
| Ознаки наявності алкогольних проблем та ПТСР | | | |
| № 5 Як часто за останній рік внаслідок надмірного вживання алкоголю Ви не мали змоги робити те, що робите зазвичай? | Від менш ніж 1 раз на міс. до 1 разу на тиждень | 9,10 | 2,27 |
| № 4 Як часто за останній рік Ви виявляли, що якщо розпочали пити алкогольні напої, то не можете зупинитися? | «те ж» | 7,87 | 2,13 |
| № 10 Будь-хто із родичів, друг, лікар або ін. медичний працівник виражав стурбованість щодо Вашого пияцтва або пропонував Вам зменш. кількість алкоголю, яку Ви вживаєте? | Так | 10,18 | 1,68 |
| № 2 У якій кількості Ви вживаєте алкогольні напої, коли випиваєте? | 7 і більше доз | 12,02 | 1,58 |
| № 7 Як часто за останній рік Ви відчували почуття провини або розкаяння совісті після випивки? | Від менш ніж 1 раз на міс. до 1 разу на тиждень | 6,90 | 1,42 |
| № 6 Як часто за останній рік Вам необхідно похмелитися зранку, щоб прийти в себе після того, як Ви випили багато напередодні? | «те ж» | 6,62 | 1,25 |
| № 9 Чи не постало надмірне вживання Вами алкоголю причиною отримання Вами або будь-ким травм? | Так | 6,77 | 0,89 |
| № 8 Як часто за останній рік Ви не могли згадати, що було напередодні ввечері, тому, що Ви були п'яним? | Від менш ніж 1 раз на міс. до 1 разу на тиждень | 4,75 | 0,66 |

Примітки.

1. – Абс., осіб – число обстежених (хворі на ПТСР (1 гр.) і здорові (2 гр.) військовослужбовці із зазначеною ознакою).
2. Ознаки наведені у порядку зменшення мір інформативності.

При використанні цього способу застосовується формалізована процедура Вальда у модифікації Е.В. Гублера [1]. Використання вказаної процедури включає підрахунок сум діагностичних коефіцієнтів кожної із сукупності ознак і їхнє порівняння із граничними значеннями аж до досягнення заданого рівню достовірності. Так, наприклад, значення суми ДК для достовірності висновків на рівні $p < 0,05$ (який прийнятий за достатній при проведенні медичних досліджень) повинно дорівнювати 13 одиницям.

Слід додати, що виділені ознаки наявності алкогольних проблем у УЛБД з ПТСР, мають високу інформативність ($MI > 0,5$), а для досягнення достовірності висновків на рівні $p < 0,05$ вистачає реєстрації у пацієнта принаймні двох ознак. Наприклад, виявлення у УЛБД необхідності похмелитися зранку, «щоб прийти в себе після того, як він випив багато напередодні» ($DK = 6,62$ при $MI = 1,25$) та фактів травматизації внаслідок надмірного ВА ($DK = 6,77$ при $MI = 0,89$) є достатнім для ствердження про присутність у нього проблем зі ВА та припущення про наявність ПТСР ($\Sigma DK = 13,39$ тобто достовірності цих висновків на рівні $p < 0,05$).

В свою чергу, недостатні кількість та рівень достовірності висновків для ознак за тестом AUDIT, що характеризують відсутність проблем з алкоголем та ПТСР ($\Sigma DK = 10,04$ при граничному значенні $\Sigma DK = 13$), обумовило необхідність пошуку чинників ризику-антиризiku проблем з ВА у УЛБД за показниками інших методів дослідження. На виконання цього завдання було побудовано діагональну кореляційну матрицю, у якій представлені усі кореляційні зв'язки (значення коефіцієнтів кореляції) між 695 ознаками за методами дослідження.

Нами було прийнято припущення, що ознаки психічного (зокрема наркологічного включено ознаки за тестом AUDIT статусу), а також показники за психодіагностичними методиками які являють собою «залежні» величини, а інші ознаки (дані, що включають загальні відомості, професійний маршрут, професійні шкідливості, психотравмуючі та контекстуальні (дезадаптуючі) чинники, чинники бойових дій та бойової обстановки, соціально-демографічний статус, родина та соціальні зв'язки) – це величини «впливу».

В результаті аналізу взаємозв'язків між «залежними» величинами (у даному дослідженні це проблеми, пов'язані зі ВА) і величинами «впливу» нами виділено й ранжовано фактори, що прямо корелюють зі ВА і його несприятливими наслідками, тобто патогенні чинники (чинники ризику) та фактори, що зворотно корелюють зі ВА і його несприятливими наслідками, тобто саногенні чинники (чинники антиризiku).

Матриця впливів (кореляційні зв'язки середньої сили при значеннях коефіцієнтів кореляції r від 4,0 до 6,0) різних чинників на виразність алкогольних проблем виглядає наступним чином.

