

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

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ДЯЧЕНКО ЛЕСЯ ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК 614.2:362.121:616.45-001.1/3:159.9]-082-039.57

ДИСЕРТАЦІЯ

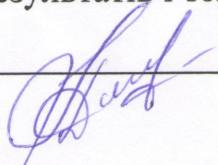
**Медико-соціальне обґрунтування моделі оптимізації
первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу**

Спеціальність: 222 Медицина (спеціалізація 14.02.03 «Соціальна медицина»)

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії.

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.


Л. О. Дяченко

Наукові керівники:

Михальчук Василь Миколайович
доктор медичних наук, професор

Корнацький Василь Михайлович
доктор медичних наук, професор

Київ – 2019

АНОТАЦІЯ

Дяченко Л. О. Медико-соціальне обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина (спеціалізація «Соціальна медицина»). – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, 2019.

В дисертації представлена обґрунтована модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу з метою вирішення актуального наукового завдання – поліпшення стану психічного здоров'я населення шляхом ранньої діагностики проявів розладів психічного здоров'я, виявлення стрес-асоційованих чинників ризику розвитку тривоги та депресії й застосування нових організаційних технологій комплексного ведення пацієнтів з проявами тривоги та депресії лікарем загальної практики-сімейним лікарем.

Відповідно до розробленої програми, з використанням методології наукового дослідження та методичного інструментарію, що застосовується в соціальній медицині, дослідження виконано в шість етапів.

На *першому етапі* проведено аналіз інформаційних наукових ресурсів з метою вивчення міжнародного та вітчизняного досвіду стосовно розладів психосоматичного здоров'я населення та макро- і мікросоціальних стрес-асоційованих чинників ризику їх формування та розвитку. Показано, що розлади психіки та поведінки характерні для 38,2 % населення Європи; в Україні їх поширеність серед населення за 10 років зросла на 2,9 %. Різноманітні прояви розладів психіки та поведінки, переважно ознаки підвищеного рівня тривоги та депресії, призводять, як правило, до соматичних порушень, і виникають внаслідок макросоціальних групових психогенних чинників, таких як техногенні катастрофи, природні катаклізми, збройні конфлікти, терористичні

акти, економічна і політична криза, а також мікросоціальних чинників. Одним з напрямів своєчасної діагностики афективних і психосоматичних розладів світова наука визначає широке впровадження скринінгових методик в закладах первинної медичної допомоги, оскільки особливості проявів розладів психіки та поведінки та їх перебіг переважно у легкій формі вимагають у більшості випадків медичної допомоги в амбулаторних умовах, зокрема, надання її лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

Системний аналіз джерел наукової інформації забезпечив можливості визначення на *другому етапі* мети, завдань, бази дослідження, розробки програми, вибору методів та обґрунтування обсягу дослідження.

На *третьому етапі* вивчалися тенденції змін стану здоров'я населення України, зокрема, Київської області та м. Бучі, за 2012-2016 роки.

Отримані результати засвідчили несприятливий перебіг демографічних процесів в країні внаслідок природних причин, а також зміни механічного руху населення під впливом макросоціальних стрес-асоційованих чинників, пов'язаних із збройним конфліктом на сході України. Останній призвів до активного розселення постраждалих осіб у м. Києві та Київській області, що, свою чергу, обумовило значне погіршення стану здоров'я населення Київської області за показниками захворюваності та поширеності хвороб, які зросли відповідно на 6,12 % та на 4,49 % при аналогічних показниках по Україні 2,5 % та 1,5 %. Найвищі показники захворюваності населення у 2016 р. спостерігались у м. Буча Київської області (у 1,76 разів вище, ніж по країні), де спостерігалась найвища концентрація постраждалих осіб внаслідок збройного конфлікту на сході країни.

Розлади психіки та поведінки серед населення України реєструвались у показниках поширеності 391,6 на 10 тис. нас. у 2016 році проти 466,0 на 10 тис. нас. у 2012 році; аналогічні тенденції зниження показника простежувались серед населення Київської області – відповідно 430,3 на 10 тис. нас. проти 450,3 на 10 тис. нас. при вищому рівні показника у 2016 році в порівнянні з показником по країні. В той же час у м. Буча, куди найбільш

активно прибувало постраждале населення, показники поширеності розладів психіки та поведінки зросли з 361,9 на 10 тис. нас. до 450,9 на 10 тис. нас.

Показник захворюваності населення на розлади психіки та поведінки у м. Буча зріс з 32,9 до 72,5 на 10 тис. нас. за відповідний період, тоді як по країні він зріс лише з 40,5 до 45 на 10 тис. нас., а по області помірно знизився з 55 до 51,5 на 10 тис. нас., залишаючись вищим показником по Україні. Захворюваність населення м. Буча на розлади психіки та поведінки виявилась у 2016 році найвищою в області (72,5 на 10 тис. нас.).

Встановлено, що розлади психіки та поведінки в структурі поширеності хвороб серед населення України склали 2,3 %, серед населення Київської області – 2,1 %, а в структурі захворюваності – відповідно 0,48 % та 0,7 %, що вказало на високий рівень накопичення цих хвороб серед відповідних контингентів населення при низькому рівні їх первинної діагностики в закладах охорони здоров'я.

На *четвертому етапі* вивчено вплив мікросоціальних (медико-соціальних) стрес-асоційованих чинників ризику на розвиток та перебіг розладів психічного здоров'я населення – тривоги та депресії – та стан організації первинної медичної допомоги хворим з проявами тривоги та депресії у м. Буча Київської області.

Доведено, що на формування і розвиток тривоги та депресії впливали надлишкова маса тіла та ожиріння – у 103 (39,0 %) та 140 (53,0 %) хворих відповідно; хронічні соматичні захворювання – у 168 (31,58%) та 238 (44,74 %) осіб; інвалідність – у 27 (61,4 %) та 30 (68,2 %) пацієнтів; відсутність вищої освіти – у 111 (41,9 %) та 141 (53,2 %) досліджених; незадовільне матеріальне забезпечення – у 88 (59,5 %) та 91 (61,5 %) пацієнтів, а також нераціональний характер харчування й низька економічна доступність ліків.

Встановлено, що прояви тривоги та депресії негативно впливали на якість життя хворих: низький рівень самооцінки якості життя за визначеними параметрами (оцінка здоров'я, реалізованість, любов, задоволення, наявність друзів, низька соціальна активність, фінансове благополуччя, проведення часу

з сім'єю, задоволення від роботи, соціальний статус) був характерним для 48,1 % – 66,7 % хворих з проявами тривоги та 10,2 % – 32,2 % хворим за її відсутності, та відповідно для 8,6% – 72,6% хворих з ознаками депресії та для 1,4 % – 43,9 % хворих – без них.

Показано, що існуюча система первинної медичної допомоги населенню з проявами тривоги та депресії недосконала, оскільки має місце низький рівень обґрунтованості первинних звернень до лікарів загальної практики-сімейних лікарів і до вузькопрофільних спеціалістів, несвоєчасність первинних звернень, високі обсяги самолікування, високі ризики виникнення рецидивів хронічних соматичних захворювань у даного контингенту населення, низька фінансова доступність лікарських засобів для корекції розладів психіки та поведінки в амбулаторних умовах. Виявлені недоліки засвідчили необхідність медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, в основу якого покладались програмні документи ВООЗ, світовий і вітчизняний досвід організації первинної медичної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки та результати власного дослідження.

Отримані результати дозволили на *п'ятому етапі* дослідження обґрунтувати та розробити модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу.

Основними відмінностями запропонованої моделі стали її докорінно нові складові елементи: алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я та функціонально-організаційна модель профілактики розладів психіки та поведінки.

Відправною точкою алгоритму є оцінка психологічного стану пацієнта за допомогою стандартизованих шкал та діагностика макро-і мікросоціальних чинників ризику порушень психічного здоров'я, що дозволяє лікарю загальної практики-сімейному лікарю визначити подальшу тактику організації медичної допомоги в залежності від ступеня вираженості тривоги та депресії у хворого

в умовах закладу, що надає первинну, та, за потреби, – вторинну та третинну медичну допомогу.

Функціонально-організаційна модель профілактики розладів психіки та поведінки охоплює індивідуальний, груповий (родинний) та популяційний рівні її реалізації.

Профілактика розладів психіки та поведінки на індивідуальному рівні здійснюється в межах алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я в умовах закладу первинної медичної допомоги. В разі наявності таких ризиків передбачається розробка лікарем загальної практики-сімейним лікарем індивідуальної програми протидії стрес-асоційованим чинникам ризику тривоги та депресії, складовими якої є освітня компонента та консультація психолога. При відсутності стрес-асоційованих чинників ризику тривоги та депресії передбачається надання лікарем загальної практики-сімейним лікарем рекомендацій з дотримання засад здорового способу життя та консультації зі збереження й підтримки психічного здоров'я.

На груповому (родинному) рівні в межах запропонованої моделі передбачається широке запровадження профілактичних технологій з популяризації психічного здоров'я на рівні територіальних місцевих громад, залучення їх до реалізації державних програм та використання сучасних засобів комунікацій (мобільний і цифровий зв'язок) з громадянським суспільством з питань попередження психічних розладів.

На популяційному рівні модель профілактики передбачає продовження програмного підходу до формування засад здорового способу життя населення та заходи державного рівня з мінімізації впливу макросоціальних стрес-асоційованих чинників на здоров'я населення в усіх сферах суспільного життя.

Невід'ємними елементами моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу слід вважати міжнародну класифікацію первинної медичної допомоги ІСРС-2, рекомендовану до впровадження в закладах первинної медичної допомоги за результатами дослідження, та

включення додаткового модуля «Психічне здоров'я» в програми безперервного професійного розвитку фахівців в сфері охорони здоров'я зі спеціальностей «Загальна практика-сімейна медицина», «Терапія», «Педіатрія» в частині надання первинної медичної допомоги.

На шостому етапі дослідження відбувалось впровадження окремих елементів запропонованої моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу в закладі охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу.

Результати впровадження довели ефективність моделі: соціальну (готовність першочергово звертатись до лікаря загальної практики-сімейного лікаря висловили 76,37 % пацієнтів з проявами тривоги та депресії, опитаних після впровадження, проти 53,45 % пацієнтів, опитаних до впровадження; відсоток пацієнтів, готових дотримуватись рекомендацій лікаря загальної практики-сімейного лікаря, зріс на 13,44 %; відповідність отриманої медичної допомоги очікуваній підтвердили 67,27 % пацієнтів проти 53,74 % осіб, опитаних до впровадження); медичну (кількість випадків направлень пацієнтів лікарем загальної практики - сімейним лікарем на консультацію до лікарів вторинної/третинної медичної допомоги зменшилось з 13,8 % до 10,91 % осіб за рахунок використання розробленого в межах моделі алгоритму); економічну (використання алгоритму та профілактичних заходів на індивідуальному рівні не потребує додаткових фінансових витрат і може бути здійснено за рахунок існуючих ресурсів закладу первинної медичної допомоги шляхом їх використання у більш раціональний спосіб).

Обґрунтована, розроблена і частково впроваджена модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу високо оцінена кваліфікованими експертами: результати експертних оцінок двох незалежних груп експертів в цілому виявились конкордантними ($p > 0.05$) та співпадали в межах діапазону 65,31-95,92 % проти відповідей «Ні» в межах діапазону від 2,04 % до 26,53 % в першій групі експертів, та відповідно 61,90 %-96,43 %, проти 3,57 %-20,24 % другій групі експертів.

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

- показано, що в умовах соціально-політичної і економічної нестабільності тривога та депресія, як прояви розладів психічного здоров'я, є суттєвою проблемою здоров'я населення України та вимагають внеску у її вирішення первинної медичної допомоги;

- визначено комплекс медико-соціальних стрес-асоційованих чинників ризику розвитку тривоги та депресії та їх вагомий внесок у формування проявів порушень психічного здоров'я у пацієнтів лікаря загальної практики-сімейного лікаря;

- доведено, що наявність тривоги та депресії обумовлює низьку лояльність пацієнтів з зазначеними проблемами до первинної медичної допомоги, що суттєво впливає на своєчасність звернень хворих до лікаря загальної практики-сімейного лікаря, перебіг і тривалість ремісії хронічних соматичних захворювань;

- обґрунтовано доцільність скринінгу, ранньої діагностики проявів порушень психічного здоров'я населення та виявлення медико-соціальних стрес-асоційованих чинників ризику їх розвитку з подальшою розробкою та впровадженням профілактичних програм на індивідуальному рівні в умовах первинної медичної допомоги;

- обґрунтовано модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, суттєвими елементами якої є алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я, функціонально-організаційна модель профілактики розладів психіки та поведінки з заходами її реалізації на індивідуальному, груповому (родинному) та державному рівнях.

За результатами дослідження доповнені наукові знання про поширеність в українській популяції тривоги та депресії та удосконалені підходи до організації первинної медичної допомоги населенню з проявами розладів психічного здоров'я.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в суттєвому доповненні теоретичних засад соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та удосконалення первинної медичної допомоги хворим з проявами тривоги та депресії.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати стали підставою для:

- розробки моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу;

- розробки та впровадження алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я в умовах закладу первинної медичної допомоги;

- розробки багаторівневої функціонально-організаційної моделі профілактики розладів психіки та поведінки як складової моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу;

- розробки критеріїв для визначення показань з метою скерування хворих з проявами тривоги та депресії лікарями загальної практики-сімейними лікарями до психологів, психіатрів, психотерапевтів, інших спеціалістів;

- впровадження в закладах первинної медичної допомоги міжнародної класифікації медичної допомоги (ICPC-2).

Впровадження результатів дослідження здійснено:

на галузевому рівні – шляхом підготовки та видання посібника «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні» (Київ, 2018) (Коваленко В. М., Корнацький В. М., Дяченко Л. О., Манойленко Т. С.);

на регіональному та місцевому рівні елементи моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу впроваджено в діяльність закладів охорони здоров'я: Волинської (акт впровадження від 14.09.2018), Запорізької (акт впровадження від 18.09.2018), Київської (акти впровадження від 17.09.2018, 27.09.2018, 02.10.2018 та 07.05.2019 (2 шт.)), Полтавської (акти впровадження від 12.09.2018, 20.09.2018 та 26.09.2018),

Хмельницької (акт впровадження від 14.09.2018), Черкаської (акти впровадження від 12.09.2018 та 13.09.2018) областей. Загальна кількість актів впровадження – 13.

Результати оцінки ефективності впровадження окремих елементів моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу підтвердили її дієздатність і дозволяють рекомендувати подальше впровадження в закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу в Україні.

Ключові слова: стрес-асоційовані чинники, психічне здоров'я, тривога, депресія, профілактика, алгоритм, модель, первинна медична допомога.

ANNOTATION

Diachenko L.O. Medico-social substantiation of the model of optimization of primary care for the population under stress conditions. – Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

The dissertation for obtaining the Doctor of Philosophy degree in the field of study 22 Healthcare by Program Subject Area 222 Medicine (Social Medicine). – Shupyk National Medical Academy Of Postgraduate Education of the Ministry of Healthcare of Ukraine, Kyiv, 2019.

The dissertation presents the substantiated model of optimization of primary care for the population under stress conditions in order to solve the urgent scientific problem – improvement of the state of mental health of the population by early diagnosis of the manifestations of mental health disorders, identification of stress-associated risk factors for the development of anxiety and depression, organizational technologies for complex management of patients with anxiety and depression by a general practitioner-a family doctor.

According to the developed program, using the methodology of scientific research and methodological tools used in social medicine, the research was performed in six stages.

At *the first stage*, the analysis of information scientific resources was conducted in order to study international and domestic experience regarding disorders of psychosomatic health of the population and macro- and micro-social stress-associated risk factors of their formation and development. It is shown that disorders of the psychics and behavior are inherent in 38.2 % of the population of Europe; in Ukraine their prevalence in the 10-year population has increased by 2.9 %. Various manifestations of disorders of the psyche and behavior, mainly signs of increased anxiety and depression, usually lead to somatic disorders, and occur as a result of macrosocial group psychogenic factors such as man-made disasters, natural disasters, armed conflicts, economic conflicts, terrorist conflicts, economic and political crisis, as well as micro-social factors. As one of the directions of timely diagnosis of affective and psychosomatic disorders world science determines the widespread introduction of screening methods in primary care facilities, since the peculiarities of the disorders of the psychics and behavior and their course mainly in the light form require medical assistance in particular by providing it by a general practitioner-a family doctor in most cases.

Systematic analysis of sources of scientific information provided the opportunity to determine at *the second stage* of the purpose, objectives, research base, program development, choice of methods and justification of the scope of research.

At *the third stage*, the trends of changes in the health status of the population of Ukraine, in particular, Kyiv region and Bucha, for the years 2012-2016 were studied.

The results showed that the country's demographic processes were unfavorable due to natural causes, as well as changes in the mechanical movement of the population under the influence of macro-social stress-related factors related to the armed conflict in eastern Ukraine. It led to the active resettlement of victims in Kyiv and Kyiv region, which in turn caused a significant deterioration in the health status of the population of the Kyiv region in terms of morbidity and disease prevalence, which increased by 6.12 % and by 4.49 %, respectively for similar

indicators in Ukraine 2.5 % and 1.5 %. The highest rates of morbidity in 2016 were observed in Bucha, Kyiv region (1.76 times higher than in the country), where the highest concentration of victims was observed as a result of the armed conflict in the east of the country.

Mental and behavioral disorders among the population of Ukraine were recorded in prevalence rates of 391.6 per 10 thousand of the population in 2016 against 466.0 per 10 thousand of the population in 2012; similar tendencies of decrease of the indicator were observed among the population of Kyiv region – 430,3 per 10 thousand of the population respectively against 450.3 per 10 thousand of the population at a higher level in 2016 than in the country. At the same time, in Bucha, where affected population arrived the most actively, the prevalence of mental disorders and behavior increased from 361.9 per 10 thousand of the population up to 450.9 per 10 thousand of the population. The morbidity of the population for mental disorders and behavior in Bucha has increased from 32.9 to 72.5 per 10 thousand of the population for the corresponding period, while in the country it grew only from 40.5 to 45 per 10 thousand of the population, and in the region moderately decreased from 55 to 51.5 per 10 thousand of the population, remaining higher than the indicator in Ukraine. The morbidity of Bucha population in mental and behavioral disorders turned out to be the highest in the region in 2016 (72.5 per 10 thousand of the population).

It was found that disorders of the psychics and behavior in the structure of the disease prevalence among the population of Ukraine were 2.3 %, among the population of the Kiev region – 2.1 %, and in the structure of the incidence – respectively 0.48 % and 0.7 %, indicating a high level of accumulation of these diseases among the relevant contingents of the population with a low level of their primary diagnosis in healthcare institutions.

At *the fourth stage*, the influence of microsocial (medico-social) stress-associated risk factors on the development and course of mental health disorders of the population – anxiety and depression – and the state of primary care for patients with anxiety and depression in Bucha, Kyiv region were studied.

It is proved that the formation and development of anxiety and depression were influenced by excess body weight and obesity – in 103 (39.0 %) and 140 (53.0%) patients, respectively; chronic somatic diseases – in 168 (31.58 %) and 238 (44.74%) persons; disability – in 27 (61.4 %) and 30 (68.2 %) patients; lack of higher education – in 111 (41.9 %) and 141 (53.2 %); poor financial support – in 88 (59.5 %) and 91 (61.5%) patients as well as poor nutrition and low economic availability of medicines.

It was found that anxiety and depression had a negative impact on the quality of life of patients: low self-esteem quality of life by certain parameters (health assessment, feasibility, love, satisfaction, having friends, low social activity, financial well-being, spending time with family, job satisfaction, social status) was inherent in 48.1 % – 66.7 % of patients with anxiety and 10.2 % – 32.2 % of patients with no anxiety, and accordingly 8.6 % – 72.6 % of patients with signs of depression and 1.4 % – 43.9 % of patients without them.

It is shown that the existing system of primary health care for the population with manifestations of anxiety and depression is imperfect, since there is a low level of validity of primary appeals to general practitioners-family doctors and to narrow-profile specialists, untimely primary treatment, high volumes of self-medication diseases in this population, low financial availability of medicines to correct mental disorders and outpatient behavior languages. The identified shortcomings testified to the necessity of medical and social substantiation, development and implementation of the model of optimization of primary health care to the population in the conditions of stress, which was based on the program documents of the World Health Organization, world and national experience of organizing primary medical care for patients with disorders of mental health and behavior.

The obtained results allowed to substantiate and develop a model of optimization of primary health care in the context of stress at *the fifth stage* of the study.

The main differences of the proposed model were its fundamentally new components: the algorithm of medical care for patients, depending on the

psychological state and risk factors of mental health disorders, and a functional and organizational model of prevention of mental disorders and behavior.

The starting point of the algorithm is the evaluation of the patient's psychological state using standardized scales and the diagnosis of macro and microsocial risk factors for mental health disorders, which allows a general practitioner-a family doctor to determine the further tactics of medical care, depending on the severity of anxiety and depression in conditions of the facility that provides primary care and, if necessary, secondary and tertiary care.

Functional and organizational model of prevention of disorders of the psyche and behavior covers the individual, group (family) and population levels of its implementation.

Prevention of mental disorders and behavior at the individual level is carried out within the framework of the algorithm of medical care for patients, depending on the psychological state and risk factors of mental health disorders in the setting of primary medical care. In case of occurrence of such risks, a general practitioner-a family doctor is expected to develop an individual program to counteract the stress-associated risk factors of anxiety and depression, the components of which are the educational component and the consultation of a psychologist. In the absence of stress-associated risk factors for anxiety and depression, a general practitioner-a family doctor is recommended to provide guidance on the principles of a healthy lifestyle and counseling on preservation and support of mental health.

At the group (family) level, the proposed model envisages the widespread introduction of preventive technologies for the promotion of mental health at the level of territorial local communities, their involvement in the implementation of state programs and the use of modern means of communication (mobile and digital communication) with civil society. issues of prevention of mental disorders.

At the population level, the prevention model implies the continuation of the programmatic approach to the formation of the principles of healthy lifestyles and state-level measures to minimize the impact of macro-social stress-associated factors on public health in all spheres of public life.

An essential element of the model of optimization of primary health care for the population under stress should be considered the international classification of primary medical care ICPC-2, recommended for implementation in primary health care facilities according to the results of the study, and the inclusion of an additional module "Mental health" in the programs of continuous professional development of specialists in the field of health care in the specialties "General Practice – Family Medicine", "Therapy", "Pediatrics" in the provision of primary care.

At *the sixth stage* of the study, some elements of the proposed model of optimization of primary care for the population under stress conditions in the health care facility providing primary health care were introduced.

The results of the implementation proved the effectiveness of the model: social (76.37 % of patients with manifestations of anxiety and depression reported after implementation versus 53.45 % of patients who were ready for implementation; percent of patients ready to go to a general practitioner-a family doctor's recommendations increased by 13.44 %; 67.27 % of patients confirmed compliance with the expected medical care versus 53.74 % of those interviewed for implementation); medical (the number of cases of referral of patients by a general practitioner-a family doctor for consultation to doctors of secondary / tertiary medical care decreased from 13.8 % to 10.91 % of persons due to the use of the algorithm developed within the model); economic (the use of the algorithm and preventive measures at the individual level does not require additional financial costs and can be realized from the existing resources of the primary care facility by using them in a more rational way).

A well-grounded, developed and partially implemented model of optimization of primary health care in the face of stress is highly rated by qualified experts: the results of expert assessments of two independent groups of experts in general were concordant ($p > 0.05$) and coincided within the range of 65.31-95.92 % against No answers within the range of 2.04 % to 26.53 % in the first group of experts, and accordingly 61.90 %-96.43 %, against 3.57 %-20.24 % in the second group of experts.

The scientific novelty of the study results is that for the first time in Ukraine:

- it is shown that in the conditions of socio-political and economic instability anxiety and depression, as manifestations of mental health disorders, are a significant health problem of the Ukrainian population and require contribution to its primary care;

- the complex of medico-social stress-associated risk factors for the development of anxiety and depression and their significant contribution to the formation of mental health disorders in patients of a general practitioner-a family doctor;

- it is proved that the presence of anxiety and depression causes a low loyalty of patients with these problems to primary care, which significantly affects the timeliness of referrals to general practitioners-family doctors, the course and duration of remission of chronic somatic diseases;

- the expediency of screening, early diagnostics of the manifestations of mental health disorders of the population and identification of medico-social stress-associated risk factors of their development with further development and implementation of prevention programs at the individual level in the conditions of primary medical care are substantiated;

- the model of optimization of primary care for the population under stress conditions is substantiated, essential elements of what are the algorithm of medical care for patients depending on the psychological state and risk factors of mental health disorders, functional and organizational model of prevention of mental disorders and behavior with measures of its implementation at the individual, group (family) and state levels.

