

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П. Л. ШУПИКА

ЗАГОРОДНІЙ Сергій Михайлович

УДК 614.23:347.61(1-22):001.8

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ
СИСТЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ**

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2011

Дисертація є рукописом

Робота виконана в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Слабкий Геннадій Олексійович**, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», директор

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Чайковська Віра Володимирівна**, ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», лабораторія соціальної геронтології, завідувач

доктор медичних наук, доцент **Шатило Віктор Йосипович**, Житомирський інститут медсестринства, ректор

Захист відбудеться «___» _____ 2011 р., о _____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра управління охороною здоров'я, аудиторія №46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий «___» _____ 2011 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
кандидат медичних наук, доцент

В.І. Бугро

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність дослідження. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивної праці, суспільного спокою та стабільності оточуючого середовища (ВООЗ, 2001). Психічне, фізичне та соціальне здоров'я є важливою складовою життя, які тісно пов'язані між собою та залежать один від одного. Їх взаємозв'язок свідчить, що психічне здоров'я є надзвичайно важливим для загального благополуччя окремих осіб, громад та країни в цілому (Юрьев Е., 2003, 2005).

За даними ВООЗ (2001), психічні та поведінкові розлади є надзвичайно поширеними і вражають до 25% всіх людей в певні періоди їх життя. Згідно показника DALI (Нуллер Ю.Л., 2008), до 2020 року тягар розладів психіки та поведінки досягне 15% від усіх хвороб. ВООЗ (2006) та вітчизняні дослідники (Чайковська В.В., 2009, 2010) відмічають, що в майбутньому, з урахуванням постаріння населення та погіршення соціальних проблем, кількість хворих даної категорії буде зростати.

За даними Держкомстату України (2009), на розлади психіки та поведінки в державі страждає біля 250 осіб на 100 тис населення, що є одним із найвищих рівнів серед країн Європи (Москаленко В.Ф., 2009; Слабкий Г.О. та ін., 2010).

Одним із найважливіших наслідків розладів психіки та поведінки є суїциди, рівень яких, особливо серед молоді, має тенденцію до зростання (Пилягіна Г.Я., Винник М.І., 2007) і становить проблему для всіх країн світу (Михайлова Ю.В., Сабгайда Т.П., 2006). ВООЗ констатує, що в другій половині ХХ ст. самогубства вийшли на четверте місце у переліку причин смерті та на перше місце серед смерті внаслідок насильницьких дій. Щорічно понад 0,5 млн осіб на планеті закінчують життя самогубством, а згідно прогнозу ВООЗ на 2020 р. майже 1,5 млн людей на планеті покінчать із собою та ще в 10–20 разів більше з них здійснять спроби самогубства. Україна, де показник самогубств за 1988–2008 роки зріс з 19,0 до 20,5 на 100 тис. населення, стійко входить до групи країн з високим рівнем суїцидної активності.

Серед провідних причин недостатньої ефективності надання психіатричної допомоги населенню України, в тому числі і сільському, слід відмітити недостатнє визнання державою і суспільством психічного здоров'я та благополуччя найважливішими передумовами високої якості життя; наявність застарілої функціональної та структурної організації психіатричної служби, яка потребує змін згідно з європейськими та світовими тенденціями; відсутність спеціальних досліджень у напрямку того, що, на відміну від ситуації з іншими проблемами, пов'язаними зі здоров'ям, більшість економічних втрат, пов'язаних з психічним здоров'ям, знаходяться поза межами системи охорони здоров'я (Агарков В.А., 2007, 2009; Пинчук І.Я., 2008, 2010). В той же час в Україні відсутня Державна програма збереження психічного здоров'я населення.

Міжнародний досвід свідчить, що стратегії в галузі охорони психічного здоров'я вимагають об'єднання зусиль суспільства шляхом міжгалузевого підходу та мають передбачати заходи з урахуванням можливостей багатьох сфер та спеціалістів різного профілю – освіти, ЗМІ, органів соціального захисту тощо.

Актуальність дослідження значною мірою посилюється необхідністю виконання Європейської декларації та Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я, до яких Україна приєдналася в 2005 році, а також Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002-2011 роки».

В таких умовах медико-соціальне обґрунтування якісно нової моделі збереження психічного здоров'я сільського населення України і обумовило актуальність даного дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами. Дисертаційна робота є фрагментом науково-дослідницької роботи «Науково-методичне забезпечення моніторингу виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки», № держреєстрації 0103U000861, яка виконується в ДУ «Українському інституті стратегічних досліджень МОЗ України» в 2007–2011 рр. Автор дисертації був виконавцем фрагментів НДР.

Мета дослідження – обґрунтувати якісно нову функціонально-організаційну систему збереження психічного здоров'я сільського населення.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

- проведення аналізу вітчизняних та зарубіжних наукових джерел щодо профілактики психічних розладів та сучасних підходів до організації медичної допомоги при розладах психіки та поведінки;
- проведення аналізу стану психічного здоров'я населення України та Рівненської області;
- аналіз рівня самогубств населення України та Рівненській області;
- вивчення доступності психіатричної допомоги для сільського населення;
- вивчення та аналіз рівня психологічного стану сільських сімей та взаємозв'язків порушень психіки та поведінки з соціальними факторами та способом життя сільського населення;
- вивчення оцінки лікарями загальної практики стану організації психіатричної допомоги сільському населенню та можливих шляхів її удосконалення;
- обґрунтування, розробка та впровадження якісно нової функціонально-організаційної системи збереження психічного здоров'я сільського населення та визначення її ефективності.

Об'єкт дослідження: психічне здоров'я сільського населення та організація медичної психіатричної та психологічної допомоги.

Предмет дослідження: сільські жителі; медичні працівники; статистичні звіти територіальних органів охорони здоров'я та лікувально-профілактичних закладів з досліджуваної проблеми.

Базою дослідження стали: сільська територія Рівненської області – для соціологічних досліджень та оцінки стану психічного здоров'я сільського населення,

аналізу організації медичної допомоги сільському населенню на етапі впровадження сімейної медицини; всі адміністративно-територіальні одиниці України – для проведення аналізу стану психічного здоров'я населення та рівня самогубств в Україні. Дослідження охоплювало 2005–2009 роки.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використовувались наступні **методи**:

- *системного підходу* – для проведення кількісного та якісного аналізу проблем збереження психічного здоров'я та надання психіатричної допомоги сільському населенню;

- *бібліосемантичний* – для вивчення підходів до збереження психічного здоров'я та надання психіатричної допомоги населенню;

- *статистичний* – для аналізу показників захворюваності населення на розлади психіки та поведінки в Україні та Рівненській області;

- *соціологічний* – для дослідження психологічного клімату в сільських сім'ях, взаємозв'язків порушень психіки та поведінки з соціальними факторами та способом життя сільського населення, психологічного статусу сільської молоді, доступності психіатричної допомоги та можливих шляхів її удосконалення; оцінки спеціалізованої допомоги сільському населенню та готовності сімейних лікарів надавати допомогу пацієнтам при критичних станах;

- *концептуального моделювання* – для обґрунтування та розробки моделі збереження психічного здоров'я населення;

- *експертних оцінок* – для оцінки запропонованих інновацій щодо збереження психічного здоров'я населення.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше в Україні:

- вивчений з позиції системного підходу стан психічного здоров'я сільського населення та проведений ретроспективний аналіз рівня суїцидів;

- досліджений рівень психологічного клімату в сільських сім'ях та психологічний статус сільської молоді, встановлені взаємозв'язки порушень психіки та поведінки з соціальними і економічними факторами та способом життя сільського населення;

- виявлено рівень готовності сімейних лікарів в частині надання допомоги пацієнтам при критичних станах та обґрунтовано шляхи їх підготовки до вказаної діяльності;

- запропоновані індикатори оцінки діяльності лікарів загальної практики/сімейної медицини в частині збереження психічного здоров'я населення;

- визначено роль і місце суспільних комунікацій в збереженні психічного здоров'я сільського населення;

- обґрунтовано якісно нову функціонально-організаційну систему збереження психічного здоров'я сільського населення та визначено її ефективність.

Теоретичне значення дослідження полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини щодо методології збереження психічного здоров'я населення.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що його результати стали підставою для:

- впровадження якісно нової функціонально-організаційної системи збереження психічного здоров'я сільського населення;
- удосконалення навчально-методичних засад використання сучасних підходів до збереження психічного здоров'я населення.

Матеріали дослідження використані:

– на галузевому рівні при розробці галузевих нововведень:

- Функціонально-організаційна модель диспансеризації населення сімейним лікарем. Князевич В.М., Слабкий В.Г., Слабкий Г.О., Шевченко М.В., Кризина Н.П., Матюха Н.П., **Загородній С.М.** Реєстр галузевих нововведень. Випуск №30-31. – 2009. – №249/31/09. – С. 155-156.