Чинники ризику вживання алкоголю і його несприятливих наслідків (у порядку зменшення значень коефіцієнтів кореляції):

- суб'єктивна оцінка власних проблем з законом як незначних;
- участь у військовій блокаді;
- суб'єктивна оцінка власних проблем з законом як дуже серйозних;
- ув'язнення як психотравмуючий чинник протягом останнього року;
- міжстатеві проблеми як психотравмуючий чинник протягом останнього року;
- наявність ПТСР;
- вагітність партнерші як психотравмуючий чинник протягом останнього року;
- зміни стану здоров'я членів сім'ї як психотравмуючий чинник протягом останнього року;
- значна (з точки зору лікаря) необхідність у медичній допомозі;
- значна суб'єктивна важливість лікування проблем зі здоров'ям;
- проведення вільного часу до участі в АТО з друзями;
- близькі і стійкі відносини з колегами по роботі;
- серйозні проблеми у спілкуванні протягом 30 днів до участі в АТО іншими значущими членами сім'ї.

Чинники антиризiku вживання алкоголю і його несприятливих наслідків (у порядку зменшення значень коефіцієнтів кореляції):

- відсутність проблем із законом на думку самого військовослужбовця;
- відсутність (з точки зору лікаря) необхідності медичної допомоги;
- задовільна матеріальна забезпеченість батьківської родини;
- проведення до участі в АТО більшості часу з родиною;
- відсутність необхідності прийому ліків внаслідок фізичних (соматичних) проблем (тобто відсутність хронічних захворювань);
- зміна посади як психотравмуючий чинник протягом останнього року;
- типове проживання з батьками останні 3 роки;
- відчуття відсутності підтримки та допомоги впродовж бойових дій (вміння взяти відповідальність на себе);
- відсутність необхідності (з точки зору лікаря) консультацій з проблем працевлаштування;
- планування свого майбутнього як служба у лавах ЗСУ: плани на найближчий рік продовжити службу на займаній посаді;
- байдужість до проведення вільного часу;
- відсутність суб'єктивної необхідності терапії або отримання терапії / консультації / допомоги з приводу сімейних проблем.

Встановлення частоти алкогольних проблем у військовослужбовців та чинників ризику-антиризiku їх формування дозволило нам у подальшому розробити адекватні їх стану напрямки, методи та засоби психопрофілактики (включно аспекти професійного відбору та забезпечення бойової готовності в умовах АТО), психокорекції, психотерапії алкоголізації та лікування алкоголізму даного контингенту, а також проводити оцінку ефективності та/або результативності запропонованих антиалкогольних мір.

Висновки

1. Встановлений тісний прямий кореляційний зв'язок між наявністю алкогольних проблем та ПТСР у військовослужбовців – учасників локальних бойових дій в умовах антитерористичної операції на сході України. Тобто алкоголізація і ПТСР можна умовно назвати симбіотами у учасників АТО.

2. Вживання алкоголю у військовослужбовців без ознак ПТСР знаходиться на рівні умовно безпечного його споживання (85,96 %) на відміну від учасників локальних бойових дій, у яких діагностований ПТСР. Частота алкогольних проблем у останніх є наступною: у третини таких осіб (31,18 %) виявлений ризикований, у 11,83 % – небезпечний (зі шкідливими наслідками для здоров'я) стиль споживання алкоголю, 13,98 % осіб мають сформовану алкогольну залежність.

3. На основі оцінки діагностичної цінності та інформативності змісту пунктів AUDIT у виявленні алкогольних проблем нами розроблений експрес-спосіб їх діагностики у учасників локальних бойових дій. Найбільш інформативними ознаками відсутності таких проблем постали відсутність зниження якісного та кількісного контролю над споживанням алкоголю, а також пріоритетності його вживання. Однак навіть реєстрація сукупності цих ознак у конкретного військовослужбовця виявилася не достатньою для достовірних висновків щодо умовно безпечного споживання ним спиртних напоїв.

В свою чергу, інформативність ознак наявності алкогольних проблем (питання № 5, 4, 10, 2, 7, 6, 9, 8 тесту AUDIT (номера пунктів ранжовані за ступенем інформативності)) та їх діагностична цінність виявилися достатніми для ствердження (на рівні $p < 0,05$) про небезпечне споживання алкоголю або алкогольної залежність при реєстрації принаймні двох відповідей конкретного змісту, визначеного нами для цього контингенту.

4. Чинники ризику алкогольних проблем у військовослужбовців лежать у площині кримінальної поведінки (проблеми з законом), участі у військовій блокаді, наявності ПТСР, міжособистісних проблем в родині на відміну від їх відсутності на робочому місці та з друзями, суб'єктивної оцінки вагітності партнерші, проблем зі здоров'ям (власним і родичів) як сильних психотравмуючих факторів.

У якості чинників антиризiku алкогольних проблем встановлені такі групи факторів як: відсутність кримінальної (асоціальної) поведінки, соматичне здоров'я, задовільний матеріальний стан у батьківській родині, гармонійні відношення у сім'ї, вміння взяти на себе відповідальність в умовах бойових дій, планування продовжити службу у ЗСУ.

Література:

1. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. - М.: Медицина, 1978. - 294 с.
2. Рафалес-Ламарк Э. Э., Николаев В. Г. Некоторые методы планирования и математического анализа биологических экспериментов. - Киев: Наукова думка, 1971. -283 с.

References:

1. Gubler EV Computational methods of analysis and recognition of pathological processes. - Moscow: Medicine, 1978. - 294 p.
2. Rafales-Lamarck EE, Nikolaev VG Some methods of planning and mathematical analysis of biological experiments. - Kiev: Naukova Dumka, 1971.-283 p.