According to the results of the research, the scientific knowledge about the prevalence of anxiety and depression in the Ukrainian population was supplemented and the approaches to the organization of primary medical care to the population with the manifestations of mental health disorders were improved.

The theoretical significance of the results of the study is a significant complement to the theoretical foundations of social medicine in the teaching of

population health and improvement of primary care for patients with anxiety and depression.

The practical significance of the work is that its results are the basis for:

- development of a model of optimization of primary care for the population under stress conditions;
- development and implementation of the algorithm of medical care for patients, depending on the psychological state and risk factors of mental health disorders in the conditions of the primary care facility;
- development of a multilevel functional and organizational model of prevention of mental disorders and behavior as a component of optimization of primary care for the population under stress conditions;
- development of criteria for determining indications for the purpose of referring patients with anxiety and depression by general practitioners-family doctors to psychologists, psychiatrists, psychotherapists, other specialists;
- implementation of the International Classification of Medical Assistance (ICPC-2) in primary care facilities.

The results of the study were implemented:

at the sectoral level - by preparation and publication of the manual "Actual Problems of Health and Minimization of Them in Conditions of Armed Conflict in Ukraine" (Kyiv, 2018) (Kovalenko VM, Kornatsky VM, Diachenko LO, Manojlenko T. S.);

at the regional and local level elements of the model of optimization of primary care for the population under stress conditions were implemented in the activities of health care institutions: Volyn (act of implementation of 14.09.2018), Zaporizhzhia (act of implementation of 18.09.2018), Kyiv (acts of implementation of 17.09 .2018, 27.09.2018, 02.10.2018 and 07.05.2019 (2 pcs), Poltava (acts of implementation date 12.09.2018, 20.09.2018 and 26.09.2018), Khmelnytsky (act of implementation dates 14.09.2018), Cherkasy (acts of implementation date 12.09.2018 and 13.09 .2018) Regions. The total number of implementation acts is 13.

The results of the evaluation of the effectiveness of the implementation of individual elements of the model of optimization of primary health care to the population in the conditions of stress have confirmed its capacity and allow to recommend further implementation in health care facilities providing primary health care in Ukraine.

Keywords: stress-associated factors, mental health, anxiety, depression, prevention, algorithm, model, primary care.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Дяченко ЛО. Методологія профілактики та ранньої діагностики хвороб на рівні первинної медичної допомоги в умовах впливу підвищеного стресу. Сучас. мед. технології. 2017;(4):30-6.

2. Корнацький ВМ, Дяченко ЛО, Михальчук ВМ. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення. Укр. кардіол. журн. 2017;(2):106-13. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

3. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛА. Влияние нарушений психического здоровья и наличие стрессового состояния у амбулаторного пациента на течение заболеваний. Психиатрия, психотерапия и клин. психология. 2018;(2):177-84. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

4. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Вплив стресу на розвиток і перебіг захворювань. Світ медицини та біології. 2017;(1):194-202. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

5. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Вплив факторів ризику на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення на рівні первинної медичної допомоги. Укр. журн. медицини, біології та спорту.

2018;3(1):144-50. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

6. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Дослідження рівня здоров'я населення України на прикладі Київської області. ScienceRise. Мед. науки. 2018;(2):35-42. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

7. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Концептуальні підходи обґрунтування моделі оптимізації медичної допомоги на етапі розвитку сімейної медицини. Світ медицини та біології. 2019;(2):75-9 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

8. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Медико-соціальне обґрунтування алгоритму ранньої діагностики та профілактики психосоматичних порушень на рівні первинної медичної допомоги. Укр. мед. часоп. 2019;(1):45–8. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

9. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Перспективи впровадження системи охорони психічного здоров'я на первинному рівні. Укр. журн. медицини, біології та спорту. 2018;3(4) 145-8. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

10. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Удосконалення первинної медичної допомоги на підвищення ефективності. J Educ Health Sport. 2017;7(2):345-68. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру

11. Дяченко ЛО. Сімейний лікар – пацієнт в системі охорони психічного здоров'я. В: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю Полтавські дні громадського здоров'я; 2018 Трав 24-25; Полтава. Полтава: Техсервіс; 2018, с. 79-81.

12. Дяченко ОО, Васильєв АГ, Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Оцінка пацієнтів задоволеності первинною медичною допомогою. В: Матеріали Міжнар. мед. конгр. Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України; 2019 Квіт 17-19; Київ. Київ, с. 14-5. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації).*

13. Коваленко ВМ, Корнацький ВМ, редактори; Дяченко ЛО, Манойленко ТС, Ревенко ІЛ, Дорохіна ГМ, Гандзюк ВА, Беляєва ТВ, робоча група. Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні: посіб. для кардіологів, ревматологів, терапевтів, неврологів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики. Київ; 2018. 214 с. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка до публікації).*

14. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Ведення соматичного пацієнта з урахуванням наявності тривоги та депресії. Україна. Здоров'я нації. 2018;(2). Тези доп. учасників Міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні питання надання медичної допомоги на засадах ПМСД, 2018 Квіт 18-19):86-7. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації).*

15. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Медико-соціальне обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги в умовах впливу підвищеного стресу. В: Матеріали Міжнар. конгр. з мед. і психол. Реабілітації Med&Psy Rehab; 2017 Жовт 30-31; Київ. Київ; 2017, с. 57-9. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації).*

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	23
ВСТУП	25
РОЗДІЛ 1. ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА РОЛЬ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРОФІЛАКТИЦІ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я	34
1.1. Вплив стресу на психічне здоров'я та розвиток і перебіг соматичних захворювань	34
1.2. Внесок первинної медичної допомоги у формування психосоматичного здоров'я населення України	47
Висновки до розділу 1	64
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	66
Висновки до розділу 2	83
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА М. БУЧА У 2012 – 2016 РОКАХ.....	85
3.1. Основні демографічні показники населення	85
3.2. Аналіз тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення	94
3.3. Вивчення стану психічного здоров'я населення в умовах впливу макросоціальних стрес-асоційованих чинників	104
Висновки до розділу 3	111
РОЗДІЛ 4. ВПЛИВ ЧИННИКІВ РИЗИКУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПРОЯВАМИ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ	113
4.1. Аналіз впливу медико-соціальних характеристик хворих на формування тривоги та депресії	113

4.2. Аналіз організації первинної медичної допомоги хворим з проявами тривоги та депресії.....	141
4.3. Оцінка задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою	146
Висновки до розділу 4	155
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ОПТИМІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ СТРЕСУ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ	
5.1. Медико-соціальне обґрунтування та розробка алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я	157
5.2. Медико-соціальне обґрунтування та розробка багаторівневої функціонально-організаційної моделі профілактики розладів психіки та поведінки	165
5.3. Концептуальні підходи до медико-соціального обґрунтування та розробки моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу	172
5.4. Оцінка результатів впровадження окремих елементів моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу	182
5.5. Експертна оцінка ефективності моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу.....	189
Висновки до розділу 5	194
РОЗДІЛ 6. АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	
ВИСНОВКИ.....	212
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	217
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	219
ДОДАТКИ	253

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ	артеріальна гіпертензія
АТО	антитерористична операція
ВМД	вторинна медична допомога
ВООЗ	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ГХ	гіпертонічна хвороба
ЄС	Європейський Союз
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗПСМ	загальна практика – сімейна медицина
ЗСЖ	здоровий спосіб життя
ІСРС	Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги
ІХС	ішемічна хвороба серця
КЗ	комунальний заклад
КНП	комунальне некомерційне підприємство
лікар ЗП-СЛ	лікар загальної практики-сімейний лікар
МКХ-10	міжнародна класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
ОЕСР	Організація економічного співробітництва та розвитку
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОТЖ	очікувана тривалість життя
ПАЦ	передатестаційний цикл
ПМД	первинна медична допомога
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТСР	посттравматичні стресові розлади
ССЗ	серцево-судинні захворювання

ССР	соціально-стресові розлади
США	Сполученні Штати Америки
ТМД	третинна медична допомога
ТУ	тематичне удосконалення
ФР	фактори ризику
ЦД	цукровий діабет
ЦНС	центральна нервова система
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ШКТ	шлунково-кишковий тракт
CI	Confidential Interval (довірчий інтервал)
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale, Госпітальна шкала тривоги та депресії
HRQL	Health-related quality of life, якість життя, пов'язана зі здоров'ям
OR	Odds Ratio (показник відношення шансів)
WHOQOL-BREF	короткий опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя
YLD	years lost to disability, втрачені роки у зв'язку з інвалідністю

ВСТУП

Актуальність теми. Основою добробуту держави є здоров'я нації. Стан здоров'я людей займає особливе місце у системі цінностей цивілізованої країни та відображає соціально-економічне, екологічне, демографічне і санітарно-гігієнічне благополуччя та є одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, що істотним чином визначає характер демографічних процесів, у тому числі рівень смертності й тривалості життя, а також «якість» поколінь [26, 62, 129].

Збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя людей є одними з найважливіших цілей світової спільноти, відображених у засадах європейської політики «Здоров'я-2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» [26, 134]. Реалізацію європейської політики здійснює Всесвітня організація охорони здоров'я, яка рекомендує дотримуватися державам-учасникам пріоритетно-оперативних цілей щодо збереження та зміцнення здоров'я населення, нівелювання факторів ризику та чинників, що на нього впливають, при втіленні комплексно-стратегічних програм [26, 129].

Метою державної політики у сфері охорони здоров'я є кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав [129, 130]. Одним з пріоритетних завдань галузі охорони здоров'я є досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя шляхом збереження і зміцнення здоров'я громадян, забезпечення їх доступною і якісною медичною допомогою [134, 154].

Здоров'я – це індивідуальна і суспільна цінність загальнонаціонального завдання, для реалізації якої необхідно виявити чинники, що визначають його формування, їх пріоритети та значущість. За даними Всесвітньої організації

охорони здоров'я (ВООЗ) (1948) «Здоров'я – це фізичне, психічне і соціальне благополуччя, а не лише відсутність хвороб» [160, 255].

В наш час актуальне не лише фізичне, але й психічне, емоційне і соціальне благополуччя людей, що очевидно як при аналізі причин погіршення здоров'я, так і організації медичної допомоги, вирішенні проблем з реалізації діагностичних, лікувальних і профілактичних технологій [23].

В сучасних умовах глобальної політичної і соціальної нестабільності, загрози міжнародного тероризму, екологічного неблагополуччя, кризових явищах в економіці зростає небезпека екстремальних впливів на організм людини, яка опиняється в умовах гострих або хронічних психічно травмуючих подій, коли психічна сфера стає особливо уразливою [95].

Психічне здоров'я – це стан рівноваги між особистістю і середовищем, адекватна поведінки людини, здатність протистояти труднощам без негативних наслідків для здоров'я. На розлади психічного здоров'я в світі припадає 12 % глобального тягаря хвороб, особливо серед осіб молодого віку, тобто найбільш продуктивної групи населення. Економічний тягар психічних розладів полягає в тому, що частка непрямих втрат значно, у 2-6 разів, перевищує прямі витрати на лікування [131, 174, 255]. Особливо це стосується періодів різних стихійних і техногенних катастроф, соціальних криз, військових протистоянь. Останнє стало вкрай актуальним для України. За узагальненими оцінками, хоча б одну травматичну подію у своєму житті пережили 61 % чоловіків і 51 % жінок, 25-50 % населення – дві або більше психологічних травм. Прогнозується подальше зростання розладів психіки та поведінки у відповідь на психічні травми [195].

Поширеність психічних та поведінкових розладів в Україні, за даними П. В. Волошина та Н. О. Марути (2015), характеризується постійним зростанням (на 2,9 % за 10 років) [23]. У структурі показників захворюваності серед усіх переважають непсихотичні психічні розлади (неврози, реакції на стрес, розлади особистості тощо), що є функціональними та у більшості випадків (72,2 %) потребують амбулаторної допомоги [113]. Лікарі загальної

практики-сімейні лікарі у 20-25 % випадків звернень пацієнтів стикаються з різними проявами психічних розладів, в тому числі тривожно-депресивних [184].

Вагомі міжнародні дослідження свідчать, що психічні розлади широко представлені у пацієнтів первинної медичної мережі. Так, поширеність депресивних станів серед пацієнтів, які страждають на соматичні захворювання, складає 22-30 %, що створює додаткові труднощі для діагностики та терапевтичної тактики відносно соматичних хворих, обтяжує перебіг захворювання та погіршує прогноз [69].

Значне зростання психосоматичної симптоматики в загальній структурі захворюваності набуло характеру стійкої тенденції як у структурі розладів психічної сфери, так і в клініці соматичних хвороб [72].

Таким чином, зростання впливу стрес-асоційованих чинників ризику розладів психічного здоров'я, зокрема, тривожно-депресивних станів, та, як наслідок, порушень соматичного здоров'я, запровадження первинної медичної допомоги в Україні як найбільш доступної до населення, переважання в структурі розладів психіки та поведінки непсихотичних психічних розладів в легких формах, обмеженість числа наукових досліджень з організації надання медичної допомоги хворим з проявами розладів психічного здоров'я в закладах первинної медичної допомоги обумовило актуальність проведення подальших наукових розробок за даним напрямом, зокрема, вивчення можливостей внеску лікарів загальної практики-сімейних лікарів у профілактику розладів психічного здоров'я, забезпечення своєчасної їх діагностики та виявлення стрес-асоційованих чинників ризику, організації комплексної медичної допомоги в залежності від індивідуальних потреб пацієнта, що обумовило мету і завдання даного дослідження [110, 120].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконувалася відповідно до плану наукових досліджень Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (термін виконання 2016-2020 рр.) та є фрагментом науково-

дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я «Обґрунтування моделей управління підсистемами охорони здоров'я та зміцнення популяційного здоров'я України відповідно до Європейських стратегій» (термін виконання 2015-2019 рр., № державної реєстрації 0115U002160). Авторка особисто здійснювала збір первинного матеріалу, його аналіз та впровадження результатів у практику.

Мета дослідження: науково обґрунтувати модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу.

Завдання дослідження:

1. Провести системно-історичний аналіз вітчизняних і світових наукових джерел з метою вивчення впливу стрес-асоційованих чинників ризику на стан психічного і соматичного здоров'я населення.

2. Вивчити основні тенденції змін стану здоров'я населення України, Київської області та м. Буча за 2012-2016 роки.

3. Дослідити вплив медико-соціальних чинників ризику на розвиток і перебіг проявів тривоги та депресії у пацієнтів закладів первинної медичної допомоги.

4. Вивчити стан організації первинної медичної допомоги хворим з проявами тривоги та депресії.

5. Обґрунтувати та розробити алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я в умовах первинної медичної допомоги.

6. Здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробку моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу.

7. Впровадити окремі елементи запропонованої моделі в діяльність закладу первинної медичної допомоги та надати оцінку її ефективності.

Об'єкт дослідження: система надання первинної медичної допомоги населенню.

Предмет дослідження: стан здоров'я та якість життя населення, стрес-асоційовані чинники ризику розвитку та перебігу тривоги та депресії, заклади

охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, лояльність і задоволеність пацієнтів первинною медичною допомогою.

База дослідження: заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу: Волинської, Запорізької, Київської, Полтавської, Хмельницької та Черкаської областей (11 од.).

Період дослідження: 2016-2019 рр.

Методи дослідження:

- системного підходу та системного аналізу – для проведення комплексного кількісного та якісного аналізу існуючого стану визначених предметів і системи, виокремлення проблемних питань та розробки шляхів оптимізації системи первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу;

- бібліосемантичний – для аналізу вітчизняного та зарубіжного наукового досвіду стосовно впливу стрес-асоційованих чинників ризику на стан психічного і соматичного здоров'я населення;

- соціологічний (анкетне опитування) – для вивчення впливу стрес-асоційованих чинників ризику на розвиток і перебіг тривоги та депресії, самооцінки складових якості життя, стану здоров'я та рівня задоволеності пацієнта отриманою медичною допомогою;

- епідеміологічний – для вивчення та аналізу поширеності хвороб, захворюваності населення, тенденцій змін демографічних показників;

- медико-статистичний – для збору, обробки, аналізу та оцінки інформації, отриманої на етапах дослідження;

- моделювання – для розробки алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я та розробки моделі оптимізації надання первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу;

- експертних оцінок – для отримання незалежної оцінки ефективності запроваджених елементів запропонованої моделі висококваліфікованими експертами.

Наукова новизна в тому, що вперше в Україні:

- показано, що в умовах соціально-політичної і економічної нестабільності тривога та депресія, як прояви розладів психічного здоров'я, є суттєвою проблемою здоров'я населення України та вимагають внеску у її вирішення первинної медичної допомоги;

- визначено комплекс медико-соціальних стрес-асоційованих чинників ризику розвитку тривоги та депресії та їх вагомий внесок у формування проявів порушень психічного здоров'я у пацієнтів лікаря загальної практики-сімейного лікаря;

- доведено, що наявність тривоги та депресії обумовлює низьку лояльність пацієнтів з зазначеними проблемами до первинної медичної допомоги, що суттєво впливає на своєчасність звернень хворих до лікаря загальної практики-сімейного лікаря, перебіг і тривалість ремісії хронічних соматичних захворювань;

- обґрунтовано доцільність скринінгу, ранньої діагностики проявів порушень психічного здоров'я населення та виявлення медико-соціальних стрес-асоційованих чинників ризику їх розвитку з подальшою розробкою та впровадженням профілактичних програм на індивідуальному рівні в умовах первинної медичної допомоги;

- обґрунтовано модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, суттєвими елементами якої є алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я, функціонально-організаційна модель профілактики розладів психіки та поведінки з заходами її реалізації на індивідуальному, груповому (родинному) та державному рівнях.

За результатами дослідження доповнені наукові знання про поширеність в українській популяції тривоги та депресії та удосконалені підходи до організації первинної медичної допомоги населенню з проявами розладів психічного здоров'я.

Теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягає в суттєвому доповненні теоретичних засад соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та удосконалення первинної медичної допомоги хворим з проявами тривоги та депресії.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати стали підставою для:

- розробки моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу;

- розробки та впровадження алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я в умовах закладу первинної медичної допомоги;

- розробки багаторівневої функціонально-організаційної моделі профілактики розладів психіки та поведінки як складової моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу;

- розробки критеріїв для визначення показань з метою скерування хворих з проявами тривоги та депресії лікарями загальної практики-сімейними лікарями до психологів, психіатрів, психотерапевтів, інших спеціалістів;

- впровадження в закладах первинної медичної допомоги міжнародної класифікації медичної допомоги (ICPC-2).

Впровадження результатів дослідження здійснено:

- *на галузевому рівні* – шляхом підготовки та видання посібника «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні» (Київ, 2018) (Коваленко В. М., Корнацький В. М., Дяченко Л. О., Манойленко Т. С.);

- *на регіональному та місцевому рівні* елементи моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу впроваджено в діяльність закладів охорони здоров'я: Волинської (акт впровадження від 14.09.2018), Запорізької (акт впровадження від 18.09.2018), Київської (акти впровадження від 17.09.2018, 27.09.2018, 02.10.2018 та 07.05.2019 (2 шт.)), Полтавської (акти впровадження від 12.09.2018, 20.09.2018 та 26.09.2018),

Хмельницької (акт впровадження від 14.09.2018), Черкаської (акти впровадження від 12.09.2018 та 13.09.2018) областей. Загальна кількість актів впровадження – 13.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно виконано пошук науково-медичної інформації за темою наукового дослідження та проведено її аналіз; розроблено програму дослідження та обрано комплекс психодіагностичних методик відповідно до мети та поставлених завдань дослідження, розроблено примірники анкет для соціологічних опитувань. Власноруч сформовано базу даних з первинних джерел, проведено їх систематизацію, статистичну обробку та аналіз отриманих даних за кількісними та якісними ознаками, здійснено наукову інтерпретацію отриманих результатів, науково обґрунтовано модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу. Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення OpenOffice та ліцензованої програми STATISTICA 6.1, STATA / SE 12.0 для Windows. Автором особисто написані всі розділи дисертації, сформульовані і узагальнені висновки. Дисертант є основним співавтором наукових публікацій за темою дисертації.

Апробація результатів дисертації. Результати досліджень оприлюднені та апробовані на конгресах, науково-практичних конференціях, зокрема на: Міжнародному конгресі з медичної і психологічної реабілітації «Med&Psy Rehab» (Київ, 2017), Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання надання медичної допомоги на засадах ПМСД» (Ужгород, 2018), Всеукраїнській науково-практичній конференції «Полтавські дні громадського здоров'я» (Полтава, 2018), XIX Національному конгресі кардіологів України (Київ, 2018), VIII Міжнародному медичному конгресі «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» (Київ, 2019), XX Національному конгресі кардіологів України (Київ, 2019).

Публікації. Результати дисертації опубліковані у 15 наукових працях (у т. ч. 2 – одноосібних), з них: у 8 статтях у наукових фахових виданнях, рекомендованих Міністерством освіти і науки України, 3 – у виданнях, які входять до наукометричних баз Scopus та Web of Science, у статті в іноземному виданні країни Європейського Союзу (Польща), у 4 тезах в збірках матеріалів конгресу та конференцій. Матеріали дисертації представлені у аналітично-статичному посібнику.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 284 сторінках друкарського тексту, з них обсяг основного тексту 198 сторінок; містить 38 таблиць, 32 малюнків, 23 додатків. Текст складається із вступу, шести розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Бібліографія включає 321 джерело, із них кирилицею – 191, латиною – 115, власних публікацій за темою дисертації – 15.

РОЗДІЛ 1

ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА РОЛЬ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРОФІЛАКТИЦІ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Вплив стресу на психічне здоров'я та розвиток і перебіг соматичних захворювань

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби або фізичних дефектів [297]. Однак, як показують дані численних досліджень, стан здоров'я населення України не відповідає наведеним критеріям: населення більшості регіонів України, а саме, 17 областей, має нижчий середнього по країні рівень показників стану здоров'я [92, 152, 164, 167].

Від 12 до 14 млн жителів хворіють на серцево-судинні захворювання (ССЗ), смертність від яких також є однією з найвищих у світі та становить близько 66 % у структурі загальної, тоді як всі інші – менше 34 %. Понад 1 млн українців страждають від онкологічних захворювань, рівень смертності від яких посідає друге місце після серцево-судинних [36, 37, 93, 191]. Ці два класи хвороб визначають майже 80 % щорічних втрат населення. Україна також залишається «лідером» в Європі за рівнями захворюваності на ВІЛ-інфекцію та туберкульоз. Лише кожен четвертий громадянин вважає себе фактично здоровим [191]. Особливо гостро стоять ці проблеми у сільській місцевості, де рівень захворюваності й смертності з найбільш поширених причин смерті більш, ніж удвічі, перевищує аналогічні у містах [137].

Індикаторами суспільного здоров'я вважають здатність населення до природного відтворення, тривалість життя, захворюваність і смертність, які на сьогодні в Україні гірші, ніж у розвинутих країнах світу з соціально орієнтованою економікою. Причинами є зміни навколишнього середовища,

затяжна соціально-економічна криза, низький рівень санітарної культури, нездоровий спосіб життя тощо [82].

Україна належить до країн з суттєвими демографічними проблемами, провідною серед яких є зменшення кількості населення [73, 108]. За даними офіційної статистики, показники смертності в 1,5 рази перевищують середньостатистичні показники Європейського Союзу (ЄС) (у 2010-2015 рр. утримуються на рівні 15,3-14,7 %). Майже третина громадян помирає у віці до 60 років, 33,4 % – до 65 [62]. Зберігається негативна тенденція зростання рівня смертності та, зокрема, випереджальні темпи серед працездатного населення, переважно серед осіб чоловічої статі. Існує суттєва різниця між тривалістю життя жінок і чоловіків, яка становить 11,5 років (у країнах ЄС – 6,2) [25, 98, 185, 200].

Багатьох смертей можна уникнути, скорочуючи рівень захворюваності. Проте, в Україні спостерігається тенденція до її збільшення серед усіх груп населення. Домінуюче місце в структурі захворюваності та смертності посіли хронічні неінфекційні хвороби, передусім системи кровообігу. Помітно зросла значущість травматизму, нервово-психічних, ендокринних, алергічних, генетичних та інших захворювань складної етіології, що відображає вплив умов життя населення на його здоров'я [43, 44, 179, 180].