- Модель діяльності сімейного лікаря з профілактики паління. Ринда Ф.П., Слабкий Г.О., Олексієнко О.В., **Загородній С.М.** Реєстр галузевих нововведень. Випуск №30-31. – 2009. – №252/31/09. – С. 157.

- Функціонально-організаційна модель діяльності сімейного лікаря з профілактики алкоголізму. Ринда Ф.П., Слабкий Г.О., **Загородній С.М.**, Олексієнко О.В. Реєстр галузевих нововведень. Випуск №30–31. – 2009. – №253/31/09. – С. 157.

- Система взаємовідносин сімейний лікар-сім'я-пацієнт. Слабкий Г.О., Слабкий В.Г., Кризина Н.П., Матюха Н.П., Шевченко М.В., **Загородній С.М.** Реєстр галузевих нововведень. Випуск №30-31. – 2009. – №254/31/09. – С. 158.

– методичних рекомендацій, затверджених МОЗ України:

- Обсяги медичної допомоги сільському населенню (методичні рекомендації)/ О.Ф.Гаврилюк, В.Г.Слабкий, **С.М. Загородній** // Київ, МОЗ України. – 2009. – 20 с.

- Функціонально-організаційна модель профілактики порушень психіки і поведінки у сільського населення та надання медичної допомоги пацієнтам при впровадженні сімейної медицини. Методичні рекомендації. Яценко Ю.Б., Кризина Н.П., **Загородній С.М.**, Слабкий В.Г., Шевченко М.В. Київ, МОЗ України. – 2010. – 17 с.

- Модель наступності медичної допомоги сільському населенню в умовах впровадження сімейної медицини. Методичні рекомендації. Весельський В.Л., Слабкий В.Г., Яценко Ю.Б., Шевченко М.В., Кризина Н.П., **Загородній С.М.** Київ, МОЗ України. – 2010. – 19 с.

На регіональному рівні: шляхом впровадження окремих елементів запропонованої системи в Рівненській, Донецькій (акт від 15 грудня 2010 року), Житомирській (акт від 21 листопада 2010 року) областях, у навчальному процесі Львівського національного медичного університету імені Д. Галицького(акт від 26 жовтня 2010 року).

Особистий внесок автора. Автором особисто визначено мету та завдання дослідження, розроблено його програму, обрано методи дослідження, проведено аналіз наукової літератури, здійснено збір та вкопіювання первинної документації, розроблено анкети, проведено соціологічне дослідження, статистично опрацьовано

матеріали дослідження та проведено їх науковий аналіз, узагальнено одержані результати, сформульовані висновки та практичні рекомендації.

Апробація результатів роботи. Основні положення дисертації доповідались та були обговорені на:

- IV з'їзді спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я (Житомир, 23-25 жовтня 2008);
- X ювілейному з'їзді ВУЛГ (Євпаторія, 24-27 вересня 2009);
- засіданнях Вченої ради ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» у 2008, 2009, 2010 роках.

Публікації. Матеріали дисертації знайшли відображення у 2 монографіях, 2 розділах монографії, 5 статтях у наукових виданнях, рекомендованих ВАК України; 1 – в інших виданнях, 3 методичних рекомендацій та 4 галузевих нововведеннях.

Обсяг та структура роботи. Дисертація викладена на 183 сторінках тексту, з них основного – 149 сторінок, складається із вступу, аналітичного огляду літератури, програми дослідження та 4 розділів власних досліджень, узагальнення, висновків, ілюстрована 17 рисунками та 50 таблицями, містить 6 додатків. Список використаної літератури містить 153 джерела, в тому числі 68 – іноземних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Програма, матеріали, обсяги та методи дослідження. Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми (рис. 1), складеної з використанням методу системного підходу, що передбачало його виконання в шість основних етапів, кожен із яких, у свою чергу, включав конкретні задачі з їх переходом до наступного етапу. Така багаторівнева структуризація задач дослідження забезпечувала його системність, оскільки результати, одержані на кожному попередньому етапі, ставали логічною основою не тільки для наступних етапів, а й для узагальнення отриманих результатів та наукового обґрунтування досягнення мети дослідження.

Перший етап присвячувався аналізу збереження та зміцнення психічного здоров'я населення в економічно розвинутих країнах, в країнах СНД та Україні, а також профілактики психічних розладів та сучасних підходів до організації медичної допомоги при розладах психіки та поведінки. Виконання поставленого завдання здійснювалося з використанням бібліосемантичного методу.

Другий етап включав вибір напрямку дослідження, формування мети та завдань, обґрунтування його методів та обсягу.

Метою третього етапу стало проведення аналізу та оцінки рівнів психічних захворювань та розладів поведінки за 2005–2009 роки. Його інформаційною базою стали статистичні звіти управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій (форма 20, всього 135 одиниць). При цьому використаний метод статистичного дослідження, а при обробці даних застосовувався критерій узгодженості λ Пірсона.

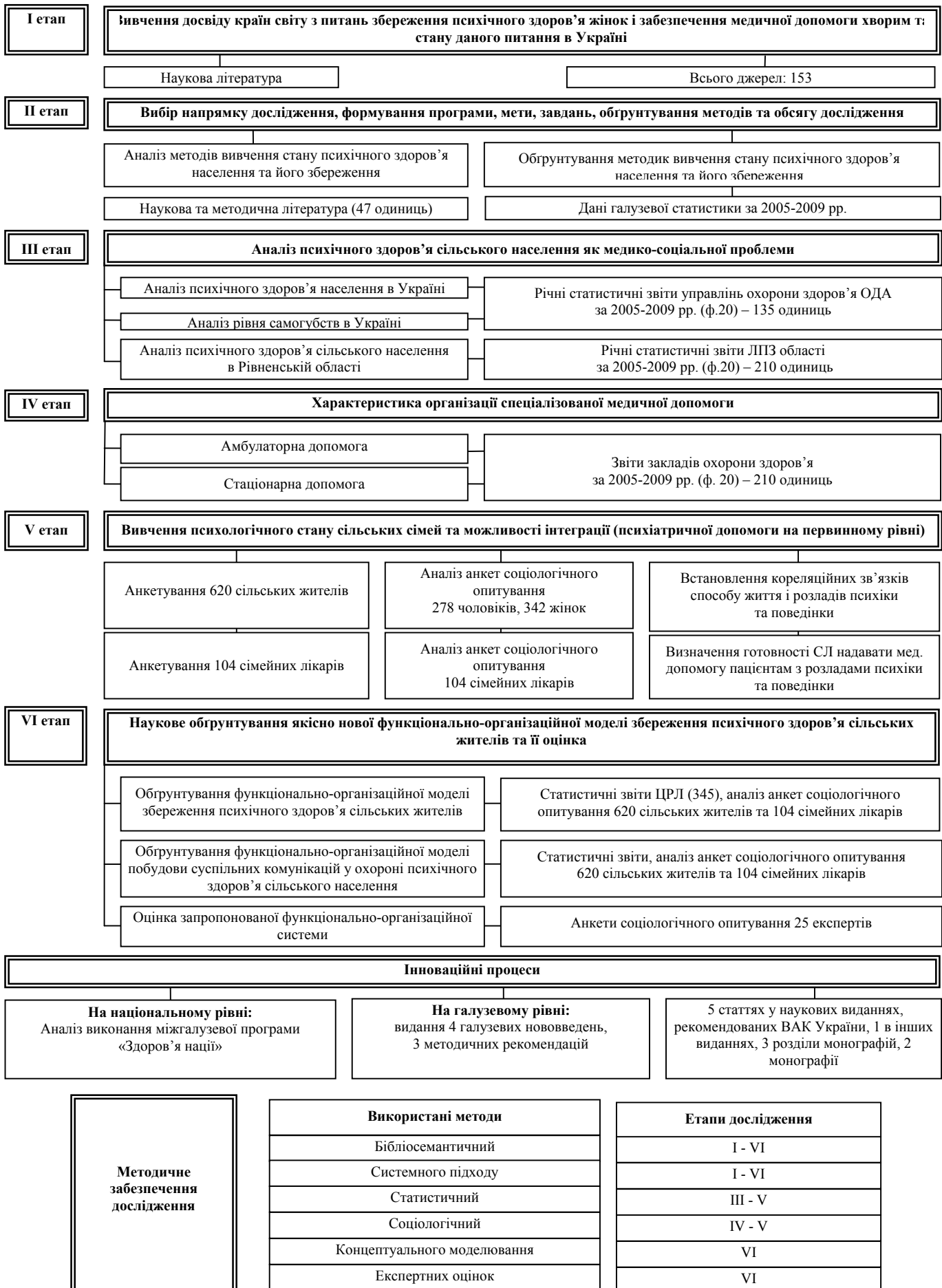


Рис. 1. Програма, обсяги та методи досліджень

На четвертому етапі вивчено та проаналізовано стан організації спеціалізованої допомоги при розладах психіки та поведінки. Проаналізовано 210 звітів закладів охорони здоров'я за 2005–2009 роки (форма 20).