Негативний вплив спостерігається не лише на фізичне, але й на психічне та соціальне благополуччя людей [146]. Протягом останніх десятиліть збільшилась кількість наукових робіт, присвячених впливу на психіку людини екстремальних подій – воєн, природних катастроф, терористичних актів, стихійних лих тощо. Техногенні катастрофи, природні катаклізми, збройні конфлікти і терористичні акти призводять не лише до значних людських, і економічних втрат, але й до зростання соціальної напруги в суспільстві [157, 175, 215, 245, 250]. Значні групи населення мають певні психічні порушення, у тому числі розлади адаптації з перевагою порушення поведінки; перевтому, або стан виснаження життєвих сил; інші невротичні розлади; посттравматичні стресові розлади (ПТСР) і розлади адаптації [16], які

в МКХ-10 позначені як F43.20 – короткочасна депресивна реакція, F43.21 – пролонгована депресивна реакція, F42.22 – змішана тривожна і депресивна реакція. Їх поширеність в популяції складає: F43.24 – 5-20 %, ПТСР – 1-3 % (за деякими даними – 7-8 %); всіх амбулаторних пацієнтів [16, 96, 208, 254]. У МКХ-10 ПТСР (F43.1) визначають як синдром, що формується в результаті переживання людиною травмуючих подій, що виходять за рамки нормального людського досвіду, виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, які можуть викликати загальний дистрес [96]. Основними симптомами є: нав'язливі переживання травмуючої події в сновидіннях і спогадах; прагнення уникнути будь-якого нагадування про таку подію; тривога, порушення сну; емоційні розлади з обмеженням контактів із зовнішнім середовищем; явища підвищеної вегетативної збудливості [61].

Як вважають Z. Marinova та A. Maercker (2015), актуальність дослідження ПТСР обумовлена не лише їх значним поширенням, але й зі схильністю до хронізації процесу, формування соматичної патології із зростанням частоти та інтенсивності симптоматики, що призводить до суттєвого обтяжування клінічної картини і розвитку численних ускладнень [252]. Висловлюється думка про існування особливої групи стресових розладів, що визначаються існуючою психогенною соціально-економічною і політичною ситуацією, актуальною для значної кількості людей [76]. При цьому, за висновками M. Strauss та співавт. (2012), формується соціальна напруженість, яка є масовим адаптаційним синдромом, що відображає ступінь фізіологічної і соціально-психологічної адаптації, а у багатьох випадках – дезадаптації [285].

Обґрунтовується наявність групи так званих соціально-стресових розладів (ССР) як психоемоційне перенапруження і психічна дезадаптація, що відзначається у великій кількості людей при зміні суспільної свідомості і звичного способу життя [6]. Головною відмінністю від ПТСР є той факт, що ССР розвиваються не лише у тих, які переживають конкретні події та ситуації,

що є травмуючими, але й під впливом макросоціальних групових психогенних чинників [6, 80].

Через катастрофічне зростання станів, що називаються психологами синдромом нервового виснаження, проблема психічного здоров'я сьогодні виходить з категорії виключно медичних проблем, стає соціальною, гостроактуальною для всього суспільства в цілому [166].

На частку психічних захворювань доводиться 12 % глобального тягаря хвороб в усіх країнах світу, до 300 млн жителів планети потерпають від цих розладів. Встановлено, що максимальний їх тягар лягає на людей молодого і середнього віку, тобто найбільш продуктивної групи [205, 290]. За результатами епідеміологічної оцінки стану психічного здоров'я населення Європи, здійсненої Н. U. Wittchen та співавт. (2011), поширеність психічних розладів складає 38,2 %, тобто становить третину та спричиняє втрату працездатності у 26,6 % осіб, що значно вище, ніж в інших регіонах світу [293].

Поширеність психічних та поведінкових розладів в Україні, за даними П. В. Волошина та Н. О. Марути (2015), характеризується постійним зростанням (на 2,9 % за 10 років) [23]. На початок 2014 р. 2553,6 осіб на 100 тис. нас., або 2,6 % всього, потребували допомоги лікаря-психіатра. Показник інвалідності внаслідок цих порушень за останні 10 років зріс на 19,9 %. Згідно з прогностичними даними, у наступні роки буде спостерігатися тенденція до його подальшого підвищення. У структурі захворюваності та поширеності переважають непсихотичні психічні розлади (неврози, реакції на стрес, розлади особистості тощо), що є функціональними та у більшості випадків потребують амбулаторної допомоги. Наведені дані віддзеркалюють наявність негативних тенденцій у сфері психічного здоров'я [23]. Визнання психічного благополуччя складовою поняття «здоров'я» зумовило зміни у забезпеченні реалізації права людини на здоров'я у цілому і обумовлює необхідність пошуку ефективних заходів, спрямованих на його збереження [17, 139].

Як стверджують Kocalevent R.D. та співавт. (2014), соціальні умови життєдіяльності людини та її здоров'я знаходяться в нерозривному зв'язку, опосередковуючи і визначаючи один одного, як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях. Сукупність чинників, що обумовлюють психосоціальне неблагополуччя, безумовно, займає перше місце серед причин високої захворюваності і смертності. Саме ці умови визначають психологічний і психічний стан, який можна охарактеризувати як важкий хронічний стрес, що викликає комплекс дезадаптаційних реакцій [242].

Психосоціальні чинники поділяють на дві основні категорії: хронічні стресори (соціальні) й емоційні (психологічні). Перші – це сімейний стан, стрес на роботі і вдома, низька соціальна підтримка та соціально-економічний статус (освіта, професія). Другі включають афективні розлади: депресію, тривожні розлади і ворожість, а також життєве виснаження і порушення сну, обумовлені стрес-факторами [40]. Також виділяються конституційно-типологічні особливості центральної нервової системи (ЦНС) і особистісні чинники ризику [190].

Бурхливі соціальні катаклізми відбуваються на тлі інших потрясінь, які, як вважають автори [221, 277], є не такими очевидними, але по масштабах психологічних наслідків є ще більш значущими. До їх числа відносять кардинальну зміну цінностей та ідеологічних уявлень, ломку життєвих стереотипів, зміну соціальних і етичних стандартів, загострення проблем релігійної та етнічної ідентичності. В той же час наслідки тих чи інших соціальних змін розцінюють як кризу адаптації, порушення звичних стереотипів поведінки, що завжди позначається психічними розладами, оскільки індукує комплекс негативних емоційних переживань, що досить часто не усвідомлюються людьми [221, 277]. Стресові події (вихід на пенсію, розлучення, зрада, зміна місця проживання, міграція, втрата ідеалів, професійні невдачі, матеріальні і фінансові проблеми, смерть або захворювання близьких людей) і посттравматичні стресові розлади взаємопов'язані, при цьому підкреслюють їх кумулятивний ефект [202].

Дослідження останніх років виявили значне підвищення рівня психосоціального стресу, збільшення поширеності психологічної дезадаптації, пограничних психічних розладів, рівня тривожності, ворожості, депресивних розладів [55, 91, 97, 209]. За даними експертів ВООЗ, поширеність афективних розладів з елементами соматизації у 1990-ті роки у країнах Європи та США становила 5-10 % порівняно з 0,4-0,8 % на початку 1960-х років. Цей показник відображає реальну частоту соматизованих афективних розладів і не має тенденції до зниження. При цьому відмічене збільшення долі депресії серед інших форм [274].

Негативний стрес, втрата соціальної єдності та духовних цінностей напряду впливають на параметри захворюваності й смертності у популяціях ризику. Так, очікувана тривалість життя в розвинутих і бідних країнах відрізняється на 30 %, і цей параметр відображає стресове навантаження у конкретному суспільстві. В деяких східноєвропейських країнах очікувана тривалість життя знизилась на 10 років, смертність від ССЗ та показники алкогольної і наркотичної залежності збільшились у 4 рази, смертність від зовнішніх причин – у 7 разів, кількість суїцидів – у 8 [145]. Проблема ускладнюється тим, що часто такі випадки захворювань і смертей залишаються поза увагою, а кількість контактів із службами психічного здоров'я майже не змінилася. Це означає, що проблема психічного нездоров'я існує у суспільному просторі, на робочих місцях, в сім'ях, але залишається поза увагою фахівців [299]. Україна у цьому випадку не є винятком, про що свідчать статистичні дані [113, 114].

Хворі з ПТСР і ССР можуть потрапити у поле зору лікарів різного профілю, оскільки психологічні прояви стресу, як правило, супроводжуються психосоматичними порушеннями. Тенденція до соматизації – одна з найбільш характерних рис психічних захворювань різної етіології [213, 292]. Ф. Александер в 1950 р. уперше описав причини семи психосоматичних захворювань (есенціальна гіпертонія, виразкова хвороба шлунку, ревматоїдний артрит, гіпертиреозидизм, бронхіальна астма, коліт і

нейродерміт), пояснюючи їх виникнення спадковою схильністю, дефіцитарним емоційним кліматом у сім'ї та сильними переживаннями [4].

Згідно з сучасними уявленнями, основний предмет психосоматики – психосоматичні розлади, під якими розуміють соматичні захворювання, обумовлені психогенними чинниками [165]. Психосоматичні розлади – це група станів, що виникають через взаємодію психічних і соматичних чинників, що проявляються соматизацією психічних порушень, психічними розладами, що відображають реакцію на соматичне захворювання, або розвиток соматичної патології під впливом психогенних факторів [163].

Першою від перенапруження страждає нервова система і настає нервове виснаження організму, потім – серцево-судинна, імунна системи, виникають соматичні захворювання [148].

Так, при усій різноманітності патогенезу захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), простежується його зв'язок з психологічними чинниками. Перенапруження психоемоційного фону найчастіше обумовлено пережитим у минулому гострим стресом і наявністю хронічної стресової ситуації [111, 203]. S.P. Lee та співавт. (2015) вивчений вплив психоемоційного перенапруження (стрес і депресія) на розвиток, перебіг і наслідки гастроентерологічних захворювань – функціональної диспепсії, синдрому подразненого кишечника, рефлюкс-езофагіту, виразкової хвороби, раку шлунку і товстої кишки (n=23698) [248]. Встановлено, що психологічний статус хворих визначається соціально-економічними умовами життя (сімейні стосунки, безробіття, зміна професії, погане харчування). Виявлений зв'язок психотравми з виникненням захворювань ШКТ досить високий (60 %), а загострення пов'язано з психотравмою в 20 %. Зіставлення клініко-лабораторних і психосоціальних показників виявило наявність прямого зв'язку тяжкості перебігу захворювань, глибини органічних порушень із стресовим анамнезом. Загострення захворювань в 62 % випадків було пов'язано з порушенням режиму харчування і його неповноцінністю, що є відображенням важкого соціально-економічного фону. Нашаруванням даного

чинника на хронічне нерве перенапруження пояснюється тенденція зв'язування режиму харчування з емоційним чинником (59-75 %) [248].

Вважається доведеною важлива роль психічного чинника у виникненні цукрового діабету (ЦД) [171]. Встановлено, що тривалі стресові ситуації призводять до маніфестації ЦД внаслідок переходу з латентної форми до розгорнутої, що підтверджує зв'язок між психоемоційним станом людини і особливостями вуглеводного обміну [239, 281]. Психотравма, формуючи осередок застійного збудження в нервових утвореннях гіпоталамуса, обумовлює гіпоксію бета-клітин підшлункової залози, призводить до порушення утворення інсуліну і розвитку ЦД [220]. Проводячи дослідження хворих на ЦД, F. Adili та співавт. (2006) виявили у 20 % пацієнтів виразну залежність у часі між перенесеними гострими психотравмами і розвитком ознак ЦД. Інтервал часу при цьому між психотравмою і початком захворювання не перевищував 1,5 місяці. Серед хворих на діабет у 33 % були виявлені міжособові взаєностосунки з оточенням, що супроводжувалися тривалим емоційним напруженням [192].

Одне з самих поширених психосоматичних захворювань – бронхіальна астма. На роль психогенних факторів у її формуванні і рецидивуванні зверталася увага в багатьох фундаментальних працях, присвячених етіології психосоматозів [15, 18]. Як класичний приклад психосоматичних захворювань розглядається також ревматоїдний артрит, психологічні і соціальні аспекти якого мають достатню історію вивчення, при цьому у більшості досліджень йдеться про виділення їх основних механізмів, що діють як в процесі виникнення захворювання, так і при його прогресуванні [207, 218].

Багатьма авторами описана роль психологічного стресу у розвитку злоякісних новоутворень. Доведена участь в канцерогенезі та дискоординації контролю ділення клітин не тільки традиційних хімічних і фізичних онкогенів, але й чинників стресу [257, 260, 278].

Розглядаючи основні фактори кардіоваскулярного ризику, лікарі часто не звертають увагу на стресорні чинники та несприятливі адаптаційні реакції,

які й провокують хвороби серцево-судинного континууму [109]. Водночас, негативні тенденції захворюваності населення і зростання смертності від ССЗ не можна пояснити лише з позицій впливу традиційних факторів ризику (ФР). Серцево-судинна система як ефектор більшості адаптаційних реакцій організму частіше інших систем реагує на пошкоджуючий вплив стресу, який, з урахуванням індивідуальної реактивності симпатичної нервової системи, обумовлює ішемію міокарду, сприяє аритмогенезу, активує функцію тромбоцитів і збільшує в'язкість крові [229]. У роботі Z. S. Wu (2001) узагальнюються дані про психосоціальні чинники ризику ССЗ, до яких автор відносить п'ять найбільш значимих – депресію, тривогу, особистісні чинники і риси характеру, соціальну ізоляцію і хронічний життєвий стрес [304].

Сучасні дослідники звертають увагу на роль психосоціальних (неконвенційних) чинників у виникненні артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) [196, 236, 270]. Доведено, що захворюваність на АГ збільшується при наближенні до урбанізованих центрів, населення яких залучено у ритм сучасного життя з його психоемоційними і фізичними перевантаженнями, що підкреслює значення соціального стресу в патогенезі захворювання [1, 60, 201, 282]. Клінічно значиму тривожну симптоматику Р. Г. Оганов та співавт. (2011) спостерігали у 33 і 38 %, депресивну – у 30 і 38 % хворих на АГ і ІХС, відповідно [106]. Наявність у пацієнтів при початковому обстеженні клінічно вираженої депресії в 1,59 рази збільшувало комбінований ризик несмертельних і смертельних наслідків, в 1,64 рази – ризик смерті від ССЗ і в 1,82 рази – ризик смерті від усіх причин. Виявлено, що для соматичних хворих є типовим поєднання тривожної і депресивної симптоматики (одночасна наявність окремих симптомів тривоги і депресії). Зважаючи на виразний негативний вплив тривожно-депресивної симптоматики на прогнозування, автори рекомендують проведення скринінгового обстеження хворих на ССЗ, особливо які перенесли інфаркт міокарда і мозковий інсульт, для виявлення депресивної і тривожно-депресивної симптоматики та її подальшої адекватної корекції [106].

За даними А. А. Євсюкова та співавт. (2014), в умовах амбулаторного спостереження у хворих на ІХС з високим серцево-судинним ризиком виявлено, що при ІХС з депресією спостерігається висока частота сполучуваності ФР серцево-судинних ускладнень і асоційованих клінічних станів, пов'язана з високою значущістю психосоціальних чинників, обумовлених психосоціальним стресом, відсутністю соціальної підтримки, інвалідністю, низьким доходом, значним зниженням соціально-психологічної адаптації і показників якості життя, що в сукупності несприятливо впливають на перебіг і прогноз захворювання [57].

Виявлена залежність між стадіями гіпертонічної хвороби (ГХ) і психотравмуючою подією. Невротичні розлади, пов'язані зі стресом, передували розвитку початкової стадії ГХ, тоді як при ГХ II-III стадії психосоціальний стрес і пов'язані з ним афективні або невротичні розлади сприяли прогресуванню ГХ і посиленню ризику кардіоваскулярних ускладнень [30]. Стрес є істотним чинником етіопатогенезу цереброваскулярної патології і може провокувати розвиток гострого порушення мозкового кровообігу [204, 243]. Стрессова реакція організму при неоднократному впливі стресових чинників із «захисної» перетворюється на потужний патогенетичний чинник. Кардіопсихіатрія, що вивчає психічні розлади, які мають спільні з ССЗ патогенетичні механізми, багато з яких «запозичено» у стресу, є порівняно новим і перспективним напрямом у медицині [52, 156, 228].

Залежно від типу поведінкових реакцій, що, на думку деяких дослідників, має більше значення, ніж загальновідомі чинники ризику (паління, АГ, ожиріння, гіперхолестеринемія, ЦД), можливий розвиток певних порушень ритму серця, у тому числі злоякісних аритмій високої градації, здатних привести до раптової смерті [138, 147, 234, 263]. Підкреслюючи, що емоційна травма і психологічний стрес можуть служити тригерами серйозних кардіальних подій, V. Nachinski та P. Sörös (2012), вказують, що серед пацієнтів з імплантованими кардіовертерами-дефібриляторами частота

розвитку шлуночкових аритмій була в 2-3 рази вищою протягом 30 діб після атаки на Всесвітній торговий центр (Нью-Йорк, США, 2001) [147, 283].

Таким чином, фахівці доводять значущість психосоціальних чинників у розвитку ССЗ та їх прогнозі щодо порушень стану здоров'я та, на відміну від біологічних чинників ризику, вважають їх предикторами ССЗ [193, 216, 240].

Україну очікує поглиблення процесу старіння населення. Вже зараз Україна належить до країн з високим рівнем постаріння: за часткою осіб 60 років і старше завершує список 25 країн з найстарішим населенням [22, 176].

З віком змінюється емоційне життя більшості людей: загальний фон настрою характеризується появою станів тривоги, пригніченості та смутку з песимістичним ланцюгом роздумів. У деяких посилюються та/або з'являються такі риси, як похмурість, дратівливість, тривожна недовірливість, уразливість; стають більш емоційними реакції на реальні неприємності [147].

Крім того, синдром тривоги та депресія негативно впливають на перебіг і прогноз усіх видів соматичної патології, особливо судинного характеру [3, 147]. За даними С. Hörnsten та співавт. (2016), середній відсоток хворих похилого віку, які перенесли інсульт, з депресією складав $12,8 \pm 0,4$ % і збільшувався з $11,0 \pm 0,6$ % серед 65-річних до $18,1 \pm 1,2$ % серед 80-річних пацієнтів. Найчастіше це були самотні люди, фінансово обмежені, які мали життєву кризу в попередньому році [230].

В останні роки з'явилися публікації, в яких як один з тригерних механізмів виникнення інсульту досліджують тривожність [136, 268]. У дослідженні V. Guiraud та співавт. (2010) повідомляється, що за 24 години до інсульту 30% пацієнтів пережили негативний тривожний епізод [224]. У цілому, як стверджують J. C. Stewart та співавт. (2016), занепокоєння, особливо почуття тривоги, є унікальними чинниками ризику розвитку серцево-судинних подій у літніх людей, незалежно від традиційних чинників ризику та депресії. Тривожність заслуговує підвищеної уваги як потенційний

чинник, що має відношення до стратифікації ризику, і як потенційна мішень для профілактики ССЗ [284].

Наявні проблеми здоров'я населення в Україні мають багатоаспектний комплексний характер [191]. Збереження здоров'я населення, яке з позицій сучасної науки сприймається як триєдність фізичного, психічного і соціального статусів, – одна з центральних проблем сучасності. Йдеться про стан, коли основні показники життєдіяльності організму при взаємодії з довкіллям не виходять, по-перше, за межі фізіологічної норми (фізичне здоров'я), по-друге, за межі адекватної інтелектуальної, емоційної і свідомовольової взаємодії з навколишнім середовищем (психічне здоров'я) і, по-третє, за межі адекватної поведінки особистості у навколишньому середовищі (соціальне здоров'я) [8, 86]. Т. Г. Гутор (2007) досліджено рівень інформованості населення (n=400, пацієнти первинного рівня медичного забезпечення, м. Львів) про сутність громадського здоров'я як соціальної категорії та розуміння ними впливу негативних чинників на стан власного здоров'я [42]. З екзогенних чинників, на думку опитаних, на здоров'я населення у $74,25 \pm 2,19$ % випадків негативно впливає стан зовнішнього середовища, у $46,75 \pm 2,49$ % – природно-кліматичні умови, $41,75 \pm 2,47$ % респондентів вважає, що саме діяльність закладів охорони здоров'я має негативний вплив на стан здоров'я українців. При цьому своїм соціальним становищем незадоволені 9 з 10 пацієнтів сімейних амбулаторій ($91,75 \pm 1,38$ %); побутовими умовами – $88,0 \pm 1,62$ % респондентів, професійною діяльністю – $84,24 \pm 1,82$ %. На думку автора, така негативна оцінка соціальних аспектів суспільного життя впливає на стан здоров'я людей, оскільки при вирішенні проблем із здоров'ям, пацієнти, насамперед, будуть опікуватися своїм соціальним благополуччям, нехтуючи при цьому рекомендаціями лікарів щодо зміцнення і збереження їх здоров'я [42].

Вихід з даної ситуації вбачають у зміні погляду на психічне здоров'я, при цьому акцент робиться на психосоціальні детермінанти психічного і фізичного [299], стан якого залежить як від соціальних чинників, так і від

особистих переконань індивіда, його характеру, світосприйняття, звичок, вміння керувати своїми емоціями [85], підкреслюється необхідність введення в науковий лексикон нового терміну – «психологічне здоров'я» [140]. На думку М. Е. Beutel та Н. Schulz (2011), його порушення пов'язане як з соматичними захворюваннями або дефектами фізичного розвитку, так і з різними несприятливими чинниками і стресами, що впливають на психіку, а також з соціальними умовами [198].

Психологія здоров'я нерозривно пов'язана із затвердженням концепції профілактичної медицини, що динамічно розвивається у сучасному світі [197]. Так, у США як нова галузь знання існує з 1970 років та займається вивченням взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, що впливають на здоров'я і хворобу [168, 194]. За даними С. Holden (2005), сьогодні кожен десятий психолог займається проблемами здоров'я і це дає позитивний економічний ефект. За роки існування профілактичних програм у США тривалість життя збільшилась на 12 років, а смертність від ССЗ скоротилась на 40 % [227]. В Україні психологія здоров'я ще тільки проходить початкову стадію свого становлення, хоча, як стверджує А. А. Токман (2013), від 30 до 50 % пацієнтів амбулаторної ланки медичної допомоги є практично здоровими людьми, яким потрібні консультації психолога [168].

Таким чином, вплив стресових чинників негативно позначається на стані здоров'я людини. Хронічний стрес, на який організм відповідним чином своєчасно не відреагував, відіграє важливу роль у виникненні багатьох хвороб. Тобто, у випадку, коли усвідомлювані моделі захисту втрачають свою ефективність, людина втрачає здатність адекватно реагувати на зовнішні й внутрішні подразники, відбувається трансформація наявного напруження у фізичний дискомфорт (погіршення здоров'я або захворювання), що у сучасному науковому світі отримало назву «соматизація» – функціональне порушення тієї або іншої системи організму без достатньої органічної основи, але при важливій ролі соціально-психологічних чинників, що мають назву стресорів. Виділяють й інший підхід, в якому акцентується наявність реальних

органічних змін, що виникають в результаті впливу стресу, але не підвладних лише психологічній корекції. Наведене свідчить про важливість пошуку засобів корекції патологічних процесів, у розвитку яких важлива роль належить стресовій реакції.

1.2. Внесок первинної медичної допомоги у формування психосоматичного здоров'я населення України

Ключовим елементом модернізації охорони здоров'я є зміни в первинній медичній допомозі, оскільки до 80 % пацієнтів починають і закінчують лікування у її закладах [83]. Разом з тим, як свідчать наукові дані, це не забезпечує істотних зрушень у поліпшенні стану здоров'я, що визначає необхідність пошуку нових можливостей до підвищення ефективності медичної допомоги, перш за все її первинної ланки [102].

За останні роки відзначається значне збільшення кількості хворих з психосоматичною патологією, якою страждає від 15 до 60 % населення [272]. За даними К. Gubb (2013), від 38 до 42 % усіх осіб, які відвідують кабінети лікарів, відносяться до групи психосоматичних, і, відповідно до прогнозів ВООЗ, кількість таких пацієнтів до 2020 р. зросте удвічі [222].

Проблема психосоматичних розладів знаходиться на стику психіатрії, психології, клініки внутрішніх хвороб і неврології [169]. Як стверджують S. Zipfel та співавт. (2016), інтеграція психіатрії в загальномедичну практику відбулася під впливом двох тенденцій: патоморфозу психічних розладів і збільшення їх частоти у хворих на соматичні захворювання [306]. Патоморфоз Р. Pommer (2016) вбачає у зменшенні частоти важких психотичних станів, збільшенні субпсихотичних, невротичних, соматизованих розладів, в появі великої кількості таких, які важко розмежувати від соматичних. Зростання психічних розладів у хворих на соматичні захворювання пов'язують з великим числом чинників. Це – збільшення тривалості життя у хворих з важкими соматичними хворобами, поєднання двох і більше соматичних захворювань в

одного хворого, поява нових розладів, пов'язаних із залученням до патологічного процесу нервової системи, збільшення кількості психотравмуючих чинників, пов'язаних із способом життя, економічними, соціальними проблемами і багато інших причин [267]. Внаслідок цих тенденцій, на думку V. Menon та співавт. (2016), поступово збільшилося число осіб з психічними розладами, що госпіталізувалися в соматичні стаціонари. Вони не мають показань до обов'язкової госпіталізації в психіатричні клініки, але у той же час наявні у них розлади негативно впливають на перебіг і лікування соматичної патології [258].

Таким чином, реформування системи охорони здоров'я, в тому числі забезпечення доступності психіатричної допомоги і наближення її до населення, неможливе тільки у рамках існуючих психіатричних служб, а вимагає взаємодії з системою загальної медичної практики, передусім в амбулаторних умовах, зокрема, у вигляді інтеграції окремих форм психіатричної допомоги з закладами первинної медичної допомоги [78].

З моменту запровадження в Україні сімейної медицини психічні розлади часто є причиною звертання до сімейного лікаря, однак, на відміну від розвинених країн світу, їм не приділяють належної уваги. Саме цим, як вважають, можна пояснити недостатню ефективність традиційних схем лікувально-профілактичних заходів у хворих, які страждають на соматичні захворювання. Лікарі-терапевти, які не володіють необхідними знаннями, недооцінюють роль соціально-психологічних чинників в розвитку й перебігу патології внутрішніх органів [13, 21]. У той же час доведено, що поза епідемією гострих респіраторних вірусних захворювань до 60 % амбулаторного прийому лікаря загальної практики-сімейної медицини складають пацієнти з психосоматичними та психічними розладами. Тобто мова йде про широкий спектр цих станів, що зустрічаються в практиці лікарів загальнономедичної мережі [246].

Н. Г. Старинець (2013) рекомендує широко впроваджувати процедури скринінгу афективних розладів в роботу закладів загальнономедичної мережі. У

першу чергу такий скринінг необхідно впроваджувати при хворобах, що супроводжуються значним обмеженням побутового та соціального функціонування або мають несприятливий прогноз. Своєчасна діагностика психосоматичних розладів допоможе краще зрозуміти пацієнта, покращить терапію і прогноз основного захворювання, збереже соціальну адаптацію хворого та підвищить якість життя з повноцінним соціальним функціонуванням [159]. Актуальним питанням при вирішенні завдань з організації необхідної медичної допомоги хворим із стресовими розладами G. Matthews (2016) вважає проблему ідентифікації стрес-чинників. Виділення найбільш патогенних чинників, що з великою ймовірністю здатні викликати психічні порушення, в т.ч. розвиток ПТСР, визначає групу первинних стрес-чинників, які необхідно подолати (або зменшити їх вплив) в першу чергу [253].

Як відомо, механізм «замкнутого кола» – найважливіший у взаємовідносинах між психікою і соматикою. Порушення, що виникає первинно у соматичній (або в психічній) сфері, викликає психопатологічні реакції, що стають причиною подальших соматичних порушень. По замкнутому колу й розгортається цілісна психосоматична картина захворювання. Важлива роль даного феномену вказується дослідниками як у зв'язку з походженням психосоматичних захворювань, так і у зв'язку з генезисом психічних порушень при соматичних захворюваннях [70]. Сучасний підхід ґрунтується на інтеграції наукових і практичних досягнень міждисциплінарного характеру. Все помітніше стає пильний інтерес фахівців з внутрішньої медицини до проблем особистості, психіки пацієнта, вивчення співвідношень соматичного і психічного, зростаючої потреби у заповненні дефіциту знань з клінічної психології, необхідності врахування психосоматичного підходу як базового до лікування [53, 58].

Так, як стверджують S. Kaschur та співавт. (2016), пацієнт з ССЗ не може розглядатися як хворий тільки кардіологічного профілю без урахування чинників психосоціальної дії на його соматичний і психічний стан.

Перспективність превентивного напрямку передбачає загальну стратегію первинної і вторинної профілактики ССЗ впливом на відомі патогенетичні ланки і кардіоваскулярні чинники ризику з урахуванням особистісних і соціальних характеристик хворого [237]. Серед соціологічних характеристик чинників ризику розвитку психосоматичних та соматопсихологічних розладів називають стать (жінки більш вражені психосоматичною патологією), низький рівень освіти та соціальне положення, стресові життєві події, власне соматичні хвороби [74]. G. Hanel та співавт. (2009) проаналізовано дані 1751 пацієнта первинної ланки медичної допомоги та висновки лікарів загальної практики, які їх лікують (n=32) в Німеччині [225]. Хворі з депресією, тривогою та/або соматоформними порушеннями (основна група) були значно старші, мали нижчий рівень освіти, частіше це були жінки, у порівнянні з контрольною групою без психічних розладів. Пацієнти основної групи частіше відвідували лікаря ПМСД, мали більшу тривалість симптомів, частіше знаходилися під впливом соціального або фінансового стресу. За висновками лікарів, депресії, тривожності і виникнення коморбідних соматоформних порушень були пов'язані, при цьому зафіксовано погіршення стану хворих при наявності як депресії, так і тривожності, а не лише одного з розладів; також відмічали важкість стосунків лікаря і пацієнта, спостерігали неадекватну самостійну оцінку пацієнтами психічного розладу [225].

Досвід Н. Л. Скворцова та співавт. (2003) дозволив умовно розділити пацієнтів кардіологічного профілю на 3 групи. Перша – це люди молодого віку з діагнозами соматизованої вегетативної дисфункції з кардіологічними симптомами і різними варіантами депресивного синдрому. Друга – особи зрілого віку, які мають кардіологічну патологію (ГХ, ІХС, вади серця, постінфарктний кардіосклероз) і супутню психопатологічну симптоматику непсихотичного рівня. Третя група – особи похилого віку, у яких переважають явища психоорганічного депресивного розладу на тлі судинних захворювань мозку [153].

Сьогодні практично відсутні дослідження, що пояснюють виникнення і динаміку психосоматичних феноменів з точки зору вікового процесу, процесу старіння, що могли б забезпечити нові перспективи в терапії і профілактиці широкого спектру розладів, що так або інакше пов'язані з віковою динамікою [29, 266]. А. С. Klemt та G. Neuft (2013) розглядають віковий процес наднозологічно як специфічну психосоматичну проблему з специфічними психофізичними феноменами [241].

В Україні у структурі усіх розладів психіки та поведінки серед осіб похилого віку переважає не психотична група (65 %), яка не потребує інтенсивної стаціонарної спеціалізованої допомоги і при наявності альтернативних позалікарняних форм допомоги та обізнаності відповідних фахівців може отримувати наближену до місця проживання медичну допомогу. Водночас, сучасний стан медичної допомоги, як вважають експерти, не відповідає реальним потребам [115].

У повсякденній практиці лікарі загальної практики часто стикаються з різними проявами психічних розладів, в тому числі тривожно-депресивних, що складають 20-25 % звернень пацієнтів [184]. Симптоми патологічної тривоги виявляються у 30-40 % хворих, які звертаються до лікаря загальної практики, а проблема депресій в наш час розглядається як одна з ключових, частота яких, наприклад, у хворих з ССЗ, варіює від 18 до 60 %, що значно перевищує їх поширеність в популяції [40, 106, 184, 288].

Отримані у більшості досліджень дані щодо зниження показників фізичного і психічного компонентів здоров'я демонструють зв'язок факторів високого серцево-судинного ризику і психосоціальних чинників, обумовлених стресом, низьким матеріальним станом, відсутністю соціальної підтримки, сприяючих порушенню соціально-психологічної адаптації і пов'язаних у хворих з ССЗ з депресією [217, 223, 288], надають певної легітимності тенденції діагностики і терапії [104].

Соматизована депресія у глобальному масштабі є прихованою епідемією, оскільки лікування отримує лише незначна кількість пацієнтів. За

даними дослідження DEPRES, у Європі 43 % з 75 000 дорослих пацієнтів, які страждають на депресію, ніколи не зверталися за консультацією до лікаря. Дослідження також засвідчило, що 70 % хворих, які звернулись за консультацією, не отримали адекватної допомоги з приводу депресії [274, 294]. Головною ознакою цих розладів є періодичні або постійні скарги хворого на будь-які хворобливі соматичні прояви, які, за переконанням пацієнта, небезпечні для його здоров'я або навіть є загрозою для життя та потребують негайного медичного втручання [145, 294].

Як вважають Я. А. Накатис та співавт. (2008), важливим механізмом реалізації комплексного підходу до лікування розладів психічного здоров'я у пацієнтів з психосоматичною патологією є розвиток ринку платних послуг. Проте, у зв'язку з тим, що основний потік пацієнтів відноситься до так званого середнього класу з обмеженим доходом, затребуваність їх залишається низькою. Спроби поліпшити доходність психосоматичних центрів за рахунок введення комплексних послуг, наприклад, лікування поєднане з сеансом психотерапії або зайняттям релаксацією, не змінило ситуацію принципово. Негативним аспектом для розвитку психосоматичних центрів є те, що психотерапевтична допомога і такі форми роботи, як школи пацієнтів, не включені у бюджетне фінансування і здійснюються або за рахунок резервів медичного закладу, або як платні послуги [103]. Також автори підкреслюють необхідність наступності між стаціонарним і амбулаторним етапами лікування. Так, після короткої госпіталізації лікарі центру тривалий час спостерігають пацієнтів в амбулаторному режимі. Такий тип роботи став обґрунтуванням створення нових програм. Перша була орієнтована на хірургічних хворих. Здійснювався супровід хворих на доопераційному і післяопераційному етапах. Встановлено, що хворі набагато більше потребують допомоги психотерапевта в післяопераційному періоді, ніж в доопераційному [103]. Успішність таких програм і їх рентабельність залежать від якості взаємодії лікарів різних спеціальностей і організаторів охорони

здоров'я, оскільки передбачає подолання великої кількості клінічних і організаційних проблем.

Найбільш важливим у виявленні, розпізнанні і корекції граничних психічних розладів вважають визначення ролі сімейного лікаря (загальної практики), як центральної фігури в даному процесі, наділеної відповідальністю і правом діагностики легких і помірно виражених неускладнених станів та призначення обмеженого переліку психотропних засобів і антидепресантів [214]. Водночас, за даними В. Oliván-Blázquez та співавт. (2016), лікарі загальної практики, до яких в першу чергу звертаються хворі із стертими афективними розладами, нерідко керуються уявою про депресії з типовою картиною, а легкі й атипові, у тому числі соматизировані або масковані форми, залишаються поза їх увагою і розпізнаються лише в 2 % випадків, хоча частота соматизованих, або прихованих депресій перевищує кількість явних в 10-20 разів [265]. На думку S. Nomura (2007), лікар ПМД має оцінити симптоматику депресій, що сприяє прогнозу перебігу захворювання, а також економічної ефективності ведення пацієнта [264].

R. S. McIntyre (2009), торкаючись проблеми встановлення предикторів розвитку психосоматичних захворювань, вказує на необхідність ретельного соматичного обстеження таких пацієнтів у поліклініках і стаціонарах будь-якого типу. Автор відмічає, що метаболічний синдром, ожиріння, ЦД і ССЗ часто зустрічаються у пацієнтів з психічними порушеннями [256]. У таких хворих у порівнянні з популяцією високий ризик ранньої смертності. Частково це обумовлено нездоровим способом життя (неправильне харчування, паління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, гіподинамія), а також поширенням інших захворювань (інфекційних, деяких форм онкологічних). Крім того, хворі з різних причин часто не проходять адекватного обстеження і не дотримуються рекомендацій лікарів [256].

Про необхідність комплексного обстеження і більш диференційованого підходу до терапії пацієнтів з психосоматичними захворюваннями свідчать і фармакоеконімічні дані, отримані S. L. Tsai та співавт. (2005). Автори

наводять результати сумісної з страховими і фармацевтичними компаніями роботи по впровадженню диференційованого медичного обслуговування пацієнтів з психосоматичними розладами. На підставі результатів щорічного лікування більше 300 хворих зроблений висновок про економічну і терапевтичну ефективність виділення їх із загального потоку [287].

Спектр психотропних препаратів, що використовується в психосоматиці, досить широкий. При визначенні терапевтичної тактики необхідно оцінити структуру і тяжкість розладу для вирішення питання про місце проведення лікування і вибору класу засобів (антипсихотики, антидепресанти, анксиолітики). В умовах соматичного стаціонару і амбулаторного спостереження рекомендують сучасні ефективні і безпечні препарати 1-го ряду, що диференційовано використовуються в якості базисної і симптоматичної терапії при соматоформних, депресивних і тривожних розладах [235, 280]. До них включено засоби, що відповідають вимогам загальномедичної мережі: мінімальна вираженість небажаних нейротропних і соматотропних ефектів, які могли порушити функції внутрішніх органів, викликати/посилити шкірні алергічні реакції, а також реакції ЦНС; обмеженість ознак поведінкової токсичності; низька ймовірність небажаної взаємодії з соматотропними препаратами; безпека при передозуванні; простота використання (можливість призначення фіксованої дози або мінімальна потреба у її титрації) [51].

Адекватним для комплексної оцінки ефективності лікування в наш час вважають підхід, що враховує три площини терапевтичної динаміки: соматичну, психологічну та соціальну, а не обмежуються традиційними лікарськими симптоматичними критеріями: одужання, покращання, без змін, погіршення [68]. Поширення біопсихосоціальної концепції у медицині загальної практики призвело до актуалізації питання взаємодії фармакологічних і психотерапевтичних методів лікування у єдиній системі [63, 226]. У зв'язку з цим у процесі лікування усе частіше застосовуються методи психотерапії, основним завданням яких є подолання

зафіксованих реакцій тривоги, що призводять до формування психопатологічних проявів – страху, астенії, депресії, іпохондрії, та нейровегетативних і нейросоматичних функціонально-динамічних розладів серцево-судинної, дихальної, травної систем. Даний підхід дає позитивні результати при ГХ, ІХС (особливо у постінфарктних хворих), бронхіальній астмі, хворобах органів травлення та ревматоїдному артриті, а також при психічних розладах [105, 107]. Особливо переконливими є дані щодо застосування комбінованої терапії: специфічного лікування соматичної хвороби, антидепресантів та психокорекції з елементами психоедукації не лише значно підвищує ефективність лікування як соматичних, так і психічних розладів, а й забезпечує стійке (протягом 6-12 місяців) покращення самопочуття і відсутність рецидивів, що вказує на доцільність її подальшого застосування [9, 219].

За узагальненими даними М. Накао та Т. Takeuchi (2016), співпраця з психіатрами лікарів соматичного профілю підвищує можливості корекції психічних розладів у соматичних хворих, у тому числі депресії і тривожних розладів, які часто зустрічаються. Краще всього це ілюструє скорочення термінів госпіталізації, тривале збереження комплайенсу і висока частота повторних відвідувань лікарів в поліклінічних умовах, що значно скорочує сумарні витрати на лікування багатьох груп хворих [261].

Останнім часом, у зв'язку з інтервенцією клінічної психології в загальномедичну практику, зростає роль клінічних психологів та їх взаємодії з лікарями закладів ПМД, при цьому виділяють два головних напрями діяльності медичного психолога: організація і забезпечення психологічної допомоги в лікуванні пацієнта через визначення його психологічного статусу, структури особистості, аналізу соціальної ситуації та психологічне забезпечення профілактики і попередження розвитку захворювань [144]. Водночас, принцип детермінізму, коли стверджується, що при поясненні будь-яких психічних явищ особистість виступає як сукупність внутрішніх умов, через які переломлюються усі зовнішні впливи, що не завжди визнається і

усвідомлюється лікарями. Нерідко вони лікують хворобу, а не самого пацієнта, не враховуючи особистість хворого, його соціальний і сімейний статус, життєву ситуацію, вікові, статеві особливості тощо [206].

У концепціях сучасних авторів психосоматичні хвороби розглядаються як результат способу життя особистості, взаємодії її здібностей, преморбідних особливостей, передумов і умов розвитку і виховання, особистісних характеристик, адаптаційних ресурсів. Принцип структурності допомагає медичному психологу бачити людину як систему, розуміти її співвідношення із зовнішнім середовищем, враховувати синдромологічний напрям медицини [150, 151, 161]. S. Sánchez-Reales та співавт. (2015) узагальнено досвід залучення клінічних психологів до роботи у закладах ПМД (36 лікарів загальної практики з 6 медичних центрів) протягом одного року [273]. Обстежено 171 пацієнта амбулаторної ланки медичної допомоги з помірними психічними розладами, з яких 111 отримали психологічну допомогу. Більше половини (54,82 %) з них досягли повного одужання. Основними діагнозами були розлади адаптації, афективні розлади і тривожність. Через рік спостереження використання лікарських засобів припинили 25,19 % пацієнтів. За висновками авторів, без залучення клінічного психолога до надання первинної медичної допомоги пацієнтам з легкою психічною симптоматикою вони б залишилися недолікованими. Раннє втручання запобігає хронізації психічних проблем, про що свідчить відсутність необхідності прийому ліків. Підтвердженням доцільності є значна економія ресурсів [273].

Як підкреслює А. А. Педак (2011), проведення лікувально-реабілітаційних заходів пацієнтам з психосоматичними розладами передбачає участь бригади з кількох спеціалістів [112]. За висновками І. І. Кутько та співавт. (2015), лікар загальної практики-сімейної медицини здійснює диспансерний нагляд, лікування органної патології у відповідності з клінічними протоколами спеціалізованої допомоги, медикаментозне і немедикаментозне лікування психічних розладів, відповідно до рекомендацій лікаря-психіатра реалізує програму психотерапевтичної допомоги і

реабілітаційних заходів, складену на основі призначень лікаря-психотерапевта і клінічного психолога [81]. Психіатр консультує пацієнта для синдромологічної діагностики психічних розладів у клінічній картині психосоматичних захворювань і рекомендує лікувально-реабілітаційні заходи у відповідності з Критеріями діагностики психічних розладів і клінічними протоколами медичної допомоги. Психотерапевт консультує для уточнення особливостей зв'язаної з психосоматичними розладами соціально-психологічної дезадаптації і надає рекомендації з проведення лікування, направлено на симптоматику і корекцію порушень особистості. Клінічний психолог проводить консультування пацієнта з порушенням особистості і надає рекомендації по оптимальній адаптації до несприятливих соціальних впливів [81].

Так, для оптимізації комплексної профілактики ССЗ, асоційованих з тривожними і депресивними розладами, на думку Н. П. Гарганєвої та співавт. (2013), потрібна співпраця і взаємодія спеціалістів (терапевта, кардіолога, психіатра, психотерапевта, медичного психолога), що забезпечує ранню діагностику, своєчасне виявлення і лікування розладів тривожно-депресивного спектру на усіх етапах спостереження хворих – від стаціонарного до амбулаторно-поліклінічного в умовах ПМСД [30]. Після виписки з стаціонару хворі на ССЗ потребують подальшого диспансерного спостереження і продовження підтримуючої психотропної терапії в закладах охорони здоров'я з оцінкою динаміки стану і критеріїв ефективності терапії. Для цього в умовах первинної ланки автори рекомендують використання психодіагностичних опитувальників (HADS, HDRS – шкала Гамільтона для оцінки депресії, HARS – шкала Гамільтона для оцінки тривоги) як для виявлення ранніх ознак соціально-психологічної дезадаптації і симптомів тривоги або депресії, так і для контролю ефективності лікування, а при необхідності – організації/проведення консультування [30].

За даними Р. Раїна (2008), показник поширеності психосоматичної патології вищий у мешканців сільської місцевості і має тенденцію до

збільшення [271]. Як показано у роботі І. П. Дищук та співавт. (2010), з метою удосконалення медичної допомоги таким хворим, у міських та центральних районних лікарнях Чернівецької області були організовані денні психосоматичні стаціонари на 5-10 ліжок [50]. У процесі підготовки сімейних лікарів з числа дільничних терапевтів і педіатрів у Буковинському державному медичному університеті широко висвітлювалися питання клініки, діагностики, перебігу та лікування хворих на соматоформні і психосоматичні розлади. Лікарі-психіатри, психотерапевти та медичні психологи підвищували свою кваліфікацію на курсах тематичного удосконалення. Належній організації надання кваліфікованої медико-психологічної допомоги сприяла укомплектованість лікувальних закладів області лікарями-психологами. Такі заходи дали можливість наблизити спеціалізовану медичну допомогу до населення області, сприяли впровадженню сучасних технологій діагностики та лікування, інтеграції систем медико-психологічної, психіатричної та загальномедичної допомоги хворим на соматоформні і психосоматичні розлади [50].

Слід відмітити, що прихід у медицину лікарів, які отримують підготовку в області загальної і медичної психології, сприяє ефективному лікуванню кожного конкретного хворого, є сучасною тенденцією медичної допомоги, коли людям все складніше справлятися з життєвими проблемами, темпом сьогоденного дня, з соціально-економічним тиском тощо [41]. Стан проблеми потребує розробки алгоритмів діагностики, лікувальної тактики, профілактичних та організаційних заходів при курації соматичних хворих з коморбідними психічними розладами, а також створення навчальних програм для лікарів загальної медичної практики [69]. Наскільки швидко сімейні лікарі розпізнають ці розлади і нададуть допомогу, залежить перебіг захворювання і якість життя пацієнта [118].

В. І. Клименко (2008) обґрунтовано впровадження профілактики хвороб системи кровообігу, пов'язаних зі стресом [64]:

- впровадження процедури скринінгу психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медичної допомоги;

- навчання лікарів первинної ланки роботі з необхідним діагностичним інструментарієм та виявленню серед пацієнтів груп ризику;

- організація професійної взаємодії між лікарем загальної практики та психотерапевтом/психіатром територіальної поліклініки або консультантом-психіатром з іншого медичного закладу;

- впровадження в амбулаторні установи загальносоматичного профілю спеціалізованих психотерапевтичних кабінетів [64].

Співпраця лікарів загальносоматичного профілю (кардіолога, лікаря загальної практики, лікаря-терапевта) та психіатричної мережі (психотерапевта, медичного психолога), на думку автора, є необхідною, оскільки надає можливість здійснювати не тільки медичні заходи, але й надавати психологічну лікувально-профілактичну допомогу пацієнтам, тим самим сприяючи досягненню більш повного та стабільного кінцевого результату. Залучення психотерапевта дає змогу попередити виникнення та прогресування кардіологічної патології, сприяє підвищенню адаптації кардіологічних хворих за рахунок подолання стресу [64].

В. І. Коростій та співавт. (2010) розроблено модель реалізації мультидисциплінарного підходу до лікування психосоматичних захворювань у вигляді «децентралізованого» психосоматичного відділення: психіатр, психотерапевт, медичний психолог проводять консультативну, психотерапевтичну і психоосвітню роботу з хворими в тісній взаємодії з лікарями і персоналом неврологічного і терапевтичного відділень. Реалізується комплексна система психотерапії та психопрофілактики, спрямована на підвищення особистісного і соціального ресурсів пацієнтів, психоосвітня робота з лікарями і медичним персоналом, пацієнтами та їх родичами [77]. На недостатню ефективність лікування психосоматичних розладів у загальносоматичній мережі без залучення лікарів-психіатрів,

медичних психологів, психотерапевтів вказують І. Д. Спіріна та співавт. (2012). Одним з ключових організаційних перетворень в умовах реформування системи охорони здоров'я автори також вважають перехід до мультидисциплінарної моделі та бригадного підходу її надання [158]. Розроблена лікувально-реабілітаційна програма, що ґрунтується на послідовній реалізації таких етапів: переддіагностичного (попередня діагностика), діагностичного, невідкладної психотерапевтичної допомоги (при необхідності), базової психотерапії, реабілітації та реінтеграції хворого у суспільство, підтримуючого лікування. Перший етап здійснюється сімейним лікарем, подальші – мультидисциплінарною бригадою, включаючи лікаря-психотерапевта, медичного психолога. За висновками авторів, дана модель достатньо пластична та універсальна, як у відношенні набору етапів, їх тривалості, так і в кількості залучених спеціалістів. Мультидисциплінарний підхід до формування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів дозволяє вплинути на організм пацієнтів з метою максимально можливого усунення симптомів захворювання, відновлення професійного та соціального функціонування, а також мінімізації ризику виникнення рецидивів [158].