Використання методу анкетування на п'ятому етапі стало основою для проведення соціологічного дослідження щодо психологічного клімату в сім'ях сільських жителів, психічного стану сільських підлітків та чинників, що його формують (620 респондентів), готовності сімейних лікарів надавати допомогу пацієнтам в критичних станах (104 респондента).

Шостий, заключний, етап виконання роботи полягав в узагальненні результатів попередніх етапів дослідження та розробці якісно нової функціонально-організаційних моделі збереження психічного здоров'я сільського населення, побудови суспільних комунікацій в охороні психічного здоров'я населення України. Експертна оцінка визначення дієвості запропонованої системи здійснювалась 25 експертами, в тому числі науковцями, представниками клінічної медицини, фахівцями в галузі управління охороною здоров'я.

Формування баз даних та їх аналіз проводилися з використанням пакетів прикладних програм MS Excel та Statistica-6.

Результати дослідження. Аналіз захворюваності населення України на розлади психіки та поведінки за 2005–2009 роки в цілому засвідчив тенденцію до їх зниження і становив 442,7 на 100 тис осіб. При цьому відмічались суттєві відмінності їх рівнів — від 295,1 в Волинській області до 870,2 в АР Крим ($p \leq 0,05$) з підвищенням рівня захворюваності на 6 адміністративних територіях (22,0%).

Практично без змін реєструвався рівень їх поширеності, досягши 4720,2 на 100 тис. осіб з коливаннями від 3675,8 в м. Києві до 5998,4 в Херсонській області ($p \leq 0,05$).

Аналіз рівня захворюваності і поширеності розладів психіки та поведінки в Рівненській області становив відповідно 410,2 та 4135,0 на 100 тис. населення. При цьому встановлено зростання захворюваності серед сільських дітей на 0,6 на 10 тис. відповідного сільського населення зі значним (в 23,7 рази) коливанням між Здолбунівським (7,4), Рокитнівським (0,3) районами ($P \leq 0,05$).

Найвище зростання рівнів захворюваності зареєстровано в Костопільському (3,0 рази), Млинівському (2,6 рази), Острозькому (1,9 рази) районах при їх зниженні в Рокитнянському (9,3 рази), Дубровицькому (6,2 рази) та Березнівському (2,9 рази) районах.

Поширеність розладів психіки та поведінки серед дитячого населення засвідчила тенденцію до їх зростання (23,1) з різницею показника між Дубровецьким (5,0) та Здолбунівським (35,0) районами.

Щодо захворюваності дорослого сільського населення на розлади психіки та поведінки, то в 2008 р. вона знизилась до 4,1 на 10 тис. населення з коливаннями від 1,8 в Дубровецькому до 6,7 в Костопільському районах ($p \leq 0,05$), а поширеність зросла до 47,0 на 100 тис. відповідного населення з різницею від 34,2 у Володимирецькому до 53,4 у Сарненському районах ($p \leq 0,05$).

Отримані результати дають підставу стверджувати, що розлади психіки та поведінки сільського населення є для Рівненської області, як і держави в цілому, економічною, соціальною та медико-демографічною проблемою, що засвідчило необхідність вивчення основних чинників виникнення розладів перш за все у сільських сім'ях.

Результати соціологічного дослідження щодо стану психологічного мікроклімату показали, що $95,9 \pm 2,6\%$ чоловіків вказали на наявність конфліктів між членами сім'ї. Принципової різниці в оцінці жінок і чоловіків щодо конфліктів в їх сім'ях не встановлено.

Встановлена наявність конфліктів в сім'ях стала основою для вивчення їх частоти. Дані статистичної обробки анкет вказують, що у $31,3 \pm 1,7\%$ сімей чоловіків та $28,6 \pm 1,6\%$ сімей жінок конфлікти виникають щоденно, причому у $10,4 \pm 1,0\%$ сімей чоловіків і $9,5 \pm 0,9\%$ сімей жінок — по декілька разів на день. Найбільшу частку сімей ($39,1 \pm 1,7\%$ за даними чоловіків і $31,1 \pm 1,7\%$ за даними жінок) становлять ті, у яких конфлікти виникають по декілька разів на тиждень, а найменшу ($7,3 \pm 1,0\%$ за даними чоловіків і $13,4 \pm 1,1\%$ за даними жінок) — у яких конфлікти виникають по декілька разів на місяць.

Вивчення комплексного впливу різних чинників на конфлікти в сільських сім'ях з використанням двох методів — визначення вагового індексу (Ві) і коефіцієнта парціальної кореляції (КПК) — дозволило встановити рангові значення кожного з них (табл. 1).

Таблиця 1

Порівняльна характеристика рангових місць основних чинників конфліктів в сільських сім'ях (в залежності від методики оцінки інформаційних ваг)

Чинник	Захворюваність (звертальність)	
	ваговий індекс	коефіцієнт парціальної кореляції
Безробіття чоловіка	1	1
Безробіття жінки	5	6
Вік	6	4
Вживання алкоголю чоловіком	3	2
Вживання алкоголю жінкою	4	5
Наявність в сім'ї осіб, що потребують стороннього догляду малолітнього віку	7	8
Наявність в сім'ї осіб, що потребують стороннього догляду похилого віку	2	3
Термін шлюбного життя	8	7
Кількість членів родини	9	9
Рівень освіти	10	10

Як видно з табл. 1, провідні рангові місця займали безробіття чоловіка (по 1 згідно Ві та КПК), вживання алкоголю чоловіком (3 і 2), вік (6 і 4), наявність в сім'ї осіб похилого віку, які потребують догляду (2 і 3).

Встановлення ролі чинників впливу на рівень конфліктів в сільських сім'ях дозволяє формувати окремі групи населення згідно вірогідності їх виникнення і втілювати принципи соціального підходу до надання психологічної підтримки та реабілітації.

Щодо вживання алкоголю, як одного з відомих чинників розладу психіки і поведінки, то дані офіційної статистики свідчать, що в 2008 р. рівень захворюваності сільського населення області на хронічний алкоголізм становив 152,2 з коливаннями від 11,3 в Здолбунському до 243,8 в Сарненському районах.

Аналіз захворюваності сільських жителів Рівненської області на наркоманію, яка також призводить до розладу психіки і поведінки, свідчить, що її рівень в 2009 р. становив 7,9 при середньому значенні його по Україні 12,0 на 100 тис. населення.

За даними Державного комітету статистики України, в 2009 р. рівень безробіття серед сільського населення Рівненської області (13,1%) перевищував середньоукраїнський показник (8,2%). Безробітні чоловіки становили 16,7%, жінки – 10,1%. Середня тривалість пошуку роботи протягом року як для жінок, так і для чоловіків перебувала в межах п'яти місяців. Втрата роботи, пов'язана із звільненням, в 2007, 2008, 2009 роках становила відповідно 1,7, 1,3, 2,9 тис. чоловік. Згідно індексу людського розвитку, в цих роках область займала в Україні 6, 7 та 10 місця, тобто відмічалась негативна динаміка.

Низький матеріально-побутовий рівень життя сільського населення, безробіття, високий рівень алкоголізації та зростання тенденції до поширення наркологічної залежності, відсутність доступу до «благ цивілізації», адекватної медико-психологічної та спеціалізованої психіатричної допомоги стають причинами самогубств, як найтяжчих наслідків розладів психіки і поведінки.

За період 1991–2008 рр. внаслідок самогубств в Україні загинуло 237 тис. 115 осіб, або 0,53% кількості населення на кінець 2008 р. Частота самогубств серед чоловіків у працездатному віці 25–59 років в 5,1 рази вища за кількість добровільних смертей серед жінок того ж віку (рис. 2).