На думку J. Y. Nau (2007), проблема підвищення якості медичної допомоги шляхом психологічно грамотного підходу лікаря тісно пов'язана з організацією роботи психолога і його взаємодії з лікарями різних спеціальностей. Для того, щоб у лікарів виникла мотивація звернення до психолога по допомогу, вони повинні мати уявлення про психосоматичні розлади, соціально-психологічну природу цілої групи поширених захворювань [262]. Досвід вказує, що без психологічного розуміння (вивчення, концептуалізації, прогнозування тощо) і здорової і хворої людини неможливе дієве та ефективне лікування. Без взаємодії з психологією медицина перетворюється в «фельшеризм» в гіршому розумінні цього слова, тобто в лікування хвороби, а не хворого [189].

Таким чином, конвергенція медицини, психіатрії і психології – це реалії сьогодення в усуненні дисбалансу психосоматичного здоров'я. Роль

медичної практики в корекції психосоматичних розладів велика (володіння знаннями симптоматики психосоматичного розладу, застосування різних методів медикаментозного і немедикаментозного лікування), але недостатня. Компліментарним медичному стає психологічний ресурс у вирішенні психосоматичної проблеми.

Дослідження провідної ролі психогенних чинників і механізмів соматичного реагування на стресові ситуації, що лежать в основі формування найбільш поширених і соціально значущих захворювань, є актуальною тенденцією психосоматичного напрямку в ПМД. Отримані дані можуть стати підґрунтям для розробки заходів по виявленню, лікуванню, профілактиці психосоматичних захворювань в умовах психоемоційного напруження, а також їх превенції. Успішній міждисциплінарній взаємодії сприяє дотримання наступних принципів: колегіальність у рішенні питань спостереження, можливостей соціального функціонування; наступності у вирішенні питань лікувально-профілактичної допомоги; дотримання принципів медичної етики і деонтології; здійснення обліку обсягу медичної допомоги. Формування нової системи дозволить наблизити до населення високотехнологічні методи діагностики і лікування, посилити розвиток системи профілактики соціально-значимих захворювань і розширити можливості реабілітації.

В Україні психологія здоров'я проходить тільки інституційний етап становлення. До 50 % пацієнтів амбулаторної ланки медичної допомоги є практично здоровими людьми, яким потрібні консультації фахівців у галузі психічного здоров'я [168].

З метою збереження тенденції до зниження показників захворюваності населення перш за все слід звернути увагу на пріоритетність вектору реформування системи надання медичної допомоги [119, 130, 132].

Основним є:

- розвиток первинної ланки медичної допомоги;
- перехід до надання медичної допомоги на контрактних умовах;

– розвиток страхової медицини; забезпечення державою фінансових гарантій оплати обсягу медичної допомоги; впровадження фармацевтичної та кадрової політики [119, 130, 132].

Саме реалізація останніх та наявність Національної політики щодо охорони психічного здоров'я дасть можливість поліпшити не тільки усі соціально-економічні показники, але й здоров'я населення в цілому [86].

Держава має усвідомлювати, що значний вплив на формування та реалізацію її політики в сфері охорони здоров'я здійснює стан психічного здоров'я населення, яке виступає важливою складовою національної безпеки [174].

Як вже зазначалося в розділі 1.1, за останні десятиліття спостерігається погіршення стану психічного здоров'я населення, простежується й зміна самих захворювань, хоча деякі розлади не входять до жодної з нозологічних форм [62, 65]. Рівень психічного здоров'я людини визначається впливом багатьох соціальних, біологічних та психологічних чинників. До основних детермінант збільшення психічних розладів за даними досліджень: погіршення природного середовища, збільшення частоти виникнення надзвичайних ситуацій, щільність населення, інтенсивне його старіння, урбанізація, ускладнення освітніх та виробничих технологій, наростаючий інформаційний пресинг негативною інформацією, у т. ч. воєнних дій, збільшення кількості травм головного мозку та родових травм, погіршення стану фізичного здоров'я [187].

Підтверджено комплексний взаємозв'язок між психічними та фізичними порушеннями. Неліковані психічні розлади у більшості випадків є причиною несприятливих наслідків коморбідних соматичних захворювань [54, 187, 249, 302]. Формування безвідповідального самоставлення до здорового способу життя, невиконання рекомендацій щодо лікування особами з психічними порушеннями мають наслідки підвищеного ризику соматичних захворювань [54, 187].

Згідно з останніми даними у Європі психоневрологічні розлади посідають перше місце за втраченими роками у зв'язку з інвалідністю (YLD) – 36 % від усіх хронічних захворювань. У їх структурі перші місця посідають депресивні розлади (11-15 % усіх YLD), які вже стають основним хронічним захворюванням в Європі, а тому ВООЗ приділяє значну увагу даній проблемі через її негативні тенденції [25, 54, 187, 303].

За даними Державної служби статистики України, через розлади психіки неспокійного характеру в 2014 р. страждали (з переважною більшістю депресивних розладів) 481 763 особи [187, 188]. У період 2008-2012 рр. поширеність депресивних розладів підвищилась від 65,37 до 73,6 осіб на 100 тис. населення, а захворюваність – з 8,74 до 9,06 на 100 тис. населення. Незначне зростання випадків неспокійних психічних розладів, а саме, депресивних, пояснюються складними трансформаційними та негативними демографічними процесами (зубожіння населення, військовий конфлікт, соціально-економічна криза), і як наслідок, недбале ставлення до власного здоров'я, а також не завжди ефективну роботу ЗОЗ [187]. Це вказує на неналежну організацію раннього виявлення, реєстрації та надання медичної допомоги людям із психосоматичними порушеннями [62, 121, 187]. На думку асоціації психіатрів України, такий результат пов'язаний з відсутністю в діагностиці та лікуванні депресії такої ланки, як лікар загальної практики-сімейної медицини; хоча депресія й виліковна, та переважна більшість хворих залишається без лікування [121, 187].

Слід зазначити, що воєнні дії на Донбасі посилили в державі внутрішньоміграційні процеси. Україна зіткнулась із великою кількістю тимчасово переміщених осіб та військовослужбовців, які приймають участь у воєнному конфлікті; переважна більшість отримали фізичні та психологічні травми, які відображаються на психічному здоров'ї. За даними ВООЗ, під час надзвичайних ситуацій внаслідок дії депресії та тривожних розладів потерпає кожна п'ята особа [54, 187].

Державна політика у сфері охорони здоров'я має ґрунтуватися на системному підході щодо вирішення цих проблем. Досвід країн світу вказує на необхідність створення комплексу досконалих та дієвих законодавчих актів.

Програма психічного здоров'я нації є стратегічним напрямком держави. Визнання вектору психічного здоров'я передбачає пріоритетні, конкретні та дієві кроки зміцнення його в суспільстві. Подібні програми діють в країнах Європейського Союзу, зокрема Німеччині, Польщі. Основними можливими важелями впливу на ситуацію у сфері психічного здоров'я визначеними у документах, розроблених Всесвітньою Психіатричною асоціацією, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, та Європейською психіатричною асоціацією [23].

Керуючись принципами Гельсінської декларації (2005), до першочергових завдань у сфері психічного здоров'я ВООЗ визначає [23, 86]:

- сприяти усвідомленню психічного благополуччя;
- здійснювати сумісні дії, спрямовані на боротьбу зі стигматизацією, дискримінацією та нерівністю, а також розширювати права й можливості осіб із вадами психічного здоров'я та членів їхніх родин, надавати підтримку з метою їх залучення до активної участі у цьому процесі;
- розробляти та впроваджувати комплексні, інтегровані та ефективні системи охорони психічного здоров'я, включаючи такі фактори, як зміцнення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд і відновлення здоров'я;
- забезпечувати задоволення потреб у кваліфікованому персоналі, який спроможний ефективно працювати у сфері психічного здоров'я;
- визнати важливе значення знань і досвіду користувачів служб охорони психічного здоров'я й осіб, які здійснюють за ними догляд, як основи для планування та розвитку таких служб [23, 86].

Висновки до розділу 1

1. Аналіз даних наукової літератури засвідчив, що тривале зростання соціальної напруги внаслідок екстремальних подій в суспільстві сприяє розвитку різноманітних проявів психічних розладів. Ця проблема особливо актуальна для населення України, яке потерпає від військових подій, економічної кризи, політичних катаклізмів.

2. Особливості проявів психічних розладів обумовлюють потреби населення переважно в амбулаторній допомозі. Це, в свою чергу, вимагає участі лікаря загальної практики-сімейного лікаря, як найбільш доступного для широких верств населення, у спостереженні та лікуванні таких хворих і його тісної співпраці з психологами, психотерапевтами, психіатрами, а також «вузькими» спеціалістами терапевтичного профілю.

3. За даними наукових досліджень, в Україні вже накопичений досвід мультидисциплінарного підходу до надання первинної медичної допомоги хворим з проявами психічних розладів на прикладі пацієнтів з хворобами системи кровообігу. Однак зростання поширеності непсихотичних психічних розладів та широкий спектр психосоматичних захворювань, з якими стикаються лікарі первинної медичної допомоги, вказують на масштабність і невирішеність проблеми, та, як наслідок, підтверджують актуальність і доцільність продовження дослідження чинників ризику проявів психічних розладів, а також обґрунтування та розробки моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наступні наукові публікації [311, 314, 321].

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення визначеної мети – обґрунтувати, розробити та впровадити модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу – вимагало розробки програми дослідження (рис. 2.1). Методичне забезпечення дослідження ґрунтувалося на методології і методах соціальної медицини та включало: методи системного підходу та аналізу, бібліосемантичний, епідеміологічний, соціологічний, медико-статистичний, моделювання та експертних оцінок.

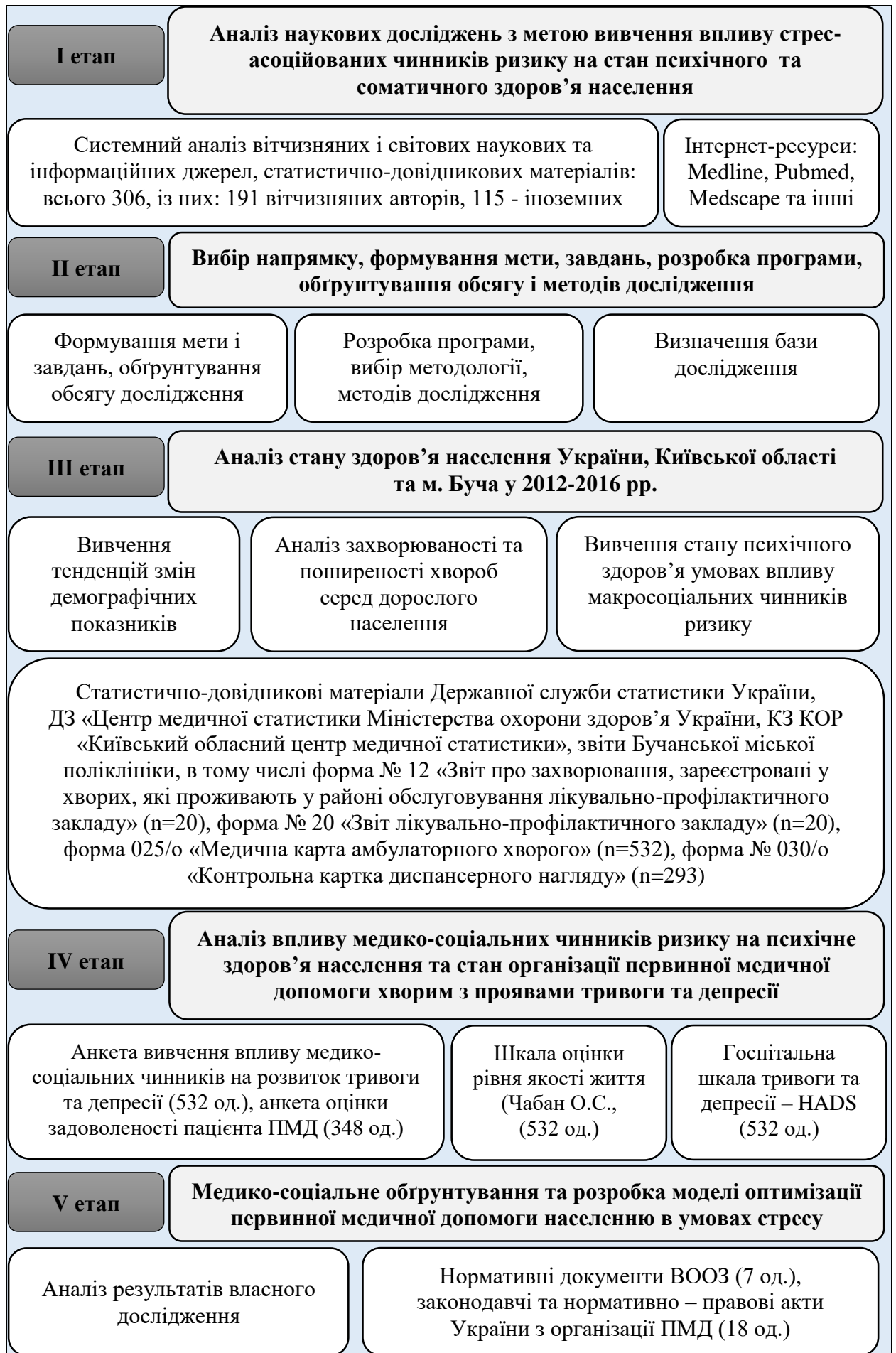
Дисертаційна робота виконувалась у шість організаційних етапів, кожен із яких включав конкретні завдання, спрямовані на досягнення мети дослідження в межах даного етапу. Результати, отримані на кожному етапі, конкретизували завдання дослідження, ставали підґрунтям для наступних етапів, в тому числі й для узагальнення одержаних даних, висновків та підстав для наукового обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу. Такий структурований підхід до визначення завдань дослідження забезпечував системність, комплексність та достовірність результатів останнього.

Об'єктом дослідження обрано систему надання первинної медичної допомоги населенню.

Дослідження проводилось впродовж 2008-2019 років.

Перший етап передбачав аналіз вітчизняних і світових наукових та інформаційних джерел, статистично-довідникових матеріалів з метою вивчення впливу стрес-асоційованих чинників ризику на стан психічного і соматичного здоров'я населення.

Результати реалізації завдань даного етапу дозволили ідентифікувати зазначені чинники та зробити висновки, що через вплив на них можна зменшувати шкідливість їх дії та їх необхідно враховувати при наданні медичної допомоги.



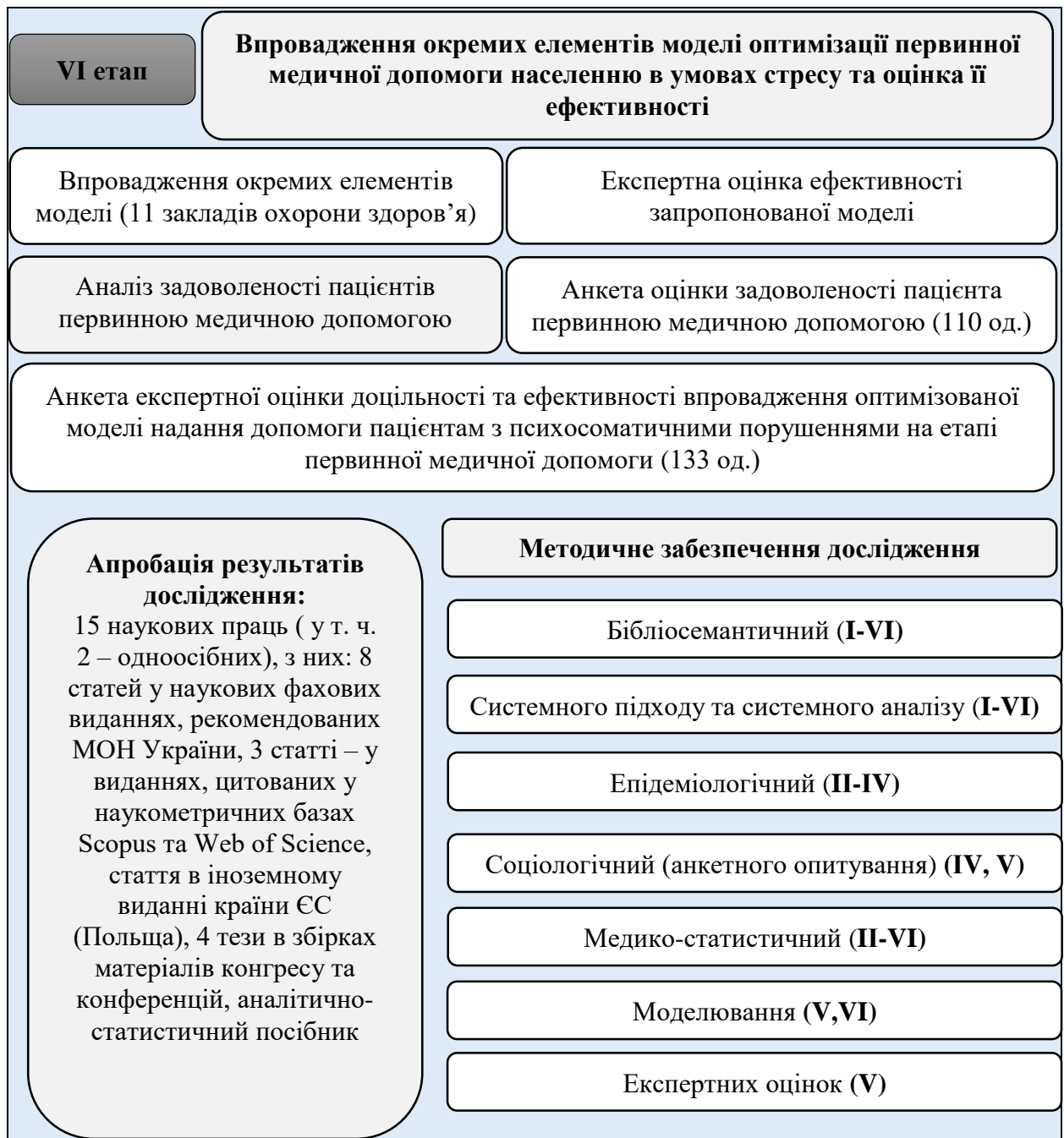


Рис. 2.1. Програма, матеріали, обсяг та методи дослідження

В межах даного етапу проаналізовано 306 джерел наукової літератури, в т. ч. 115 іноземних, що дозволило визначити коло невирішених питань, конкретизувати напрямок, об'єкт та предмет дослідження.

Пошук наукової інформації здійснено через інтернет-ресурси Національної наукової медичної бібліотеки України [<http://https://library.gov.ua/>], Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського [<http://www.nbuv.gov.ua/>], «PubMed»

[<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>], «eLIBRARY.RU» [<http://elibrary.ru/>], «Medscape» [<https://www.medscape.com/publichealth/>]; використані ключові слова: первинна медична допомога, психічне здоров'я, стрес, розвиток та перебіг хвороб, чинник впливу та інші.

Другий етап включав визначення напрямку, формування мети, завдань, розробку програми, вибір методів та бази дослідження на основі вивчення стану наукових розробок за темою дослідження на першому етапі [79].

Зокрема, складовою другого етапу стала розробка методологічних інструментів дослідження – анкетних опитувальників. Розроблені форми були обговорені та затверджені на засіданні комісії з питань етики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України (Протокол № 10 від 19 грудня 2016 року). Збір даних та проведення статистичної обробки матеріалів здійснював дисертант.

При дослідженні психологічної сфери хворого з врахуванням характеру соматичного захворювання та особливостей соціально-психологічної структури особистості основна увага була спрямована і ґрунтувалась на усвідомленні та розумінні індивідуально-психологічних, статевих, вікових відмінностей пацієнтів внаслідок впливу стрес-асоційованих чинників, як глобалізація і пов'язані з нею масові впливи, та інших стресорів, таких як фізичні, хімічні, біологічні, соціальні й психологічні [12, 149].

Після обговорення наявних психологічних проблем, за згодою, відбувалось заповнення анкет; пацієнти були обізнані, що таке спілкування проводиться в рамках наукового дослідження.

Передбачувана кількість респондентів для анкетного опитування розраховувалась за формулою (2.1) [59]:

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq} \quad (2.1)$$

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення (2);

p – ймовірність наявності ознаки (0,5);

q – ймовірність відсутності ознаки (0,5);

N – обсяг генеральної сукупності;

Δ – припустима помилка у медико-соціологічних дослідженнях (максимальна величина припустимої помилки становить $\pm 5\%$).

Отже, розрахунки для вибіркової сукупності пацієнтів складали:

$$n = \frac{2^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 16048}{16048 \cdot 0,05^2 + 2^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 390 \text{ пацієнтів.}$$

Тобто, для забезпечення репрезентативності вибірки необхідно було опитати не менш як 390 пацієнтів.

Виявили готовність взяти участь у опитуванні 558 осіб. По результатам проведеного анкетування фактично використані 532 анкети (136 чоловіків та 396 жінок) з 558 заповнених респондентами. Поза дослідженням залишилися 26 (4,66 %) неякісно заповнених анкет. Отже, обсяг опитувань репрезентативно представляв контингент пацієнтів, які відвідали заклад охорони здоров'я, де проводилось дослідження, та отримали медичну послугу.

Під час вибору комплексу методик враховувались та дотримувались принципи: простота у використанні, їх взаємодоповнення, доступність та швидкість у проведенні, достовірність результатів [79, 90].

Доопрацювання по змісту анкет проводилось на основі аналізу результатів літературних джерел з урахуванням вимог ВООЗ [24, 26, 27, 35, 139, 181, 300].

На даному етапі були розроблені та визначені для використання на відповідних етапах наступні інструменти дослідження:

1. Анкета вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб [Додаток Б-1] [67];
2. Госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS [Додаток Б-2] [67];

3. Шкала оцінки рівня якості життя (за Чабан О. С., 2008) [Додаток Б-3] [183];

4. Анкета оцінки задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою [Додаток Б-4];

5. Анкета експертної оцінки доцільності та ефективності впровадження оптимізованої моделі надання допомоги пацієнтам з психосоматичними порушеннями на етапі первинної медичної допомоги [Додаток Б-5].

Для оцінки рівня духовного, психічного, соматичного, соціального здоров'я, розроблена у відділі медико-соціальних проблем державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України «Анкета вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб кровообігу», адаптована до дослідження та складалась із 33 питань [67].

В паспортній частині містились питання, що мали відношення до соціально-демографічних характеристик (вік, стать, місце проживання сімейний статус, освіта).

До анкети були включені питання, які мають один з двох варіантів відповіді («Так» або «Ні»), а також ті, котрі надавали можливість пацієнту вибрати найбільш оптимальне для нього поєднання різних варіантів.

Декілька питань містили спеціально відведені рядки для написання респондентом важливої й необхідної, на його думку, інформації.

Оцінку впливу мікросоціальних чинників ризику на психосоматичний рівень здоров'я пацієнтів здійснювалось шляхом аналізу задоволеності виконуваною роботою, психологічними та санітарно-технічними умовами праці.

За даними ВООЗ не меншої уваги заслуговують [297]:

- біологічні фактори ризику – надлишкова маса тіла, гіпертензія, порушення жирового та вуглеводного обміну;

- наявність шкідливих звичок – споживання тютюнових та алкогольних виробів, порушення раціону харчування;

- оцінка пацієнтом рівня свого здоров'я, рівня фізичної активності;
- соціально-економічних умов – сімейний стан, родинні взаємовідносини, добробут, наявність освіти, наявність місця роботи [297].

Перенесений стрес та його хронізація має несприятливий вплив на розвиток і перебіг хвороби. Ефективність медичної допомоги має місце в тих випадках, коли виявлено причини до розвитку та перебігу хвороби, що підтверджено проведеними дослідженнями за допомогою методик.

Неминучий майже постійний вплив несприятливих чинників становлять серйозну загрозу для психічного здоров'я людини [177]. Говорячи іншими словами, у повсякденному житті важлива не тільки кількість стресових ситуацій, з якими ми контактуємо, але й як кожен з нас на них реагує [177]. Основними проявами впливу стресових чинників на організм людини є тривога і депресія. Ризик розвитку їх поглиблюється через фізичні хвороби, залежність від наркотиків чи алкоголю, негативні життєві обставини, безробіття, бідність, розрив відносин чи втрату близької людини, стихійного лиха, війни тощо [28].

Проведення діагностики та оцінки рівня психічного здоров'я, його вплив на прояв соматичних симптомів було виконано за допомогою загальнозживаної методики – госпітальної шкали тривоги та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Саме вона має високу дискримінантну валідність стосовно двох розладів: депресії та тривоги [2, 178].

На відміну від інших опитувальників є простим у застосуванні (заповнення не потребувало багато часу і не викликало труднощів у пацієнтів), що дозволило використати його в умовах первинної медичної допомоги [305]. Усі симптоми депресії та тривоги, які могли бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад головний біль, запаморочення тощо) при формуванні шкал виключались [2].

Формування субшкали депресії здійснювалося на основі симптомів та скарг пацієнтів, у яких проявлялася ангедонія депресивного розладу [71], а

складових тривоги – стандартизованим клінічним інтерв'ю (Present State Examination), що виявляє психологічні прояви [211, 259].

Субшкали тривоги та депресії містять по 7 питань. Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповідей, за ступенем наростання симптоматики, від 0 балів до 3 (максимальна її вираженість). Бланк шкали видавався пацієнтам для самостійного заповнення. За результатами оцінки емоційного стану, при інтерпретації даних було враховано сумарний показник за кожною підшкалою (T і D), при цьому виділяли 3 групи: пацієнти, що набрали 0–7 балів – оцінювалось, як норма; 8–10 балів – оцінено як хворих з субклінічно вираженою тривогою/депресією; 11 балів і вище – оцінено як хворих з клінічно вираженою тривогою та депресією [87, 178]. Усі пацієнти з наявними ознаками з субклінічно або клінічно вираженою тривогою та депресією потребували більш глибокого обстеження.

Здійснення моніторингу якості життя з метою покращення та підвищення його рівня грає важливу роль у прийнятті управлінських рішень як на регіональному, так і на національному рівнях.

Якість життя інколи є наслідком впливу дії хвороби на людину і є одним з основних критеріїв оцінки тяжкості клінічного перебігу захворювань та ефективності їх реабілітації.

Економічний розвиток України вимагає теоретико-методологічного обґрунтування проблем дослідження структури якості життя населення, механізмів їх вирішення та нових підходів на сучасному етапі, як країни в цілому, так і регіонів в умовах децентралізації. Людський розвиток – це процес зростання людських можливостей за рахунок тривалого та здорового життя, рівня освіченості, користування політичними й економічними свободами, правами людини, суспільною повагою до особистості. Це і процес розширення вибору, і досягнутий рівень добробуту. Основна мета розвитку – зростання якості життя [186].

Саме поняття «Якість життя» є комплексним, воно враховує різноманітні аспекти людського життя (психологічне, фізичне, соціальне

здоров'я) [48, 88]. Саме ці аспекти враховані Всесвітньою організацією охорони здоров'я та сформульовано наступне визначення якості життя людини: «Якість життя – це властивість сприйняття індивідом своєї позиції в житті через культуру та систему цінностей в яких живе, у відповідності до його очікувань, цілей, норм, турбот, а також рівня задоволення життям та іншими складовими психологічного комфорту» [183].

З погляду оцінювання якості життя є багатовимірною величиною, і з метою адекватної її оцінки треба брати за основу національну матрицю індикаторів, максимально адаптовану до державної статистики [88].

В залежності від сфер людської життєдіяльності виділяють: природне, соціальне, економічне та суспільно-політичне середовища. Відповідно до специфіки визначального впливу кожного з цих середовищ, високого рівня якості життя можна досягти при оптимальному балансі усіх вказаних компонентів: психологічний (емоціональний фон, в тому числі відчуття щастя чи страждання, увага, мислення, самооцінка), фізичний (сон, відпочинок, активність, рухомість, можливість самообслуговування, втома, біль, сила тощо), навколишнє середовище (побут, безпека, добробут, якість та доступність медичних послуг, екологія, дозвілля, вплив стресів і надмірних тривог, достатності часу на відпочинок тощо), соціальний (соціальна активність, контакти, міжособистісні стосунки, можливість участі в суспільній діяльності, обмеження можливостей щодо стану здоров'я, навчання, роботи, відпочинку), сформованості світогляду та духовності (особисті переконання, релігія), рівень самостійності (працездатність, повсякденна активність, залежність від оточення), загального сприйняття стану свого здоров'я та благополуччя (рис. 2.2) [20, 56, 88, 162, 186]. Саме ці основні критерії ВООЗ застосовані для оцінки загальної якості життя людини в особистісному опитувальнику – WHOQOL-BREF [296].

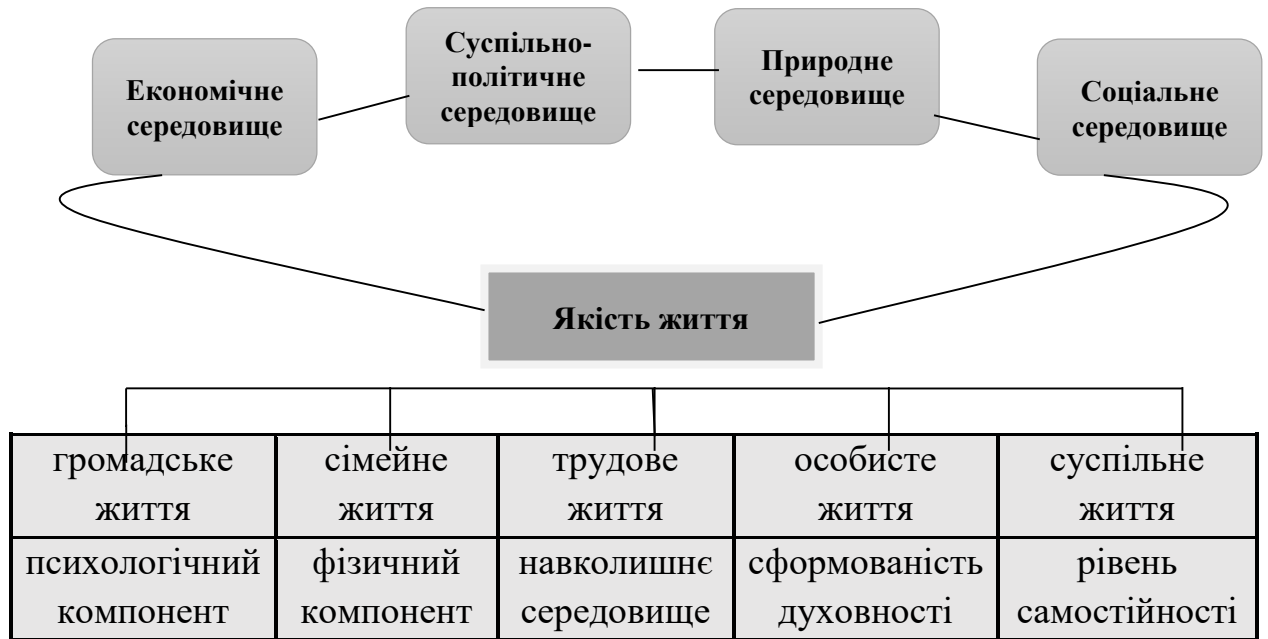


Рис.2.2 Сприйняття загального стану свого здоров'я та благополуччя

Трансформаційні процеси суспільства впровадили термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (HRQL), та дозволили відмежувати його від більш широкого поняття «якість життя». «Якість життя, пов'язана зі здоров'ям» дозволила більш точно встановити складові, їх вплив на перебіг хвороби під час лікування [162].

Основним інструментом для визначення якості життя є опитувальник. В світі існують різноманітні опитувальники за допомогою яких здійснюється оцінка якості життя (HRQL). Так, анкета MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form) побудована для дослідження стану здоров'я та включає в себе одну багатоцільову шкалу, яка оцінює вісім концепцій охорони здоров'я: 1) обмеження фізичних навантажень через проблеми зі здоров'ям; 2) обмеження у соціальній діяльності через фізичні чи емоційні проблеми; 3) обмеження в звичайних рольових діях через проблеми фізичного здоров'я; 4) тілесний біль; 5) загальне психічне здоров'я (психологічне лихо і благополуччя); 6) обмеження в звичайних рольових діях через емоційні проблеми; 7) життєздатність (енергія та стомлюваність); і 8) загальне

сприйняття здоров'я. Особливістю даного анкетування є можливість здійснити оцінку якості життя респондентів з різними нозологіями [286, 291].

Одним з інструментом оцінки якості життя слід відмітити європейський опитувальник якості життя – EuroQol-5D-5L. Останній добре валідований, простий в заповненні та потребує не більше 5-ти хвилин для його опрацювання. Опитувальник складається з двох частин: перша – містить п'ять розділів (рухливість, самообслуговування, активність у повсякденному житті, біль/дискомфорт, занепокоєння/депресія), кожен з яких включає п'ять варіантів відповідей в залежності від вираженості проблеми; друга – складається з градуйованої від 0 (найгірший показник) до 100 (найкращий стан здоров'я) шкали [212, 276]. Перша частина відповідей формує профіль стану здоров'я (EQ5Qprofile), який в подальшому використовується у розрахунках показника індексу здоров'я (EQ5Qutility), друга – відображає стан здоров'я респондента на момент заповнення та формує кількісну оцінку загального стану здоров'я [7]. Надійність опитувальника EuroQol-5D-5L це здатність інструменту давати постійні і точні вимірювання за умови відсутності змін в стані здоров'я респондента за певний період часу [7]. Не менш значими є такі опитувальники: The Quality of Well-Being Scale (QWB) – якості благополуччя [238, 279], Nottingham Health Profile (NHP) – Ноттінгемський профіль здоров'я [232], Sickness Impact Profile 68 (SIP68) – профіль впливу хвороби [210, 269], Dartmouth primary Care Cooperative Information Project Charts (COOP) [289], Quality of Life Index – Індекс якості життя [88], Health Utilities Index (HUI) [231], Patient Health Questionnaire (PHQ) – Опитувальник здоров'я пацієнта [116, 233].

Валідність вищезазначених опитувальників дозволяє їх використовувати для різних нозологічних форм, та здійснювати порівняльну оцінку впливу різних чинників на якість життя пацієнтів, в тому числі на груповому рівні; спільні критерії методик проявляються у простоті, стислості, багатомірності, прийнятності до використання в багатьох мовних та соціальних культурах [56].

Серед вітчизняних опитувальників (HRQL) слід відмітити шкалу оцінки якості життя «Шкала оцінки рівня якості життя» (Чабан О. С.), яка врахувала недоліки вищезгаданих шкал та в загальному адаптована до вітчизняних досліджень. Враховуючи високу валідність та надійність даного опитувальника, ми його використали в адаптованій формі для досягнення мети дисертаційного дослідження [183].

Опитувальник містить 10 запитань (оцінка себе здоровим, реалізованість, любов, задоволення, друзі, соціальна активність, фінансове благополуччя, сумісне проведення часу з сім'єю, з друзями, задоволення від роботи, діяльності, соціальний статус), які відображають соціальне буття людини в суспільстві та є певним показником «якості життя, що пов'язане зі здоров'ям» (HRQL); кожне питання має 4 варіанти відповідей в залежності від ступеня суб'єктивної оцінки респондента якості життя. Результат оцінки встановлює якість життя, як вкрай низьку (менше 7-ми балів), низьку (7-12), середню (13-18), високу (19-24) та дуже високу (25-39) [143, 182, 183].

Анкетування респондентів щодо оцінки задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою здійснювалося за новітніми технологіями. Анкета була створена в електронному вигляді в додатку «Google диск» за допомогою сервісу «Google Форми». Нами був застосований спосіб збору інформації шляхом онлайн-інтернет-опитування [89]. Анкета розповсюджувалася у соціальній мережі Facebook та Viber групи зі зверненням до пацієнтів долучитися до опитування. У зверненні до респондентів зазначено, що анкета є анонімною, а результати будуть використанні для наукових цілей.

З метою визначення обґрунтованості вибору спеціаліста хворими при первинному звертанні виникла необхідність проведення експертної оцінки медичних карток амбулаторних хворих КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги», обраного базою дослідження. Оскільки фахово провести експертну оцінку з визначення обґрунтованості звертань могли лікарі, задіяні у клінічному процесі, автором наукової роботи було ініційовано

створення експертної комісії, до складу якої увійшли 7 лікарів, які мали лікарські категорії за спеціальностями «Загальна практика-сімейна медицина», «Терапія», «Педіатрія» (вищу – 4, першу – 2, без категорії – 1). Склад комісії було затверджено наказом головного лікаря №27/ОД від 18.01.2019 року [Додаток В-2].

З метою визначення ефективності моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу методом експертної оцінки на другому етапі дослідження розроблено анкету експертної оцінки [Додаток Б-5] [33, 38]. Питання анкети було сформульовано по типу «Так», «Ні» або «Інше», крім анкетних даних. Результати експертного дослідження, як і на попередньому етапі, піддавались статистичній обробці даних, аналізу, інтерпретації та узагальненню.

Результати експертної оцінки перевірялись на предмет узгодженості думок експертів з застосуванням коефіцієнту варіації: 10 % – високий ступінь, 10-20 % – середній, більш як 20 % – низький ступінь узгодженості думок експертів [33, 38].

Метою *третього етапу* було вивчення та проведення детального аналізу динаміки стану здоров'я населення України, зокрема, Київської області, та м. Буча, у 2012-2016 роках.

Вивчено та проаналізовано тенденції змін демографічних показників, захворюваності та поширеності захворювань серед населення за основними класами хвороб, визначених в МКХ-10. Особливу увагу приділено аналізу показників стану психічного здоров'я населення в умовах впливу стрес-асоційованих чинників.

Матеріалами на цьому етапі дослідження стали: статистично-довідникові матеріали, статистична звітність Державної служби статистики України, державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, комунального закладу Київської обласної ради «Київський обласний центр медичної статистики», статистичні звіти роботи Бучанської міської поліклініки Київської області, медичні карти амбулаторних

хворих (ф. 025/о) (n=532), контрольні карти диспансерного нагляду (ф. № 030/о) (n=293).

На *четвертому етапі* проведено комплексну оцінку впливу медико-соціальних чинників ризику на розвиток та перебіг проявів розладів психосоматичного здоров'я – тривоги та депресії - населення м. Буча Київської області.

Вивчалась також задоволеність пацієнтів первинною медичною допомогою та лояльність до рекомендацій сімейного лікаря в разі звернення при відчутті неспокою, тривоги, депресії.

В обстеженні було задіяно 532 пацієнта (136 чоловіків, 396 жінки), які зверталися за консультацією, медичною допомогою чи перебували на амбулаторному лікуванні у лікаря-терапевта дільничного та лікаря ЗПСМ Бучанської міської поліклініки Київської області.

В якості матеріалів дослідження на даному етапі використані заповнені анкетні опитувальники з вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб [Додаток Б-1], госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS [Додаток Б-2], шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.) [Додаток Б-3], анкета оцінки задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою [Додаток Б-4].

За підсумками опитування, вікові межі респондентів становили 18-84 роки; середній вік чоловіків склав – $43,7 \pm 15,8$ років, жінок – $40,1 \pm 16,8$. В групі «До 30 років» вибірка складалась з 136 осіб. Сформовано розподіл пацієнтів на групи за класами хвороб: з хворобами органів травлення – 106 осіб, системи кровообігу – 92, органів дихання – 80, ендокринної, розладу харчування та порушення обміну речовин – 71, нервової – 62, сечостатевої системи – 38, новоутвореннями – 35 осіб. Віковий діапазон респондентів (мінімальний – максимальний вік) у групі з захворюваннями склав 19-84 роки, у групі без соматичної патології – 18-83 роки.

Результати заповнених анкет в цифровій формі вносились до бази даних, формування яких, статистична обробка та аналіз одержаних даних

здійснювалася за допомогою програмного забезпечення OpenOffice, ліцензованої програми STATISTICA 6.1, STATA / SE 12.0 для Windows.

Статистична обробка категорійних даних та їх достовірність проводилась шляхом розрахунку частоти ознак на 100 опитаних та похибки ($\pm m$) для відносних величин [47, 99]. Оскільки кінцеві дані відносились до категорійних (якісних), в різних групах спостереження оцінка достовірності їх різниці та перевірка нульової гіпотези виконувалась за допомогою розрахунку критерію відповідності хі-квадрат (χ^2) Пірсона [10, 59, 99].

З метою визначення вагомості впливу чинників ризику на розвиток та перебіг соматичної патології була задіяна методика розрахунку відношення шансів (Odds Ratio, OR) [47, 84, 99]:

$$OR = \frac{A/B}{C/D} = \frac{AD}{BC} \quad (2.2)$$

де:

OR – відношення шансів;

A – кількість осіб основної (базової) групи, у яких в ретроспективі був досліджуваний чинник впливу;

B – кількість осіб основної групи, у якого його не було (група контролю);

C – кількість осіб групи порівняння, у яких був досліджуваний чинник впливу;

D – кількість осіб групи порівняння, у яких не було.

Щоб встановити 95 % довірчого інтервалу (95 % Confidential Interval, 95 % CI) розраховували похибку показника (m_0) відношення шансів; нижню та верхню границю визначали за формулою [10, 31]:

$$OR(95\%CI) = \ln(OR) \pm 1,96m_0 \quad (2.3)$$

де значення символів вказано вище.

Вплив досліджуваного чинника розцінювався як несуттєвий якщо 95 % СІ містив одиницю [10, 31].

В цій частині дослідження експертною комісією проводилась експертна оцінка обґрунтованості вибору спеціаліста хворими при первинному звертанні. Було перевірено 532 медичні карти амбулаторних хворих; результати експертної оцінки, які були використані в якості матеріалів дослідження, представлені у висновку експертної комісії.

Основним завданням *п'ятого етапу* дослідження було медико-соціальне обґрунтування та розробка моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу.

Обґрунтування та розробка зазначеної моделі здійснювались на основі програмних документів ВООЗ (7 од.), вітчизняних законодавчих і нормативно-правових актів (18 од.) та узагальненого аналізу результатів власного дослідження, отриманих на його етапах. Суттєвими елементами обґрунтованої та розробленої моделі стали профілактика та своєчасна діагностика проявів розладів психічного здоров'я у пацієнтів лікарем загальної практики-сімейним лікарем та чинників ризику розвитку тривоги та депресії. Сприйняття людини як біосоціальної істоти дає можливість майбутньому лікарю не тільки оптимізувати процес діагностики, але й підвищити ефективність лікувальних та психотерапевтичних впливів [12].

Заключний, *шостий етап* дослідження, присвячувався впровадженню окремих елементів розробленої моделі в практику роботи закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги та оцінці їх ефективності.

Основним елементом запропонованої моделі, який впроваджувався в одному з закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги, що слугував базою дослідження, обрано алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я.

Впровадження відбувалось в декілька етапів: спочатку автором наукової роботи було організовано навчання лікарів загальної практики-сімейних

лікарів, терапевтів, педіатрів з метою оволодіння ними профілактичними, організаційними і консультативно-діагностичними технологіями, що входять до складу запропонованого алгоритму, за погодженням адміністрації закладів.

Надалі лікарі застосовували технології алгоритму під час надання медичної допомоги хворим.

Завершальний етап включав оцінку соціальної та медичної ефективності алгоритму.

Одним з методів оцінки соціальної ефективності є встановлення ступеню задоволеності пацієнтів одержаною медичною допомогою [247] та оцінка динаміки їх лояльності до призначеного обстеження, лікування, рекомендацій лікаря. Оцінка соціальної ефективності за результатами одержаних медичних послуг в закладах первинної медичної допомоги була здійснена методом повторного соціологічного дослідження серед пацієнтів з використанням відповідної анкети [Додаток Б-4], розробленої на другому етапі дослідження.

В опитуванні прийняли участь пацієнти в кількості 110 осіб, які були обстежені та отримали профілактичні і лікувально-діагностичні заходи на персональному рівні за запропонованим автором наукової роботи алгоритмом медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я. В закладі охорони здоров'я первинної медичної допомоги, де проводилось опитування з метою оцінки ефективності впроваджених елементів запропонованої моделі, найшли своє втілення також удосконалені за змістом і формою подання освітні заходи, розраховані на усіх відвідувачів закладу. Дані опитування порівнювались з аналогічними даними опитування осіб (348 пацієнтів) до впровадження авторського алгоритму та удосконалених інформаційно-освітніх технологій групового рівня.

Оцінка медичної ефективності проводилась шляхом аналізу динаміки кількості випадків направлень пацієнтів лікарем загальної практики-сімейним лікарем на консультацію до лікарів вторинної/третинної медичної допомоги

до і після впровадження алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я, для чого використовувались медичні карти амбулаторних хворих та журнали обліку направлень хворих до «вузьких» спеціалістів.

На завершальному, шостому етапі, проводилась також експертна оцінка запропонованої моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу досвідченими експертами з використанням анкети експертної оцінки (133 од.) [Додаток Б-5].

Отже, запропонована програма та використані методи дослідження дозволили вирішити поставлені завдання, вивчити сучасні світові наукові розробки з досліджуваної проблеми, отримати достовірні результати для медико-соціального обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, а також визначити проблемні питання з організації профілактичної допомоги.

Висновки до розділу 2

1. Розробка спеціальної програми з використанням основних методів соціальної медицини – системного підходу та системного аналізу - дозволила визначити етапи дослідження, узгоджені із завданнями, необхідні обсяги фактичного матеріалу, терміни спостереження та методика, які б гарантували отримання достовірних і репрезентативних результатів.

2. Багаторівнева структура дослідження забезпечила його комплексність, а аналіз результатів, отриманих на попередніх етапах, ставав основою для розробки завдань наступних етапів та узагальнення отриманих даних з оцінкою їх значимості для досягнення мети дослідження.

3. Використані джерела наукової та директивної інформації, а також дані власного дослідження дозволили всебічно, достовірно вивчити й надати оцінку існуючим проблемам організації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу та визначити шляхи їх вирішення.

4. Використання сучасних комп'ютерних технологій та відповідного програмного забезпечення, комплексу методів соціальної медицини: системного підходу та системного аналізу, бібліосемантичного, соціологічного (анкетного опитування), медико-статистичного, моделювання, епідеміологічного, експертних оцінок дало можливість провести статистичні розрахунки та отримати достовірні результати, а також забезпечити наочність останніх, одночасно виконати порівняльний аналіз та провести оцінку ефективності розробленої та впровадженої моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наукову статтю [307].

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА М. БУЧА У 2012-2016 РОКАХ

Складовими формування здорового суспільства є фізичне й психічне здоров'я її окремих індивідів, які забезпечують економічний і соціальний розвиток [67]. Складна демографічна ситуація вимагає підвищення якості життя та зміцнення здоров'я, що потребує дослідження тенденцій та взаємозв'язків: захворюваності та поширеності хвороб; смертності та її структури, причин та чинників, що впливають на ці процеси [98].

3.1. Основні демографічні показники населення

З метою визначення стану здоров'я населення проводився системний аналіз показників: народжуваності, смертності, середньої очікуваної тривалості життя, захворюваності та поширеності хвороб (хворобливості). Пріоритетна увага приділялась показникам захворюваності, які вивчались на підставі аналізу документації, що використовується в умовах надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, а саме: листків непрацездатності; медичних карт амбулаторних хворих, обліково-звітних форм медичної статистичної звітності і т. і. Аналіз здійснювався на підставі кількісних (рівень захворюваності), якісних (структура захворюваності) та індивідуальних (кратність перенесених за рік захворювань) оцінок [117].

Дані Державної служби статистики свідчать, що в Україні за період дослідження (2012-2016 рр.) відбулося скорочення загальної чисельності населення з 43289,4 тис. осіб у 2012 р. до 42760,5 тис. осіб у 2016 р., тобто населення скоротилося на 1,01 %. Разом з тим населення Київської області за вказаний період збільшилося на 0,99 % [49, 62, 94, 101, 142, 188]. Вірогідно, це пов'язано з тим, що урбанізаційні процеси в країні та військовий конфлікт на

Сході прискорили міграційних рух населення та його розселення в м. Києві та Київській області.

Аналіз динаміки показників народжуваності засвідчив, що за 2012-2016 рр. відбувалось зниження народжуваності, як в Україні (з 11,4 ‰ до 9,3 ‰, так і в Київській області (з 12,2 ‰ до 11,0 ‰ (рис. 3.1) [49, 62, 94, 101, 142, 188].