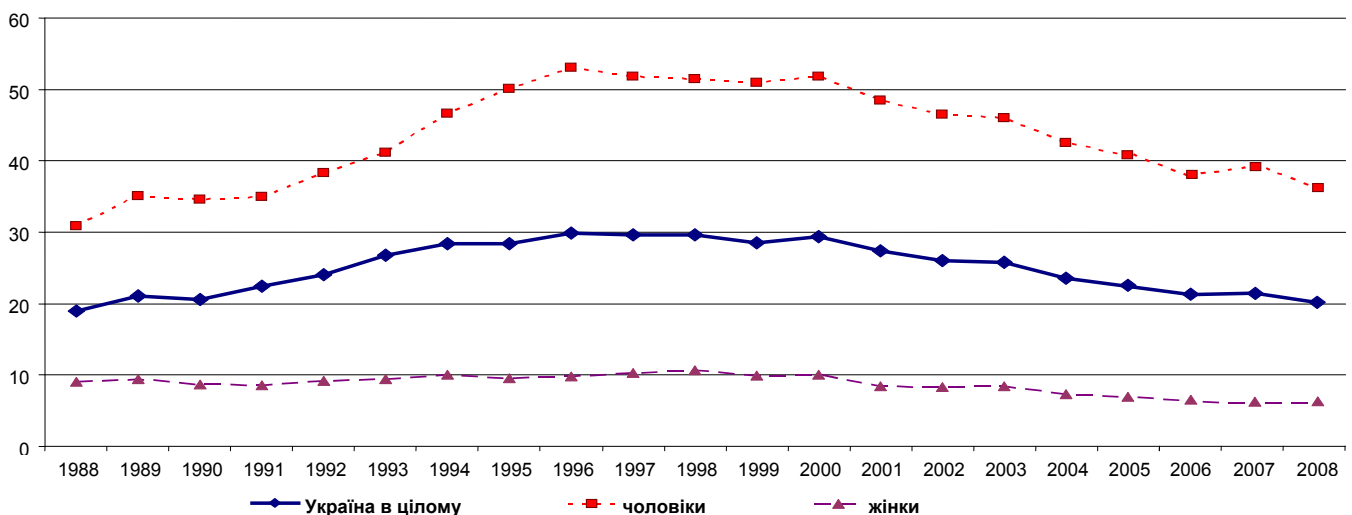


Рис. 2. Розподіл рівня самогубств по Україні в цілому та серед чоловіків і жінок у 1988–2008 рр. (на 100 тис. населення)

В 2009 році покінчили самогубством 237 психічно хворих людей (2,6% від всіх суїцидів, які закінчилися смертю), в тому числі 97,4% осіб, які не знаходилися на обліку у лікарів-психіатрів. З урахуванням ефекту «надсмертності» чоловіків можна стверджувати, що працездатна група населення є найбільш уразливою з точки зору розповсюдження саморуйнуючої поведінки. Добровільна загибель чоловіків середнього віку найчастіше спричинена вираженими проявами сформованих (хронічних) еквівалентних форм саморуйнуючої поведінки: алкоголізації, чоловічої депресії та екзистенціальної кризи (психологічною кризою сомиснування). Однак, якщо проблемам, пов'язаним з алкогольною залежністю, з боку фахівців психіатрів, наркологів і психологів приділяється достатньо уваги, то поза увагою залишаються такі стани, як чоловіча депресія та екзистенціальна криза, наслідком яких може бути здійснення життенебезпечних аутоагресивних дій.

Аналіз осіб, які здійснили акти самогубства, свідчить про зростання абсолютної кількості дітей до 14 років, осіб у віковій категорії 15–24 роки, а також у групі від 25 до 64 років, що дає підставу стверджувати про наявність в Україні негативних тенденцій щодо збільшення абсолютної кількості самогубств серед дітей та молоді.

Згідно розрахунків за методикою С.П. Єрмакова (1995), в 2008 р. в Україні в результаті самогубств у вікових групах 15–64 рр. втрачено біля 137 тис. років працездатного життя, в тому числі 15,9 жінками та 120,4 чоловіками.

Ситуація з рівнем самогубств в Україні свідчить про високий рівень суїцидальної активності, зокрема серед сільського населення (рис. 3).

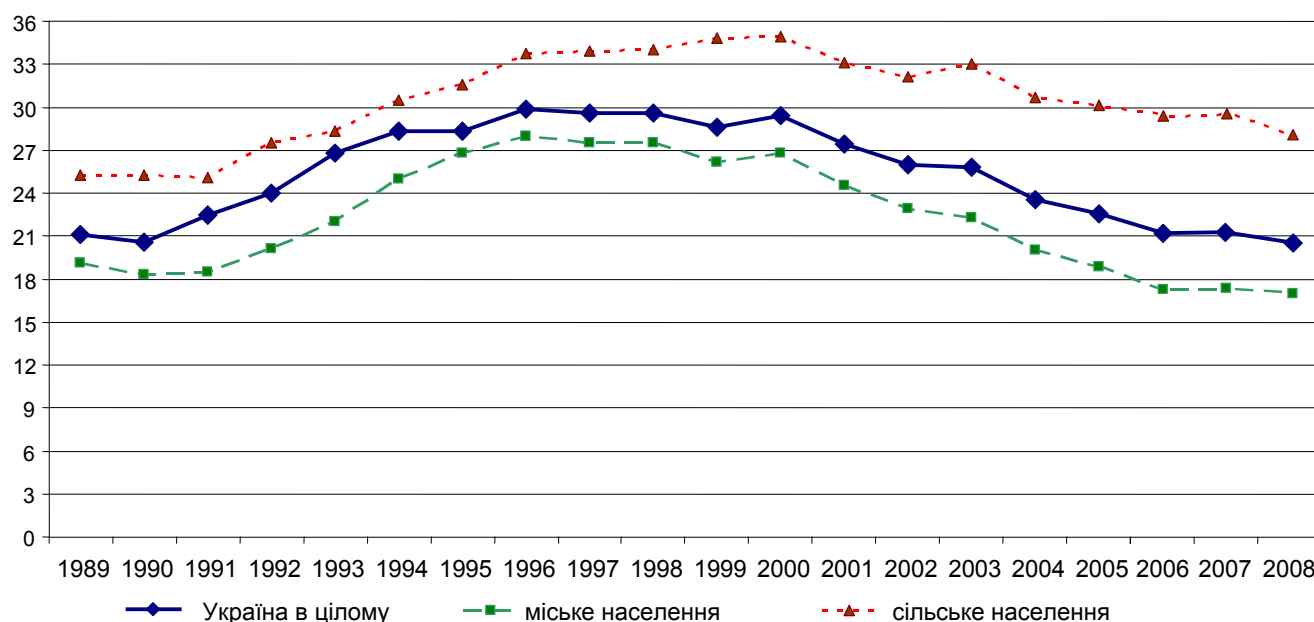


Рис. 3. Розподіл рівня самогубств по Україні в цілому та серед сільського і міського населення у 1989–2008 рр. (на 100 тис. населення)

Порівняння даних рис. 3 свідчить, що сільські мешканці України в середньому у 1,33 рази частіше за міських закінчували життя самогубством. Якщо у 2008 році

рівень самогубств на 100 тис. відповідного населення серед міських жителів становив 16,9, то серед сільських – 28,2, тобто в 1,7 рази частіше.

Серед сільського населення області щорічно реєструється від 5 до 7 випадків самогубства. Слід наголосити, що в Дубровецькому районі самогубства реєструються щорічно, а в 2008 і 2009 роках – по два випадки, як в 2009 році і в Рівненському районі.

Аналіз організації спеціалізованої медичної допомоги при розладах психіки та поведінки в Рівненській області засвідчив, що амбулаторна допомога пацієнтам надається у всіх ЦРЛ лікарями-психіатрами та наркологами. На кінець 2009 р. на диспансерному обліку у лікарів-психіатрів перебували 17,9 тис. дорослого та 3,7 тис. дитячого населення при тенденції до скорочення числа дорослих і зростання кількості дітей. З приводу хронічного алкоголізму на диспансерному обліку знаходяться 14,5 тис. (1256,9 осіб сільських жителів на 100 тис. населення), наркоманії – понад тисячу (94,8 мешканців села на 100 тис. населення). Наведені показники мають суттєві відмінності в розрізі адміністративних сільських районів.

Стаціонарна спеціалізована допомога досліджуваному контингенту надається в чотирьох спеціалізованих лікарнях із загальним ліжковим фондом 880 ліжок з тенденцією до зростання стаціонарно пролікованих хворих (в 2008 р. – 2822 осіб).

Активне впровадження в області засад сімейної медицини, при якому в 2009 р. сімейними лікарями обслуговувалося 41,0% сільського населення (від 25,1% в Дубенському до 100% в Млинівському районах) позначилось і в частині надання допомоги при розладах психіки і поведінки.

Результати опитування 104 сімейних лікарів показали, що в структурі щоденних до них звернень пацієнтів з розладами психіки та поведінки становить $8,6 \pm 0,7\%$ (у країнах Європи – понад 25%). Сімейні лікарі призначають медикаментозне амбулаторне лікування ($50,9 \pm 1,9\%$ випадків), скеровують до стаціонару ($20,2 \pm 1,1\%$), до лікаря-невролога ($58,6 \pm 2,0\%$) та до лікаря-психіатра ($43,3 \pm 1,8\%$). Консультації та допомога психологів для сільських жителів практично недоступні.

З числа пацієнтів, яким рекомендовано звернутися до психіатра, $40,0 \pm 1,9\%$ не готові виконати таку рекомендацію, мотивуючи це можливим розголошенням лікувальним закладом конфіденційності звернення ($25,9 \pm 1,4\%$), стигми з боку односельців ($40,7 \pm 1,9\%$) та членів сім'ї ($18,5 \pm 1,2\%$).

Результати опитування сімейних лікарів засвідчили, що $93,3 \pm 2,6\%$ з них готові пройти відповідну підготовку з питань надання психологічної допомоги населенню, що особливо важливо для сільської місцевості в умовах відсутності психологів. За умови мотивації сімейних лікарів вони готові прийняти на себе функцію консультації дорослого населення ($80,7 \pm 2,5\%$), на рівні сім'ї ($75,9 \pm 2,4\%$), дітей ($49,0 \pm 1,9\%$), проводити сеанси психореабілітації ($74,0 \pm 2,3\%$).