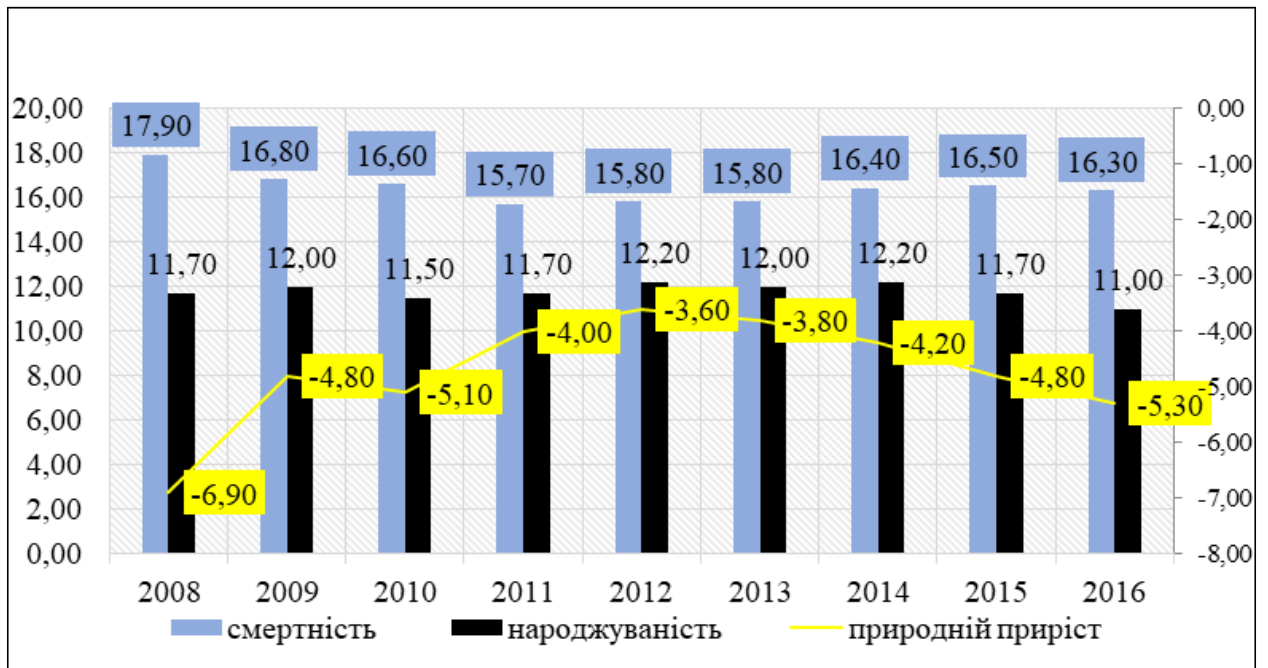


Рис. 3.1. Основні демографічні показники населення Київської області, 2008-2016 рр. (на 1000 населення)

Аналіз показника загальної смертності населення за період незалежності України (1990-2016 рр.) та Київської області свідчить, що в 2005 р. показник смертності був найвищий (16,7 ‰ та 18,3 ‰ на 1000 населення відповідно) (рис. 3.2) [62, 65, 67, 94, 101, 188]. Незважаючи на позитивну динаміку коефіцієнта смертності в Україні за останні декілька років, у 2015 р. він залишався одним із найвищих у Європі [25, 94]. Кількість померлих у 2015 р. в Україні становила 594,8 тис. осіб, що було на 37,9 тис. осіб менше, ніж у 2014 році [188], а у 2016 р. – 583,6 тис. осіб (без урахування частини населення території проведення антитерористичної операції), що на 11,2 тис. осіб менше, ніж у 2015 році [45, 94].

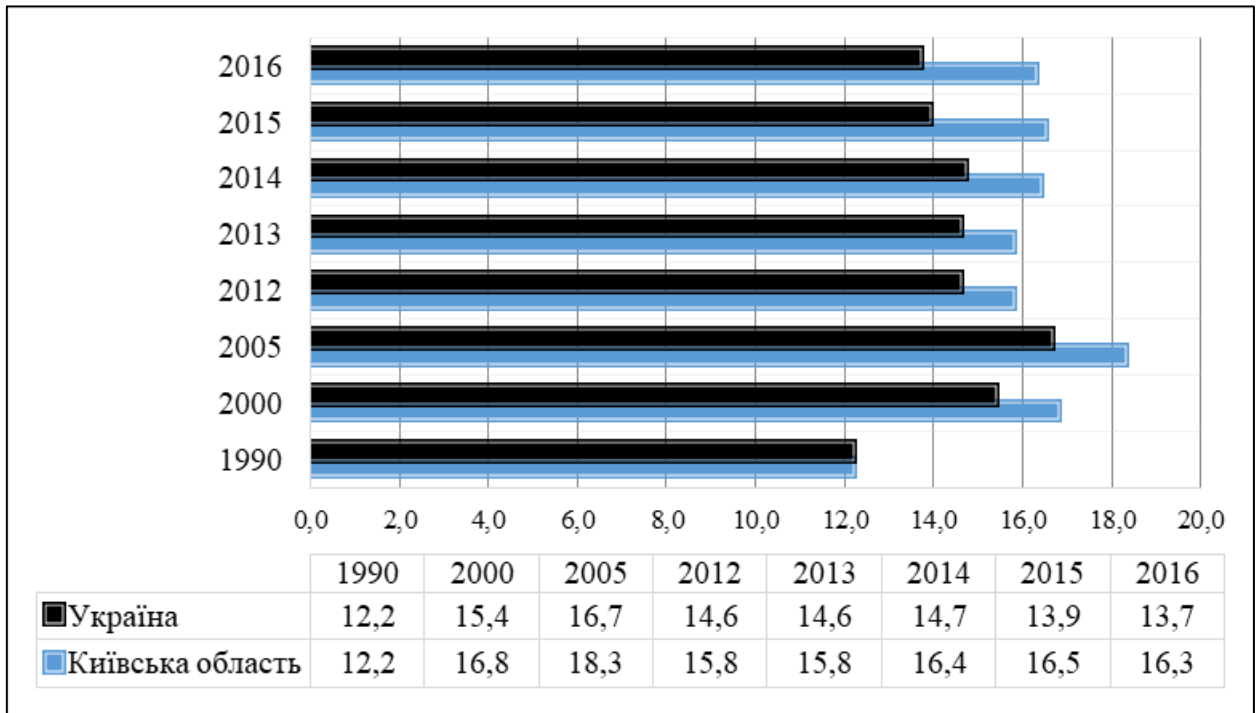


Рис. 3.2. Динаміка показників загальної смертності населення Київської області та України (на 1000 населення)

За даними Головного управління статистики Київської області та щорічних інформаційно-аналітичних звітів обласного центру медичної статистики Департаменту охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації, починаючи з 2011 р., спостерігалось зростання смертності з 15,7 ‰ до 16,5 ‰ (2015 р.). [49, 141, 142]. В 2016 р. показник зменшився до 16,3 ‰, в порівнянні з 2015 р. (рис. 3.1) [45, 49, 141].

Аналіз смертності населення Київської області за адміністративно-територіальним розподілом показав, що найвищий рівень зареєстровано в Згурівському (25,5 з розрахунку на 1000 населення), найнижчий – в Києво-Святошинському районах (13,8), що у співвідношенні максимального і мінімального значення становило 1,85 (табл. 3.1) [32, 49, 141, 142, 155].

**Показники загальної смертності населення Київської області
в розрізі адміністративно-територіальних районів, 2008-2016 рр.
(на 1000 відповідного населення)**

Адміністративна одиниця області, район/місто	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Динаміка показника 2016/2008
Баришівський	23,3	21,9	20,0	21,2	20,1	21,8	21,5	20,5	21,0	- 2,3
Білоцерківський	22,9	21,8	22,7	22,1	20,7	21,9	22,4	21,5	21,2	- 1,7
Богуславський	19,8	19,5	19,5	19,4	20,2	16,6	18,7	17,6	18,1	- 1,7
Бориспільський	15,8	15,7	14,9	13,6	13,8	14,5	14,2	15,2	15,2	- 0,6
Бородянський	21,3	18,5	18,0	17,1	17,0	18,4	17,7	17,7	18,5	- 2,8
Броварський	15,6	14,3	14,3	13,1	14,0	13,2	14,1	14,6	14,1	- 1,5
Васильківський	19,9	18,7	18,2	17,8	17,5	18,2	18,0	18,5	18,4	- 1,5
Вишгородський	18,6	17,7	16,9	15,6	16,1	15,0	16,8	15,7	16,6	- 2,0
Володарський	22,0	21,3	22,9	21,8	22,0	21,1	24,6	21,6	21,0	- 1,0
Згурівський	26,4	23,6	24,7	23,3	23,2	23,6	24,0	24,8	25,5	- 0,9
Іванківський	25,7	26,0	23,4	22,7	21,3	23,0	22,9	21,5	19,7	- 6,0
Кагарлицький	22,4	19,9	20,1	19,5	18,2	19,1	20,2	20,9	19,7	- 2,7
Києво- Святошинський	14,8	14,2	14,5	13,2	13,5	13,0	14,4	14,3	13,8	- 1,0
Макарівський	26,4	24,5	22,3	22,0	22,4	22,7	22,4	24,1	23,4	- 3,0
Миронівський	22,0	21,3	20,6	18,9	19,5	19,1	19,8	20,3	18,6	- 3,4
Обухівський	16,0	13,8	13,7	14,0	13,7	14,1	14,6	14,7	15,7	- 0,3
Переяслав- Хмельницький	20,3	20,9	21,1	19,3	19,6	20,3	19,9	19,9	20,5	+ 0,2
Поліський	31,9	27,8	23,7	25,8	24,2	22,7	25,9	24,8	18,2	- 13,7
Рокитнянський	21,1	20,9	22,0	19,6	19,6	20,9	22,1	21,2	23,1	+ 2,0
Сквирський	23,0	21,1	21,0	20,1	20,1	21,1	20,5	21,7	20,4	- 2,6
Ставищенський	21,5	19,2	18,7	18,7	19,2	20,0	20,3	18,8	21,4	- 0,1
Таращанський	22,3	21,5	21,2	20,5	21,9	20,6	22,7	22,5	20,5	- 1,8
Тетіївський	17,8	17,0	17,1	17,1	15,8	18,3	17,8	17,3	16,2	- 1,6
Фастівський	21,3	19,5	19,6	18,6	19,2	18,0	20,1	19,6	19,2	- 2,1
Яготинський	23,7	21,5	20,7	20,6	21,7	20,4	20,6	22,2	23,0	- 0,7
м. Біла Церква	10,6	10,0	10,2	9,3	10,2	10,0	10,6	10,4	10,5	- 0,1
м. Ірпінь	13,1	11,6	11,8	10,8	10,6	10,8	11,2	11,5	12,2	- 0,9
м. Березань	15,1	15,5	16,7	15,2	12,5	13,8	13,1	17,0	14,2	- 0,9
м. Ржищів	18,1	20,6	20,0	19,2	21,1	18,5	21,8	19,7	18,4	+ 0,3
м. Буча	14,9	12,9	12,1	12,9	13,2	13,4	14,0	15,8	13,7	- 1,2
м. Славутич	-	-	-	-	-	-	-	6,7	7,4	+ 0,7
Область	17,9	16,8	16,6	15,7	15,8	15,8	16,4	16,4	16,3	- 1,6
Україна	16,4	15,4	15,3	14,6	14,6	14,6	14,7	13,9	13,7	- 2,7

Аналіз динаміки змін показника за 2012-2016 рр. засвідчив хвилеподібне зменшення рівня смертності в деяких районах, наприклад, у Поліському – на 24,79 % (з 24,2 до 18,2 з розрахунку на 1000 населення); Богуславському – на 10,40 % (з 20,2 до 18,1); Іванківському – на 7,51 % (з 21,3 до 19,7); Таращанському – на 6,39 % (з 21,9 до 20,5); Миронівському – на 4,62 % (з 19,5 до 18,5); Володарському – на 4,55 % (з 22,0 до 21,0); м. Ржищів – на 12,80 % (з 21,1 до 18,4) [49, 142].

Водночас у 2012-2016 рр. продовжувала спостерігатися тенденція до зростання показника смертності у: Обухівському районі – на 16,60 % (з 13,7 до 15,7 з розрахунку на 1000 населення); Згурівському – на 9,91 % (з 23,2 до 25,5); м. Ірпінь – на 15,09 % (з 10,6 до 12,2) та хвилеподібно у: Рокитнянському – на 17,86 % (з 19,6 до 23,1); Ставищенському – на 11,46 % (з 19,2 до 21,4); Бориспільському – на 10,14 % (з 13,8 до 15,2); Бородянському – на 8,82 % (з 17,0 до 18,5); Кагарлицькому – на 8,24 % (з 18,2 до 19,7); Яготинському – на 5,99 % (з 21,7 до 23,0); Васильківському – на 5,14 % (з 17,5 до 18,4); м. Переяслав-Хмельницькому – на 4,59 % (з 19,6 до 20,5); Баришівському – на 4,48 % (з 20,1 до 21,0); Макарівському – на 4,46 % (з 22,4 до 23,4); містах Березань – на 13,6 % (з 12,5 до 14,2) та Бучі – на 3,79 % (з 13,2 до 13,7) [32, 49, 141, 142, 155].

Показники смертності сільського населення області значно відрізнялись від аналогічних у містах: у 2008 р. вони склали відповідно 24,0 та 13,8 на 1000 населення, у 2016 р. – 21,5 та 13,1 на 1000 населення, тобто, незважаючи на зменшення смертності як в популяції сільського, так і міського населення, показники відрізнялись в 1,7-1,6 рази і свідчили про стабільно вищий рівень смертності серед сільських мешканців (рис. 3.3) [32, 49, 141, 142, 155].

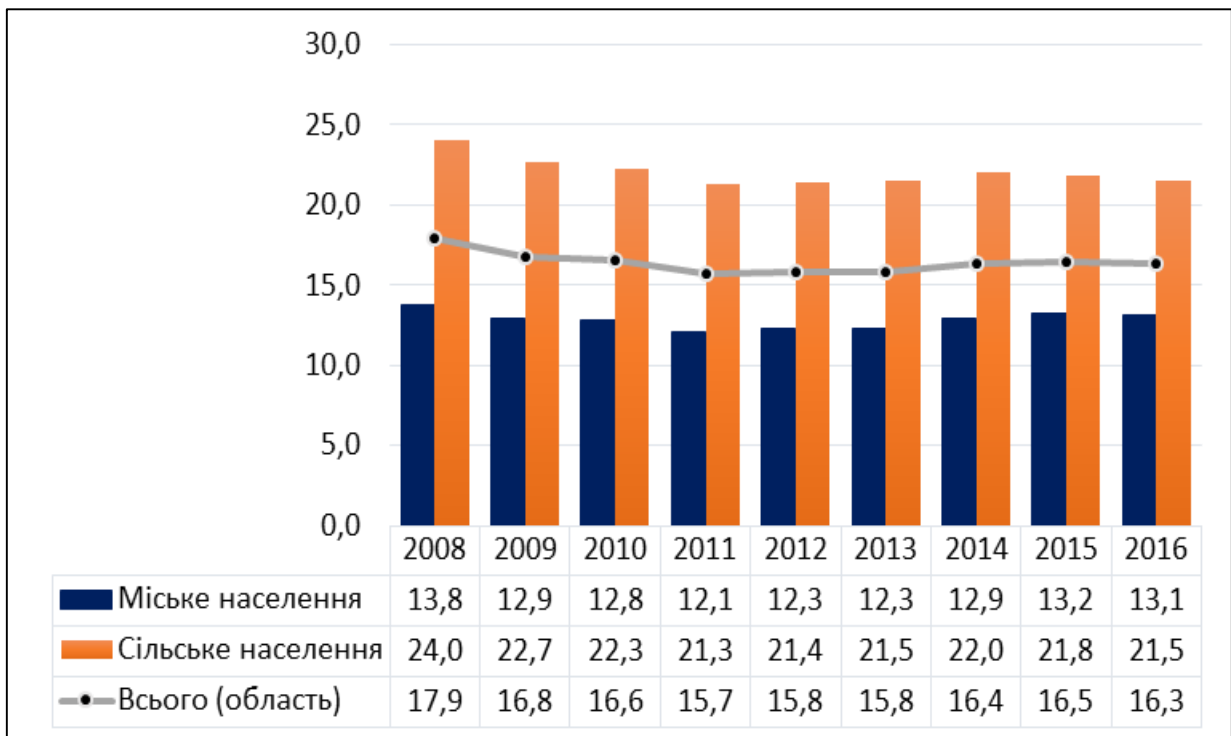


Рис. 3.3. Динаміка показника загальної смертності населення Київської області, 2008-2016 рр. (на 1000 населення)

Сучасна структура причин смерті населення України включає елементи традиційної й сучасної структури патологій, у якій високий рівень смертності від ендогенних захворювань (хвороби системи кровообігу і новоутворень) межує з не менш значущою смертністю від екзогенних причин (нешасні випадки, травми та отруєння, інфекційні хвороби, хвороби органів дихання та органів травлення) (табл.3.2) [45, 46, 62, 66, 94, 101, 188].

Аналіз структури смертності населення Київської області за причинами за досліджуваний період засвідчив загалом її незмінність (табл.3.2), що відповідає структурі смертності в Україні (табл.3.3) (рис. 3.5.) [49, 62, 94, 101, 142, 188].

Так, перше місце в структурі посідали хвороби системи кровообігу – 70,97 %, друге – злоякісні новоутворення (13,91 %), третє - нещасні випадки, отруєння і травми (5,55 %) (рис. 3.4) [49, 62, 94, 101, 142,188].

**Основні причини смертності населення Київської області,
2012-2016 рр. (на 100 тис. всього нас.)**

Причини смертності	Київська область					Динаміка змін (%) 2016/ 2012	Динаміка змін (%) 2016/ 2015
	2012	2013	2014	2015	2016		
Померло від усіх причин	1584,9	1584,7	1643,5	1649,5	1633,0	3,03	-1,00
Інфекційні та паразитарні хвороби	29,1	25,1	23,0	22,69	19,81	-31,92	-12,69
Злоякісні новоутворення	217,4	218,9	213,0	218,1	227,1	4,46	4,13
Хвороби системи кровообігу	1121,4	1128,3	1187,0	1188,3	1159,0	3,35	-2,47
Хвороби органів дихання	26,5	26,3	25,5	24,8	26,5	0,00	6,85
Хвороби органів травлення	56,3	60,1	59,3	59,1	59,4	5,51	0,51
Нещасні випадки, отруєння та травми	99,1	90,4	98,3	101,2	90,6	-8,58	-10,47

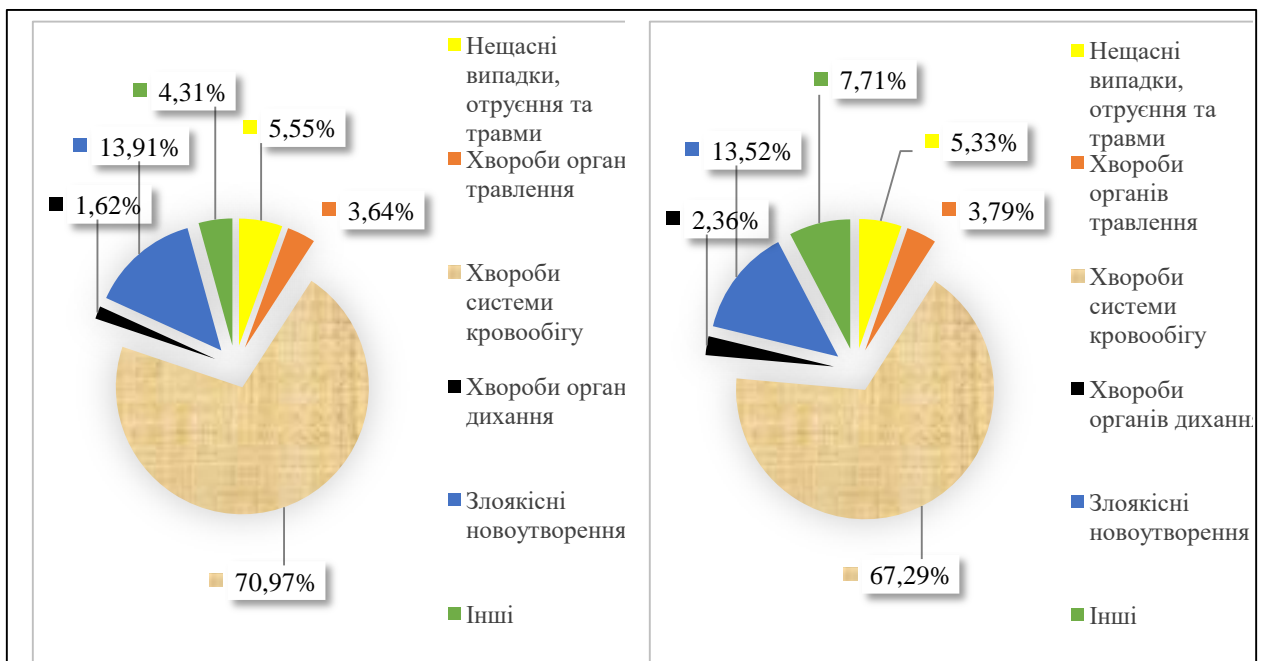


Рис. 3.4. Структура загальної смертності населення Київської області за причинами смерті у 2016 р. (%)

Рис. 3.5. Структура загальної смертності населення України за причинами смерті у 2016 р. (%)

Таблиця 3.3

**Смертність населення України у 2012–2016 рр.
за причинами смерті (на 100 тис. осіб)**

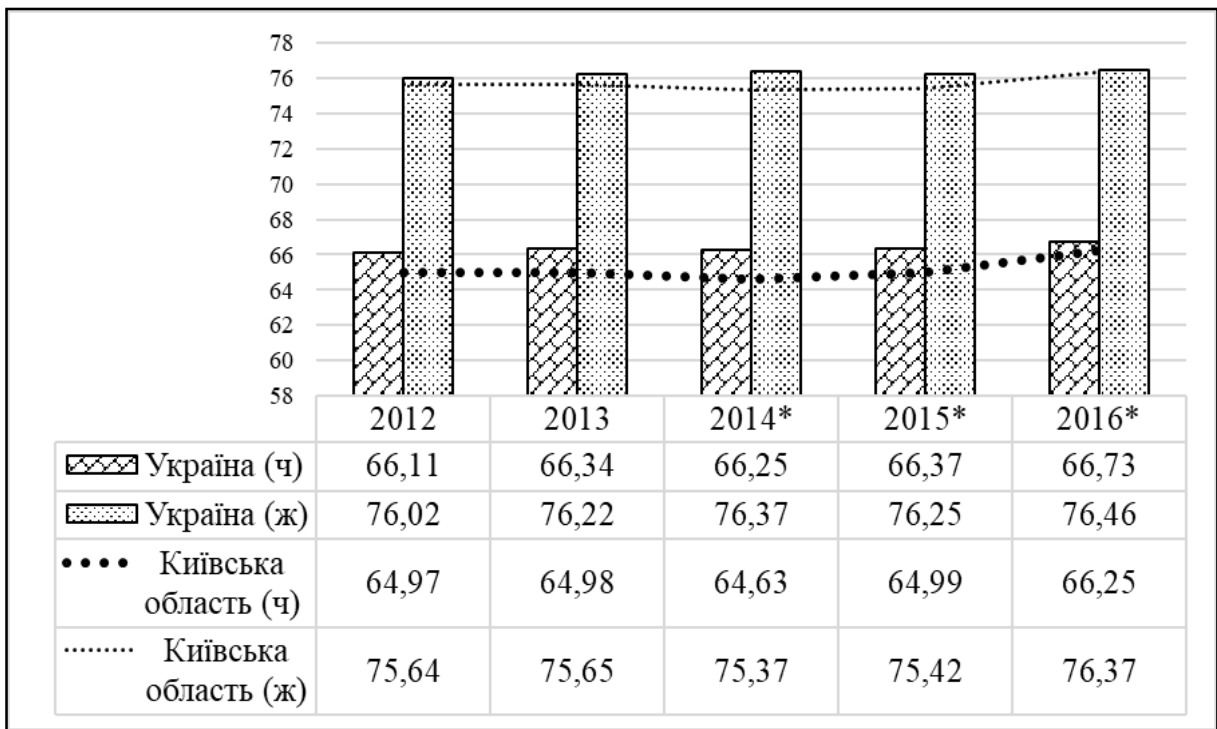
Причина смерті	2012	2013	2014	2015	2016	Динаміка змін (%) 2016/ 2012	Динаміка змін (%) 2016/ 2015
Усього померлих	1454,5	1456,1	1470,4	1388,3	1367,6	-5,97	-1,49
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	30,2	27,9	25,5	23,1	26,5	-12,25	14,72
Новоутворення	203,2	202,7	195,1	185,6	184,9	-9,01	-0,38
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	16,67	16,67
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	5,5	5,3	5,2	5,1	5,8	5,45	13,73
Розлади психіки та поведінки	3,4	3,6	3,7	3,0	3,5	2,94	16,67
Хвороби нервової системи	13,0	13,1	13,7	11,4	13,0	0,00	14,04
Хвороби системи кровообігу	957,5	968,2	989,8	944,2	920,3	-3,89	-2,53
Хвороби органів дихання	37,2	36,1	34,4	32,6	32,3	-13,17	-0,92
Хвороби органів травлення	60,8	61,5	58,7	53,3	51,8	-14,80	-2,81
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,3	1,1	1,2	1,0	1,2	-7,69	20,00
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1,3	1,3	1,2	1,1	1,3	0,00	18,18
Хвороби сечостатевої системи	6,9	6,7	6,3	6,0	6,9	0,00	15,00
Ускладнення при вагітності, пологах та в післяпологовому періоді	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,00	100,00
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	5,1	4,7	4,6	4,0	4,6	-9,80	15,00
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	4,0	3,7	3,5	3,4	3,9	-2,50	14,71
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявленні при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	34,2	32,5	33,5	33,0	37,8	10,53	14,55
Зовнішні причини смертності	90,0	87,0	93,3	80,7	72,9	-19,00	-9,67

В 2016 р. у порівнянні з 2015 та 2012 роками спостерігалось зменшення смертності за окремими класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби – відповідно на 12,69 % та на 31,92 %; нещасні випадки, отруєння та травми – відповідно на 10,47 % та 8,58 %; хвороби системи кровообігу – на 2,47 % відносно 2015 р., проте зростали показники смертності від хвороб органів дихання на 6,85 % у порівнянні з 2015 р., злоякісних новоутворень – на 4,13 % по відношенню до показника 2015 р. та на 4,46 % – порівняно з показником 2012 р., від хвороб органів травлення – на 0,51 % та на 5,51 % відповідно (табл.3.3) [32, 49, 141, 142, 155].