Таким чином, отримані дані свідчать про можливість залучення сімейних лікарів до збереження не тільки фізичного, а і психічного здоров'я населення.

Отримані результати та виявлені при цьому організаційні недоліки у збереженні психічного здоров'я населення Рівненської області засвідчили необхідність

формування якісно нової системи попередження психічних розладів та самогубств, в основу якої покладались:

- рекомендації ВООЗ, Європейської декларації та Європейського плану дій щодо збереження психічного здоров'я населення, зокрема сільського;
- положення Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002–2011 роки»;
- сучасні підходи до організації надання медичної допомоги при розладах психіки та поведінки, виявлені при аналізі наукової літератури;
- результати власних досліджень.

В основу концептуального підходу до якісно нової функціонально-організаційної системи збереження психічного здоров'я сільського населення поклався її міжсекторальний характер (рис. 4) із залученням представників районної влади, працівників соціальних і юридичних служб, освіти, журналістів, фондів зайнятості, управлінців охорони здоров'я, спеціалістів з психічного здоров'я, недержавних організацій, що працюють в сфері надання медичних та соціальних послуг, сімейних лікарів з визначенням їх функцій в частині заходів з профілактики, лікування та реабілітації як на груповому, так і індивідуальному рівнях при проведенні структурних змін в охороні здоров'я (створення кабінетів і відділень психосоціальної та психологічної допомоги).

Як видно з рис. 4, центральним елементом запропонованої системи є районна міжсекторальна координаційна рада з питань збереження психічного здоров'я, яка переймає на себе функцію управління і координації всіма її складовими.

Стратегічним напрямком запропонованої системи стає забезпечення населення при критичних станах консультативною допомогою з проведенням психокорекції поведінки, а при порушеннях психіки та поведінки – лікувальною та реабілітаційною допомогою.

Тактичним напрямком системи став міжсекторальний підхід до збереження психічного здоров'я сільського населення з визначенням в ній лікаря загальної практики/сімейної медицини організатором та координатором даного процесу на рівні громади.

Особливістю запропонованої системи профілактики порушень психіки та поведінки у сільського населення стало включення до неї:

1) існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до надання населенню психіатричної та первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;

2) існуючих складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації: наділення сімейних лікарів функцією консультанта-психолога населення під час критичних для них станів, організація виїздів лікарів-психатрів до центрів ПМСД та сімейних амбулаторій;

3) якісно нових елементів (на первинному рівні: державні службовці, соціальні служби, журналісти, юристи, волонтери, кабінети амбулаторної психокорекції

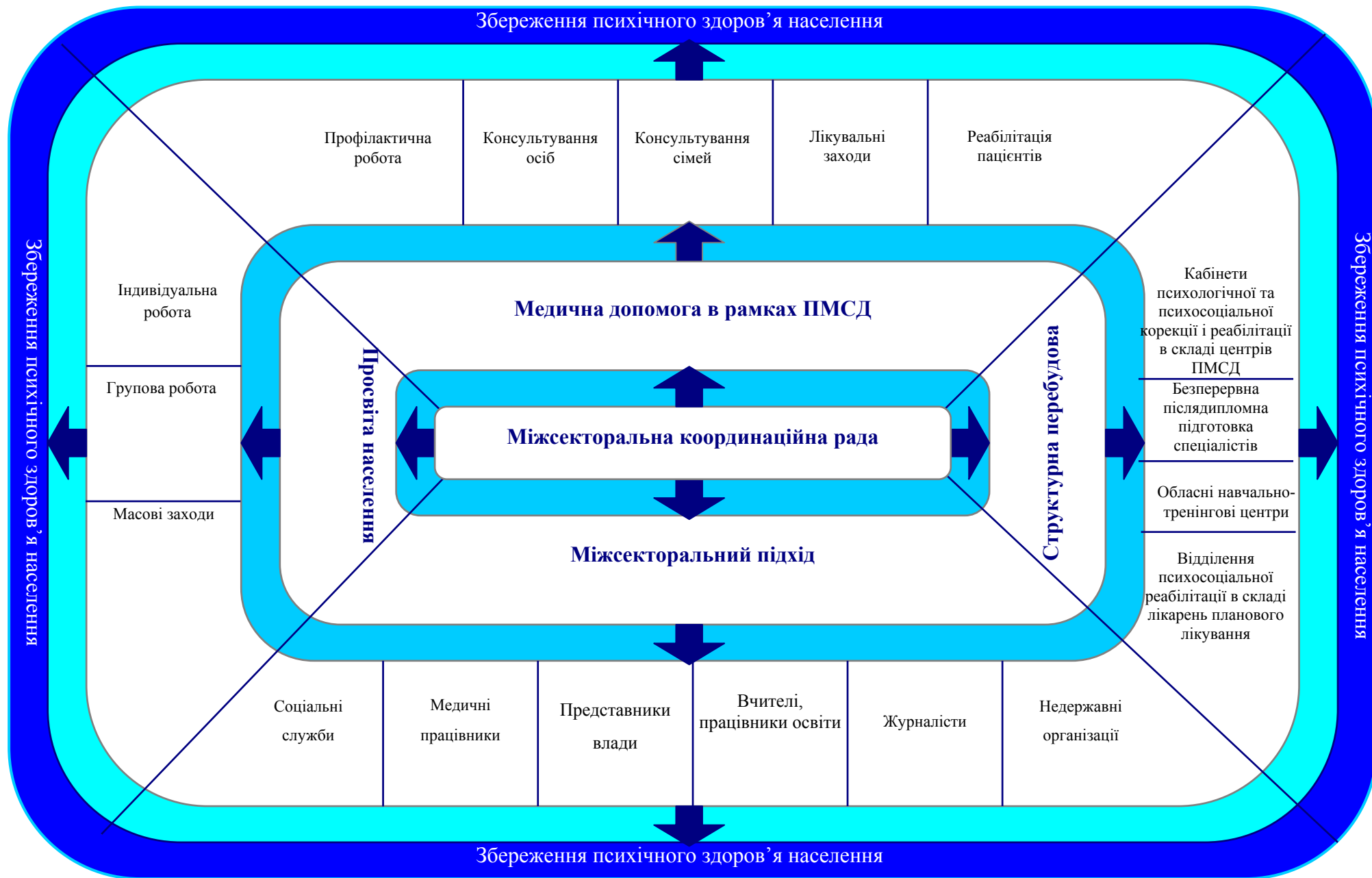


Рис. 4. Концептуальна функціонально-організаційна система збереження та покращення психічного здоров'я сільських жителів

та психореабілітації, пересувні кабінети консультативної психіатрії з психологічної допомоги), на вторинному рівні: відділення психологічної реабілітації у складі лікарень загального типу, моделі суспільних комунікацій та центрів безперервної підготовки всіх учасників процесу збереження психічного здоров'я сільського населення, інтеграція яких з раніше існуючими та організаційно і функціонально удосконаленими надала системі нових якостей.

Слід відмітити, що обґрунтування якісно нової функціонально-організаційної системи збереження та покращання психічного здоров'я сільського населення базувалося на стратегії розвитку охорони здоров'я України, тобто пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги з її розмежуванням на первинному, вторинному і третинному рівнях та виділення обов'язкових на всіх рівнях (рис. 5).

Якісно новим елементом первинного рівня стало введення до існуючої системи психіатричної допомоги сільському населенню пересувних кабінетів консультативної психіатричної, психологічної та юридичної допомоги, які працюють в селах за графіком.

Враховуючи надзвичайну психологічну вразливість дітей та підлітків, суттєвим на *первинному рівні* стало введення в школах кабінетів довіри з роботою професійних психологів. Обов'язковою умовою діяльності кабінетів довіри є конфіденційність отриманої від учнів інформації.

Важливе місце на первинному рівні відводиться міжсекторальному підходу, який полягає у залученні до надання медичної допомоги, соціальної, психологічної та юридичної підтримки досліджуваному контингенту з боку відповідних представників Міжсекторальної координаційної ради, а також волонтерів з числа членів громадських організацій, які працюють в сфері надання медико-соціальної допомоги населенню.

Виконання інноваційних функцій первинного рівня супроводжувалось розширенням діяльності сімейних лікарів, які, як свідчать результати дослідження, висловили готовність до прийняття на себе відповідних функцій в частині збереження психічного здоров'я сільського населення. В свою чергу, наведене потребувало проведення індивідуального та групового на рівні сім'ї консультування пацієнтів з надання психологічної підтримки та корекції поведінки особистості; групового консультування на рівні сім'ї з надання психологічної підтримки та корекції поведінки членів сім'ї; організації консультацій психолога (психіатра) для пацієнтів, які потребували психокорекції, в тому числі медикаментозної, реабілітаційних заходів та заходів з психокорекції поведінки в рамках денних стаціонарів.

Слід наголосити, що формування майбутніх госпітальних округів та центрів первинної медико-санітарної допомоги повинно передбачити введення посад медичних психологів для роботи з уразливими групами населення, створення кабінетів психологічної та психосоціальної амбулаторної корекції та реабілітації.

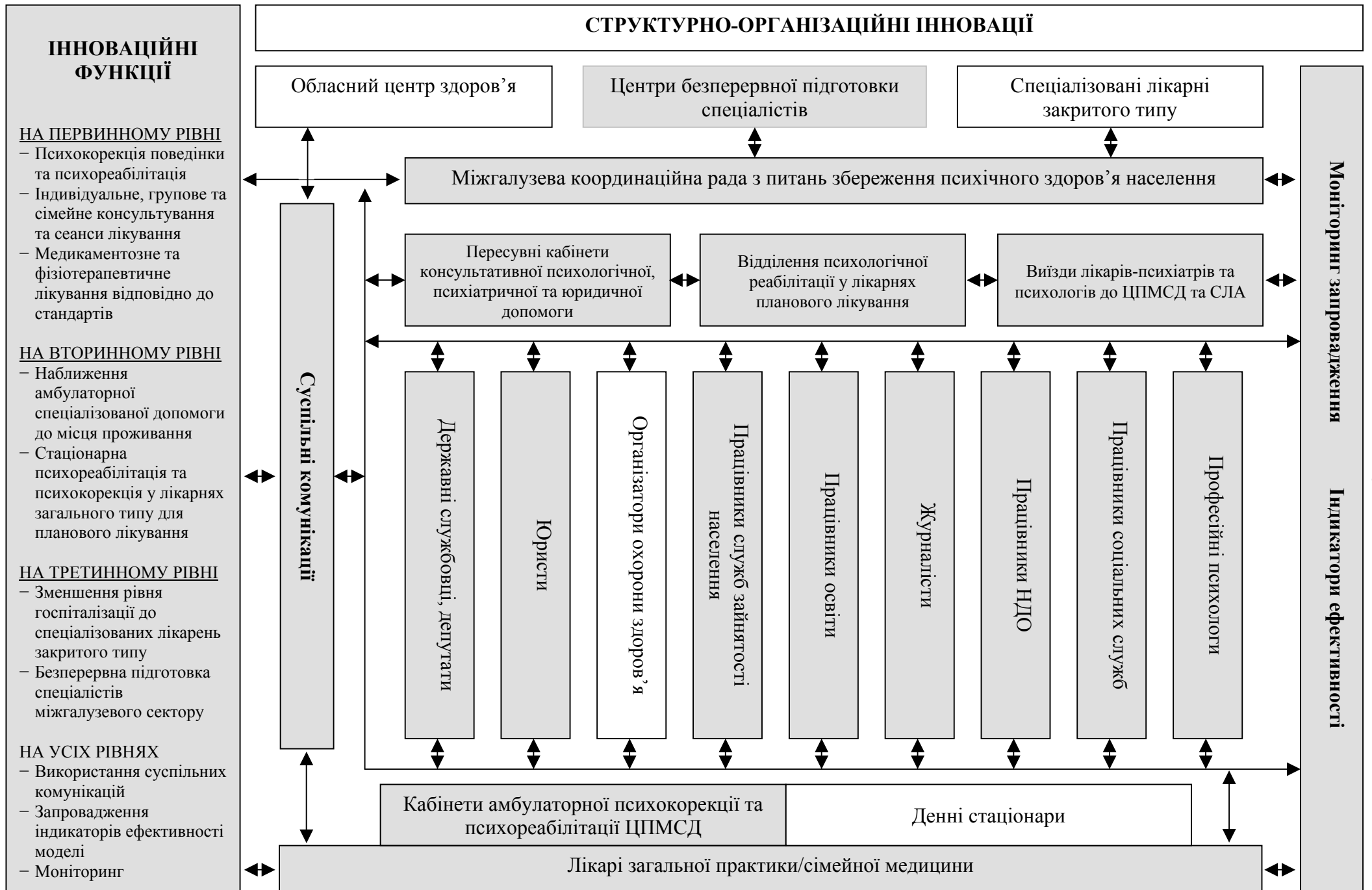


Рис. 5. Якісно нова функціонально-організаційна система збереження психічного здоров'я сільського населення

Структурна перебудова *вторинного рівня* медичної допомоги супроводжувалась створенням в складі лікарень для планового лікування відділення психологічної реабілітації для дорослих і дітей як з цілодобовим, так і з денним перебуванням пацієнтів з критичними станами та суїцидальними спробами, комп'ютерною залежністю тощо.

Інноваційним в організації роботи лікарів-психіатрів стали їх виїзди за графіком до центрів ПМСД та сімейних амбулаторій.

Важливим елементом системи допомоги населенню на другому рівні став блок суспільних комунікацій, на якого покладається проведення постійної просвітницької роботи через засоби масової інформації шляхом використання малих інформаційних форм та інформування населення про психічне здоров'я та шляхи його збереження, можливі варіанти отримання допомоги при критичних психологічних станах.

Як видно з рис. 6, в моделі суспільних комунікацій виділені категорії споживачів інформаційного впливу до яких в першу чергу відносяться підлітки і молодь, сім'ї з частими конфліктами, особи, що вживають алкоголь, подружні пари на етапі одруження, чоловіки працездатного віку, які лишилися роботи, особи в критичних станах, що потребують психологічної підтримки та психореабілітації.

Особливістю *третинного рівня* надання медичної допомоги стало введення до системи центрів здоров'я, які виступають організаторами та забезпечують науково-методичний супровід формування здорового способу життя, інформаційного забезпечення і просвітницької роботи зі збереження психічного здоров'я безпосередньо із застосуванням сучасних його форм.

Досвід розвинених країн свідчить, що запровадження запропонованої системи призводить до зниження рівня госпіталізації пацієнтів на третинному рівні надання медичної допомоги, скорочення спеціалізованих ліжок (лікарень) закритого типу та рівня самогубств, дозволяє забезпечити виконання рекомендацій ВООЗ щодо скорочення обсягів лікування пацієнтів в закритих закладах.

Окремим блоком запропонованої системи виділяється підготовка спеціалістів для надання психологічної та психіатричної допомоги, особливо на первинному рівні, в основу якого покладался досвід зарубіжних країн, отриманий в результаті аналізу наукової літератури. Він носить цільовий характер і передбачає, зокрема:

- внесення відповідних доповнень до програм підготовки на до- та післядипломному рівні медичних працівників первинної ланки – лікарів загальної практики/ сімейної медицини і сімейних медичних сестер;
- забезпечення безперервної післядипломної підготовки медичних працівників первинної ланки на базі обласних центрів підготовки та перепідготовки сімейних лікарів з залученням в якості викладачів відповідних спеціалістів;
- проведення цільових тренінгів та семінарів для державних службовців, журналістів, вчителів шкіл, соціальних працівників та волонтерів із залученням психологів, психіатрів та сімейних лікарів.

Канали комунікації	Цільові групи для проведення консультацій з корекції поведінки	Спеціалісти
--------------------	--	-------------

Алгоритм реалізації запропонованої якісно нової функціонально-організаційної системи збереження психічного стану здоров'я сільського населення з визначенням міжсекторального підходу у досягненні вирішення проблем психічного здоров'я населення представлений на рис. 7.

Впровадження окремих елементів запропонованої системи сприяло зниженню захворюваності населення Рівненської області на розлади психіки та поведінки з 4,6 до 4,0 на 100 тис. населення (2,8%), зниження доведеного розрахунковим шляхом госпіталізації даної категорії населення до 15%, що визначає її економічну ефективність, зниження конфліктів у сільських сім'ях до 12%, як соціальну ефективність.

При позитивній оцінці експертами системи в цілому (96%) по 8% із них мали зауваження до відкриття в центрах ПМСД кабінетів психологічної та психосоціальної корекції, а в складі лікарень – відділень психосоціальної реабілітації для планового лікування пацієнтів та залучення до даної роботи сімейних лікарів та працівників соціальних служб.

Отримані результати свідчать, що запропонована система відповідає вимогам ВООЗ до організації збереження психічного здоров'я населення, в тому числі сільського.

ВИСНОВКИ

Комплексним соціально-гігієнічним дослідженням встановлена невідповідність міжнародним вимогам організації збереження психічного здоров'я сільського населення, яка є причиною одного з найвищих в Європі рівня самогубств і рівня поширеності розладів психіки та поведінки, що потребувало наукового обґрунтування якісно нової системи збереження психічного здоров'я сільського населення та надання медичної допомоги хворим, яка довела свою медичну ефективність та позитивно оцінена експертами.

1. Встановлено, що рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки серед дитячого сільського населення Рівненської області має тенденцію до зростання і складає 0,6 на 10 тис. відповідного сільського населення з коливаннями в розрізі районів в 23,7 рази (Здолбунівський – 7,4, Рокитнівський – 0,3, $p \leq 0,05$), а їх поширеність – 23,1 з різницею показника між сільськими районами в 7 разів (від 5,0 в Дубровецькому до 35,0 в Здолбунівському районах).

2. Показано, що на фоні зниження захворюваності дорослого сільського населення на розлади психіки та поведінки, яка в 2008 році склала 4,9 з коливаннями від 1,8 в Дубровецькому до 6,7 в Костопільському районах ($p \leq 0,05$), відмічається тенденція до зростання їх поширеності (2008 р. – 47,0 на 100 тис. відповідного населення) з різницею на адміністративних територіях від 34,2 у Володимирецькому до 53,4 у Сарненському районах ($p \leq 0,05$), з первинним виходом на інвалідність 2,5 на 100 тис. населення.

3. Показано, що рівень самогубств населення в Україні є одним з найвищих серед країн Європи і становить 20,5 на 100 тис населення з перевищенням рівня самогубств серед чоловіків в 5,1 рази проти рівня самогубств серед жінок, у 1,33 рази

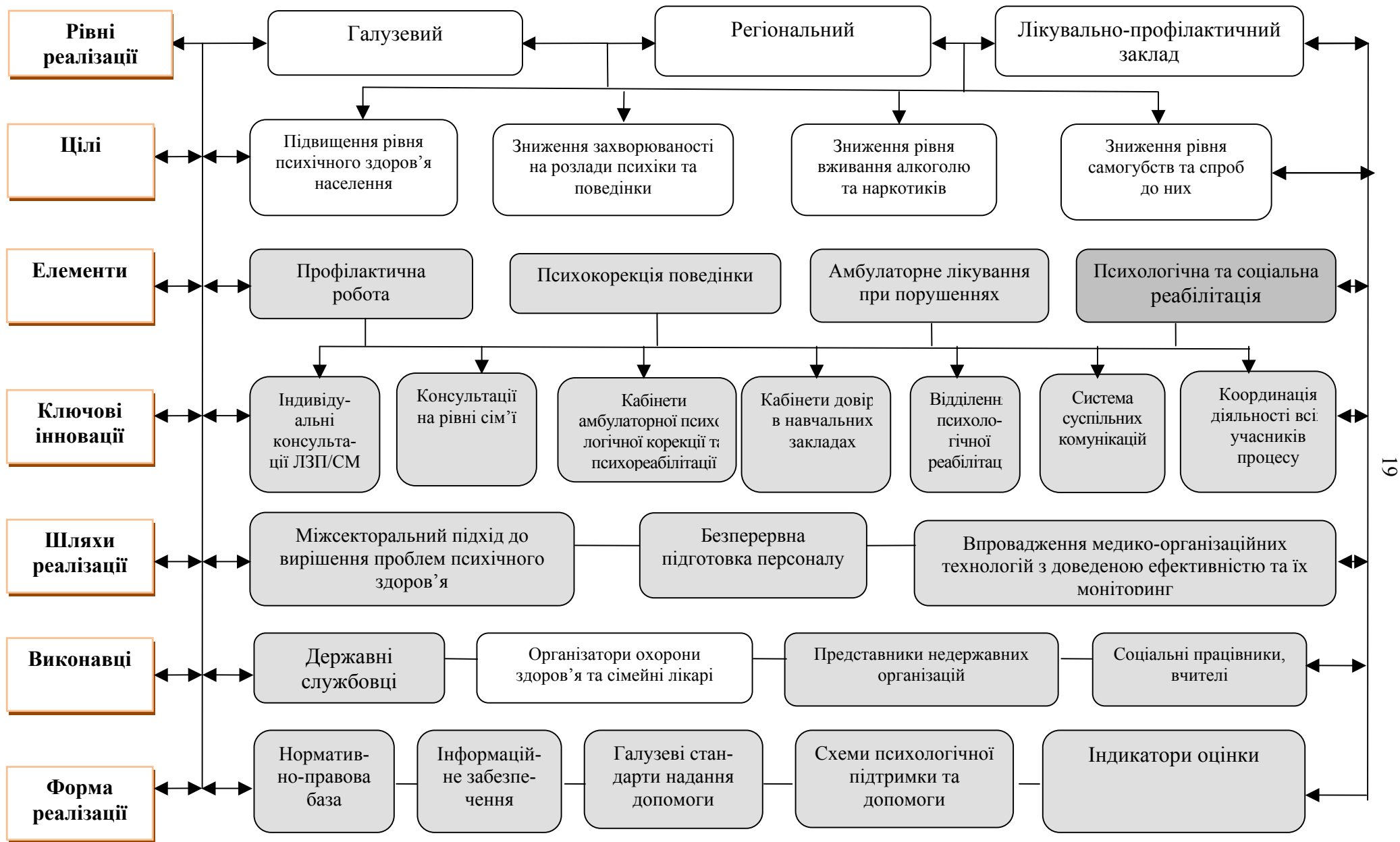


Рис. 7. Алгоритм забезпечення якісно нової функціонально-організаційної системи збереження психічного здоров'я сільського населення

серед сільських, ніж серед міських жителів з тенденцією до зростання самогубств серед дітей та молоді з втратою у 2008 році 136,3 тис. років працездатного життя, що негативно впливає на економічний розвиток держави. До самогубств схильні люди без розладів психіки та поведінки у критичні періоди.

4. Виявлено, що рівень самогубств у 24,5 разів менше випадків суїцидальних спроб, що вимагає значних витрат на надання медичної допомоги та лікування потерпілим: прямі витрати на один виклик швидкої допомоги становлять в середньому 60 грн, а проведення інтенсивної терапії та лікування – 1200 грн.

5. Аналіз організації спеціалізованої психіатричної допомоги в Рівненській області показав, що амбулаторні її види надаються лікарями ЦРБ в чотирьох спеціалізованих лікарнях з тенденцією до зростання кількості пролікованих стаціонарно (8474 пацієнтів в 2008 р.), а питома вага сімейних лікарів, до яких щоденно звертаються пацієнти з порушеннями психіки та поведінки, становить тільки $8,6 \pm 2,7\%$.

6. Встановлено наявність конфліктів між членами $95,9\%$ сільських сімей, в тому числі у $33,4\%$ щоденно, у $9,2\%$ по декілька разів на день, які негативно впливають на психоемоційний стан учасників: $31,4 \pm 1,6\%$ чоловіків після конфлікту вживає спиртні напої, $12,7 \pm 1,1\%$ негатив переносять на інших членів сім'ї, у $11,1 \pm 1,0\%$ виникає бажання піти із сім'ї, у $7,3 \pm 0,8\%$ виникає безсоння, у $6,6 \pm 0,4\%$ – головний біль. Основними причинами конфліктів виступають безробіття чоловіків (по 1 згідно Ві та КПК), вживання алкоголю чоловіком (3,2), наявність в сім'ї осіб похилого віку, які потребують постійного догляду (2 і 3 відповідно).

7. Показано, що рівень щоденного звертання пацієнтів з розладами психіки та поведінки до сімейних лікарів становить $8,6 \pm 0,7\%$, які у $50,9 \pm 1,9\%$ випадках призначають медикаментозне амбулаторне лікування, у $43,3 \pm 1,8\%$ випадках скеровують пацієнтів до лікаря-психіатра, $40 \pm 1,8\%$ із яких рекомендацію виконувати не готові у зв'язку з можливою стигмою з боку односельців ($40,7 \pm 1,8\%$) та членів сім'ї ($18,5 \pm 1,0\%$), при цьому $93,3 \pm 2,6\%$ сімейних лікарів готові навчатися з питань надання психологічної допомоги населенню за умови їх економічної мотивації.

8. Результати дослідження засвідчили необхідність формування якісно нової функціонально-організаційної системи збереження психічного здоров'я сільського населення, яка базується на міжнародному досвіді на основі міжсекторального підходу при підготовці всіх учасників процесу до особливостей роботи з вказаним контингентом населення із запровадженням моделі суспільних комунікацій, складовими якої є цільові групи споживачів та спеціалістів із застосуванням масових, групових та індивідуальних форм психопрофілактики, психокорекції та психореабілітації, поєднання яких між собою надало системі нових якостей в охороні та збереженні психічного здоров'я сільського населення.

9. Особливістю запропонованої системи збереження психічного здоров'я сільського населення стало включення до неї існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до надання населенню спеціалізованої психіатричної допомоги; існуючих складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації: наділення сімейних лікарів (на перехідний період) функцією консультанта-

психолога населення під час критичних для них станів; якісно нових елементів (соціальні служби, волонтери, кабінети амбулаторної психокорекції і психореабілітації та відкриття в складі лікарень для планового лікування пацієнтів відділення психологічної реабілітації) з визначенням індикаторів ефективності медичної допомоги.

10. Центральним елементом запропонованої системи на рівні громади стає сімейний лікар як організатор та координатор психологічної підтримки сільських жителів у критичних ситуаціях з координацією діяльності з психологами, лікарями-неврологами, лікарями-психіатрами та членами міжсекторальної Ради. Стратегічним напрямком системи є збереження психічного здоров'я сільського населення та зниження рівня саморуйнівної поведінки, тактичним – забезпечення населення при критичних станах консультативною, а при порушеннях психіки та поведінки – лікувальною та реабілітаційною допомогою.

11. Впровадження в Рівненській області окремих елементів запропонованої функціонально-організаційної системи, яка відповідає міжнародним підходам і позитивно оцінена експертами (96,0%), призвело до зниження рівня захворюваності на розлади психіки та поведінки серед сільського населення на 2,8%, що дозволяє рекомендувати її для впровадження в практику охорони здоров'я України.

Основні публікації за темою дисертації

Монографії

1. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації 2007»: [монографія] / Під ред. Слабкого Г.О. – К., 2008. – 90 с.

2. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації 2009» / Лазоришинець В.В., Банчук М.В., Волинкін І.І. та інш. [монографія]. – Київ, 2010. – 153 с.

Розділи монографій

3. Кризина Н.П. Розвиток і оптимізація вторинної та третинної медичної допомоги / Н.П. Кризина, І.М. Киричук, С.М. Загородній / Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік. – Київ, 2009. – С. 89–102.

4. Ринда Ф.П. Проблеми алкоголізації населення / Ф.П. Ринда, С.М. Загородній / Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік. Київ, 2010. – С. 120–124.

Статті у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України

5. Загородній С.М. Медична і економічна ефективність реабілітації психічних розладів в сільській місцевості. // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2001. – №3. – С. 47–49.

6. Голяченко О.М. Ціноутворення психіатричної допомоги та забезпечення її економічної ефективності / О.М. Голяченко, С.М. Загородній, В.В. Шкробот, В.А. Боярська, В.Л. Смирнова, Н.Г. Корнієнко // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2002. – №4. – С. 77–81 (Дисертантові належить ідея написання статті, координація виконання досліджень).

7. Смирнова В.Л. Актуальні проблеми сільської системи охорони здоров'я /

В.Л. Смирнова, О.Я. Никитюк, С.М. Загородній, І.Я. Добровольський // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2003. – №4. – С. 56–57 (Дисертантові належить ідея написання статті, формулювання основних висновків).

8. Слабкий Г.О. Характеристика психологічного клімату у сільських сім'ях / Г.О. Слабкий, С.М. Загородній // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 1. – С. 72–78 (Дисертантові належить ідея написання статті, координація виконання досліджень).

9. Загородній С.М. Характеристика саморуйнівної поведінки населення України / С.М. Загородній, В.М. Якимець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №2 – С. 35–39 (Дисертантові належить ідея написання статті, координація виконання досліджень, формулювання основних висновків).

Інші публікації

10. Загородній С.М. Організація диспансеризації населення в умовах впровадження сімейної медицини / С.М. Загородній, В.Л. Весельський, Г.О. Слабкий // Матеріали Х ювілейного з'їзду ВУЛТ. Київ. 2009. – С. 301.

АНОТАЦІЯ

Загородній С. М. Медико-соціальне обґрунтування системи збереження психічного здоров'я сільського населення. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ, 2011.

Дисертація присвячена науковому обґрунтуванню сучасної системи збереження психічного здоров'я сільського населення, оскільки існуюча система не забезпечує достатній рівень медичної та соціальної ефективності та раціональність використання ресурсів. Визначені основні недоліки в організації спеціалізованої психіатричної медичної допомоги.

Дослідженням обґрунтована система збереження психічного здоров'я сільського населення, центральною фігурою якої визначено сімейного лікаря на рівні громади як організатора та координатора психологічної підтримки сільських жителів у критичних ситуаціях з координацією діяльності з психологами, лікарями-неврологами, лікарями-психіатрами та членами міжсекторальної комісії з визначенням критеріїв оцінки діяльності системи.

Ключові слова: психічне здоров'я, збереження, система, якість.

АННОТАЦИЯ

Загородний С. М. Медико-социальное обоснование системы сохранения психического здоровья сельского населения. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 - социальная медицина. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев, 2011.

Диссертация посвящена научному обоснованию современной системы сохранения психического здоровья сельского населения, поскольку существующая система не обеспечивает достаточный уровень медицинской и социальной эффективности и рациональности использования ресурсов. Определены основные недостатки в организации специализированной психиатрической медицинской помощи.

Установлено, что уровень заболеваемости расстройствами психики и поведения среди детского сельского населения Ровенской области имеет тенденцию к росту и составляет 0,6 на 10 тыс. соответствующего сельского населения. При этом необходимо отметить значительные колебания уровня заболеваемости детского населения в разрезе сельскохозяйственных районов. Разница составляет 23,7 раза: Здолбуновский (7,4), Рокитновский (0,3) ($p \leq 0,05$). Распространенность расстройств психики и поведения среди детского населения составила 23,1 с разницей показателя между сельскими районами от 5,0 в Дубровецком до 35,0 в Здолбуновском районах. Разница составила 7 раз.

Показано, что заболеваемость взрослого сельского населения имеет тенденцию к уменьшению и в 2008 году составила 4,9 с колебаниями от 1,8 в Дубровецком до 6,7 в Костопольском районах ($p \leq 0,05$). А распространенность расстройств психики и поведения имеет тенденцию к увеличению и в 2008 году составила 47,0 на 100 тыс. соответствующего населения с разницей в административных территориях от 34,2 в Володимирецкого до 53,4 в Сарненском районах ($p \leq 0,05$). В результате расстройств психики и поведения первичный выход на инвалидность сельского населения области составляет 2,5 на 10 тыс. населения и имеет стабильную тенденцию.

Показано, что уровень самоубийств населения в Украине является одним из самых высоких среди стран Европы и составляет 20,5 на 100 тыс. населения с превышением уровня самоубийств среди мужчин в 5,1 раза уровня самоубийств среди женщин, в 1,33 раза среди сельских чем среди городских жителей с тенденцией к увеличению самоубийств среди детей и молодежи с потерей в 2008 году 135395 лет трудоспособной жизни, что негативно влияет на экономическое развитие государства.

Обоснованные результаты исследования показали необходимость формирования качественно новой функционально-организационной системы сохранения психического здоровья сельского населения, которая базируется на международном опыте на основе межсекторального подхода при подготовке всех участников процесса к особенностям работы с указанным контингентом населения с внедрением модели общественных коммуникаций, составляющими которой являются целевые группы потребителей и специалистов с применением массовых, групповых и индивидуальных форм психопрофилактики, психокоррекции и психореабилитации, сочетание которых между собой предоставило системе новые качества в охране и сохранении психического здоровья сельского населения.

Центральным элементом обоснованной системы определен семейный врач на уровне общины как организатор и координатор психологической поддержки сельских жителей в критических ситуациях с координацией деятельности с психологами, врачами-неврологами, врачами-психиатрами и члена межсекторальной комиссии.

Стратегическим направлением данной модели является сохранение психического здоровья сельского населения и снижения уровня саморазрушительного поведения. Тактическим направлением становится обеспечение населения при критических состояниях консультативной, а при нарушениях психики и поведения лечебной и реабилитационной помощью.

Особенностью качественно новой функционально-организационной системы сохранения психического здоровья сельского населения стало включение в нее: существующих элементов системы здравоохранения, причастных к предоставлению населению специализированной медицинской помощи; существующих составляющих, но частично измененных за счет их функциональной оптимизации: наделение семейных врачей (на переходный период) функцией консультанта-психолога населения во время критических для них состояний; качественно новых элементов (социальные службы, волонтеры, кабинеты амбулаторной психокоррекции и психореабилитации и открытие в составе больниц для планового лечения пациентов отделения психологической реабилитации) с определением индикаторов эффективности медицинской помощи. **Ключевые слова:** психическое здоровье, сохранение, система, качество.

SUMMARY

Zahorodniy S.M. Medical-social substantiation of preservation system of mental health of rural population. – Manuscript.

The thesis on receiving of scientific degree of the candidate of medical sciences on speciality 14.02.03 - social medicine. – National Medical Academy of Post-Graduate education named after P. L. Shupyk, Kyiv, 2011.

The thesis is devoted to scientific substantiation of modern preservation system of mental health of rural population as the existing system does not provide sufficient level of medical and social efficiency and rationality of utilization resources. The basic lacks of the organization specialized psychiatric medical aid have been determined.

According to the research it is proved the preservation system of mental health of rural population by which central figure is determined the family doctor on the level of society as organizer and coordinator of psychological support of countrymen in critical situations with coordination of activity with psychologists, doctors - neurologists, doctors - psychiatrists and a member of the Intersectoral commission with definition criterion of estimation of system activity.

Key words: mental health, preservation, system, quality.

Перелік скорочень

ЛЗП/СМ - лікар загальної практики/сімейної медицини
 МВС - Міністерство внутрішніх справ
 ПМСД - первинна медико-санітарна допомога