Очікувана тривалість життя (ОТЖ) населення України та Київської області, як один з демографічних показників, піддавався аналізу у нашому дослідженні. Встановлено, що у 2012-2015 рр. очікувана тривалість життя населення зростала повільно – від 66,11 до 66,37 років для чоловіків, від 76,02 до 76,25 років для жінок України, від 64,97 до 64,99 років для чоловіків Київської області, для жінок ОТЖ зменшилась від 75,64 до 75,42 років [49, 62, 94, 101, 142, 188].

Проте в 2016 році відбулося більш помітне її зростання, як серед населення України, так і Київської області (рис. 3.6). Середня очікувана тривалість життя населення у 2016 р. в Україні та Київській області складала відповідно 71,6 та 71,31 років, зокрема, чоловіків в Україні – 66,73 роки, жінок – 76,46 років, а у Київській області – відповідно – 66,25 та 76,37 років. Слід відмітити суттєву різницю ОТЖ чоловіків і жінок, яка складала близько 10 років.

Таким чином, аналіз основних демографічних показників засвідчив негативні тенденції в Україні за тривалістю життя та показниками відтворення населення. Відсутність прогресу в динаміці демографічних показників популяції, як правило, вказує на проблеми в соціально-економічній сфері та організації надання медичної допомоги.



Примітка. * – без урахування даних по Донецькій та Луганській областях

Рис. 3.6. Очікувана тривалість життя за гендерною ознакою в Україні та Київській області, 2012-2016 рр.

3.2. Аналіз тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення

Особливе місце в системі цінностей займає стан здоров'я, яке є основним із соціальних індикаторів та потребує активізації виховання почуття свідомого ставлення до нього [5, 62, 94, 101, 170].

Так як збереження здоров'я є одною з ключових та необхідних умов щодо забезпечення вимог соціального та економічного розвитку країни, то інформація про його стан набуває особливого статусу [46, 100], а одним з основних компонентів планування стратегії розвитку медичної галузі є вивчення динаміки показників захворюваності та поширеності хвороб населення [94].

Аналіз поширеності та захворюваності населення Київської області за період 2012-2016 рр. засвідчив про тенденцію до зростання показників поширеності – на 4,49 %, захворюваності – на 6,12 % [49, 142, 155]. Аналогічна

ситуація щодо поширеності та первинної захворюваності спостерігалась і в цілому в Україні, зокрема в 2015-2016 рр. відбулось їх зростання відносно 2014 р., а саме: поширеність хвороб зростає на 1,5 %, захворюваність – на 2,5 % (рис. 3.7) [94, 101].

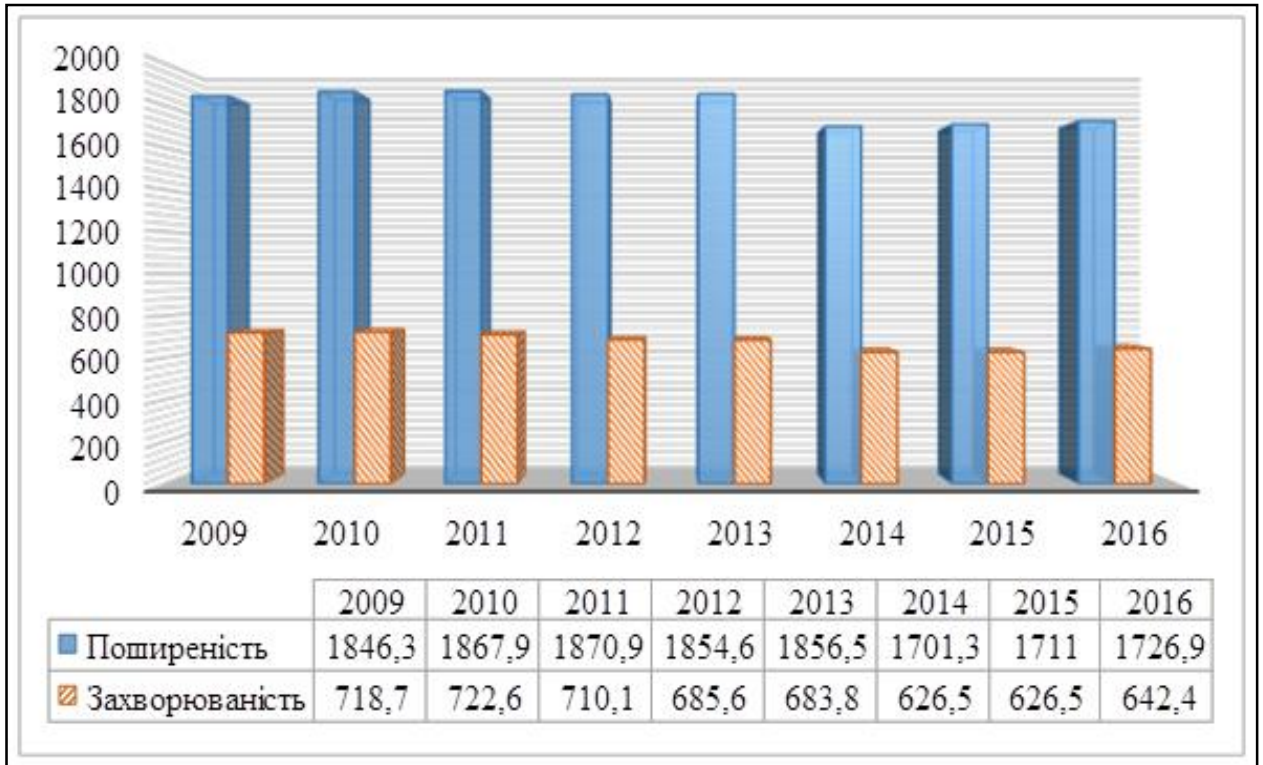


Рис. 3.7. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед населення України, 2009-2016 рр. (на 1000 населення)

Показник поширеності хвороб населення Київської області в розрізі адміністративних одиниць (район/місто) за 2016 р. на 10 тис. населення коливався від 17750,1 (Білоцерківський район) до 28902,3 (Іванківський), а серед міст обласного значення від 9817,6 (м. Славутич) до 22021,7 (м. Буча). Вищі показники поширеності хвороб від обласного показника (20872,3 на 10 тис. населення) спостерігалися у Бородянському районі – 21257,2, Вишгородському – 21667,4, Богуславському – 21965,2, Яготинському – 22371,1, Поліському – 22477,0, Кагарлицькому – 22611,7, Рокитнянському – 23133,6, Тетіївському - 23382,0, Таращанському – 23555,7, Обухівському – 23746,8, Броварському – 24287,0, Миронівському – 26271,6, Макарівському –

26457,9 Іванківському – 28902,3 та містах Ірпінь – 21811,5 і Буча – 22021,7. Одночасно спостерігалась негативна тенденція рівня поширеності захворювань, яка зросла, зокрема, у Вишгородському (3,29 % у 2016 р. до 2012 р. та 1,59 % до 2015 р.), Яготинському (10,11 % та 5,01 %), Рокитнянському (6,94 % та 4,30 %), Тетіївському (2,64 % та 2,84 %), Таращанському (4,08 % та 2,79 %), Миронівському (10,15 % та 2,69 %), Макарівському (15,82 % та 5,65 %) (табл. 3.4, 3.5) [32, 49, 141, 142, 155].

Детально дослідження проводилось на території м. Буча, демографічна характеристика якого представлена із урахуванням постраждалих внаслідок збройного конфлікту протягом 2014 року, тобто в умовах стресової суспільно-політичної та соціально-економічної ситуації.

Найвищий показник захворюваності за підсумками 2016 р. спостерігався в м. Буча (11365,8 на 10 тис. населення), що у 1,76 раз перевищує загальноукраїнський рівень, найнижчий – у Бориспільському районі (5402,3). Слід відзначити, що у 2016 р. зниження рівня захворюваності спостерігалось тільки у Богуславському (на 21,90 %), Бородянському (7,57 %), Обухівському (3,21 %), Згурівському (0,12 %) районах та містах: Буча (6,62 %), Ірпінь (1,05 %), Березань (0,93 %) [49, 94].

Саме в м. Буча вплив на рівень захворюваності та поширеності хвороб здійснювали дані захворюваності та поширеності захворювань серед осіб, які отримали статус «Переселенця», приймали участь в АТО (антитерористична операція), члени сімей загиблих та особи, які переїхали з тимчасово окупованої території на постійне місце проживання.

Динаміка показників поширеності хвороб серед населення Київської області, 2012-2016 рр. (на 10 тис. відповідного населення)

Адміністративна одиниця області, район/місто	2012	2013	2014	2015	2016	Динаміка змін (%) 2016/2012	Динаміка змін (%) 2016/2015
Область	19975,7	20142,8	19958,5	20553,9	20872,3	4,49	1,55
Баришівський	19353,1	19534,8	19816,4	20020,3	20229,4	4,53	1,04
Білоцерківський	17434,7	17343,5	17479,7	17590,5	17750,1	1,81	0,91
Богуславський	21979,3	22863,7	22847,1	22687	21965,2	-0,06	-3,18
Бориспільський	17960,1	17837,2	17614	17633,8	17866,5	-0,52	1,32
Бородянський	19810,3	20224,6	20681	21610,4	21257,2	7,30	-1,63
Броварський	22826	22994,2	22446	24586,7	24287	6,40	-1,22
Васильківський	19325,1	19457,7	19725,8	19689,5	19915,3	3,05	1,15
Володарський	19145,5	18761,7	18643,4	18517,6	19125,1	-0,11	3,28
Вишгородський	20978,2	21181,6	20946,6	21328,2	21667,4	3,29	1,59
Згурівський	19062,6	18840,7	19457,1	19993,6	20189,3	5,91	0,98
Іванківський	26632,8	27986,5	28357,2	28608,6	28902,3	8,52	1,03
Кагарлицький	21152,3	22371,5	22187,3	22405	22611,7	6,90	0,92
Києво-Святошинський	18683,6	18433,1	18182,9	18002,6	18131,8	-2,95	0,72
Макарівський	22843,7	23065,1	23988	25042,9	26457,9	15,82	5,65
Миронівський	23851,4	24816,9	24969	25583,8	26271,6	10,15	2,69
Обухівський	23918,7	23947,9	23979,4	24163,8	23746,8	-0,72	-1,73
Переяслав-Хмельницький	19880,7	19859,1	19941,1	19832	20089,1	1,05	1,30
Поліський	23798,8	24087,2	22928,2	23448	22477	-5,55	-4,14
Рокитнянський	21632,2	21002,3	21828,6	22179	23133,6	6,94	4,30
Сквирський	18315,8	18280,8	18452,7	18763,8	19447,7	6,18	3,64
Ставищенський	17128,1	17247	17394,4	18150,6	18462,4	7,79	1,72
Таращанський	22631,9	21873,9	22238,9	22915,3	23555,7	4,08	2,79
Тетіївський	22780,7	25857,3	22825,5	22735,9	23382	2,64	2,84
Фастівський	18289,7	18270,3	18148	18341,4	20099,3	9,89	9,58
Яготинський	20317,4	19425,5	19674,3	21303,9	22371,1	10,11	5,01
м. Біла Церква	18195,4	18752,5	17862,8	18223,8	19326	6,21	6,05
м. Ірпінь	21488,2	21108,2	21428,6	22108,5	21811,5	1,50	-1,34
м. Березань	19125,1	19694,5	18321,2	19547,6	19768,9	3,37	1,13
м. Ржищів	15189,5	15920	14780,4	14537,3	15526,4	2,22	6,80
м. Буча	23829,2	23081,3	22791,9	23000,5	22021,7	-7,59	-4,26
м. Славутич	-	-	-	9719,4	9817,6	-	1,01

**Динаміка показників захворюваності населення Київської області,
2012-2016 рр. (на 10 тис. відповідного населення)**

Адміністративна одиниця області, район/місто	2012	2013	2014	2015	2016	Динамі- ка змін (%) 2016/ 2012	Динамі- ка змін (%) 2016/ 2015
Область	7 045,0	7 071,4	6 957,1	7 262,7	7 476,0	6,12	2,94
Баришівський	6 296,8	6 246,0	6 270,1	6 304,2	6 632,7	5,33	5,21
Білоцерківський	5 733,0	5 737,7	5 797,2	5 805,5	5 918,7	3,24	1,95
Богуславський	8 277,2	7 957,0	8 238,6	8 558,1	6 683,8	-19,25	-21,90
Бориспільський	5 888,3	5 636,8	5 447,1	5 359,5	5 402,3	-8,25	0,80
Бородянський	7 737,5	8 152,0	8 307,3	8 508,8	7 865,0	1,65	-7,57
Броварський	7 367,1	7 326,5	6 647,4	8 107,0	8 216,8	11,53	1,35
Васильківський	7 314,9	7 356,7	7 439,8	7 470,1	7 578,5	3,60	1,45
Володарський	6 111,1	6 046,5	5 591,7	5 358,7	5 891,2	-3,60	9,94
Вишгородський	7 599,6	8 168,5	8 026,2	8 420,5	8 916,9	17,33	5,90
Згурівський	4 898,3	4 818,5	5 171,6	5 437,6	5 431,2	10,88	-0,12
Іванківський	8 503,3	8 931,5	9 116,0	9 215,9	9 407,1	10,63	2,07
Кагарлицький	6 232,9	6 761,1	6 857,1	6 887,4	7 052,2	13,14	2,39
Києво- Святошинський	7 109,3	6 947,9	6 784,7	6 808,9	7 198,6	1,26	5,72
Макарівський	6 689,9	6 928,7	7 339,0	7 372,6	8 570,5	28,11	16,25
Миронівський	6 913,3	6 898,1	6 525,7	7 052,4	7 252,4	4,91	2,84
Обухівський	9 537,3	9 221,1	9 028,2	7 598,1	7 354,4	-22,89	-3,21
Переяслав - Хмельницький	6 887,2	6 840,1	6 892,6	6 751,6	6 922,9	0,52	2,54
Поліський	6 943,4	6 872,7	6 260,4	6 539,9	6 911,5	-0,46	5,68
Рокитнянський	6 354,2	5 804,1	5 962,0	6 032,0	6 335,8	-0,29	5,04
Сквирський	5 926,4	5 809,8	5 994,2	6 219,7	6 753,9	13,96	8,59
Ставищенський	5 154,1	5 007,7	5 045,4	5 368,6	5 472,9	6,19	1,94
Таращанський	7 137,5	6 389,9	7 009,7	7 736,7	8 815,0	23,50	13,94
Тетіївський	7 131,9	7 209,2	7 483,6	7 300,2	7 703,1	8,01	5,52
Фастівський	6 588,7	6 570,6	6 345,9	6 567,0	7 528,0	14,26	14,63
Яготинський	6 742,1	6 076,6	5 885,1	6 970,1	7 604,7	12,79	9,10
м.Біла Церква	6 918,7	7 379,2	6 926,0	6 983,8	7 428,9	7,37	6,37
м.Ірпінь	8 550,5	8 602,3	8 969,7	9 476,8	9 377,6	9,67	-1,05
м.Березань	8 592,1	9 005,0	7 625,0	8 351,0	8 273,1	-3,71	-0,93
м.Ржищів	5 371,7	5 183,5	4 309,2	4 302,7	5 804,9	8,06	34,91
м. Буча	11 624,3	11 372,4	12 019,8	12 171,9	11 365,8	-2,22	-6,62
м. Славутич	-	-	-	5 842,8	5 927,1	-	1,44

В 2016 р. у структурі поширеності за класами хвороб традиційно перше місце посідали хвороби системи кровообігу – 6425,6 на 10 тис. населення, що становить 30,8 % в загальній структурі, показник по Україні – 5297,0 (30,67 %); друге – хвороби органів дихання – 4718,4 (22,6 %), показник по Україні – 3570,9 (20,68 %); третє – хвороби органів травлення – 2158,3 (10,3 %), показник по Україні – 1682,6 (9,74 %); четверте – хвороби ендокринної системи, розладу харчування – 1310,9 (6,3 %), показник по Україні – 856,9 (4,96 %) і п'яте – хвороби кістково-м'язової системи – 1028,89 (4,9 %), показник по Україні – 931,3 (5,39 %) (рис. 3.8.) [49, 62, 94, 101, 142, 188].

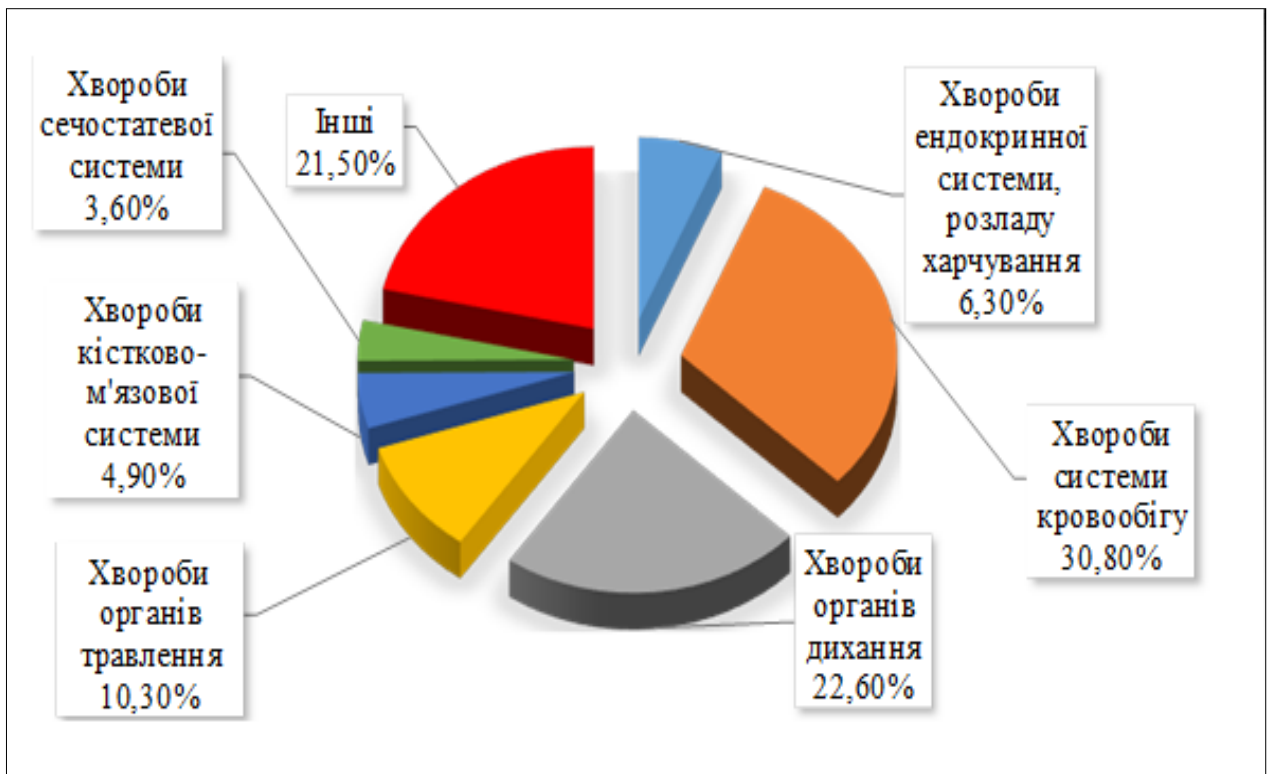


Рис. 3.8. Структура поширеності хвороб серед населення Київської області за причинами, 2016 р. (%)

Поширеність хвороб у 2016 р. відносно 2012 р. збільшилась: новоутворень на 10,00 % (з 407,2 на 10 тис. населення у 2012 р. до 455,8 у 2016 р.), хвороб органів дихання – на 7,11 % (з 4221,7 до 4718,4), хвороб ока та додаткового апарату – на 2,94 % (з 685,9 до 738,2), хвороб ендокринної

системи, розладу харчування – на 1,61 % (з 1247,7 до 1310,9); знизились випадки вагітності, пологів та післяпологового періоду на 9,09 % (з 785,1 у 2012 р. до 768,9 на 10 тис. населення у 2016 р.), розладів психіки та поведінки – на 8,70 % (з 450,3 до 430,3), травм від отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин - на 6,45 % (з 621,6 до 603,2), інфекційних та паразитарних хвороб – на 5,56 % (369,4 до 365,2), хвороб органів травлення – на 4,63 % (2148,5 до 2158,2), хвороб кістково-м'язової системи – на 3,92 % (1022,2 до 1028,8), хвороб нервової системи – на 3,03 % (662,9 до 667,9), хвороб сечостатевої системи на 2,7 % (746,0 до 746,0), хвороби системи кровообігу – на 0,96 % на (6209,1 до 6425,6) (табл. 3.6) [32, 49, 141, 142].

У структурі захворюваності населення Київської області в 2016 р. переважали хвороби: органів дихання (51,0 %), системи кровообігу (5,9 %), шкіри та підшкірної клітковини (5,7 %), сечостатевої системи (4,5 %), ока та

Таблиця 3.6

**Динаміка показників поширеності хвороб та захворюваності населення Київської області
у 2012, 2015, 2016 рр. за класами хвороб (на 10 тис. відповідного населення)**

Найменування класів хвороб	2012				2015				2016			
	поширеність		захворюваність		поширеність		захворюваність		поширеність		захворюваність	
	на 10 тис. населення	питома вага (%)	на 10 тис. населення	питома вага (%)	на 10 тис. населення	питома вага (%)	на 10 тис. населення	питома вага (%)	на 10 тис. населення	питома вага (%)	на 10 тис. населення	питома вага (%)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Всі хвороби	19 975,7	100,0	7 045,0	100,0	20553,9	100,0	7262,7	100,0	20 872,3	100,0	7 476,0	100,0
В т.ч.інфекційні та паразитарні хвороби	369,4	1,8	210,7	3,0	353,3	1,7	202,7	2,8	365,2	1,7	216,6	2,9
Новоутворення	407,2	2,0	72,1	1,0	444,9	2,2	81,4	1,1	455,8	2,2	76,3	1,0
Хвороби крові, кровотворних органів	105,2	0,5	31,1	0,4	101,2	0,5	30,4	0,4	102,7	0,5	30,4	0,4
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування	1 247,7	6,2	106,7	1,5	1287,6	6,3	110,1	1,5	1 310,9	6,3	113,9	1,5
Розлади психіки та поведінки	450,3	2,3	55,0	0,8	431,9	2,1	51,2	0,7	430,3	2,1	51,5	0,7
Хвороби нервової системи	662,9	3,3	171,5	2,4	655,9	3,2	173,7	2,4	667,9	3,2	181,9	2,4
Хвороби ока та придаткового апарату	685,9	3,4	272,3	3,9	737,1	3,6	290,1	4,0	738,2	3,5	282,7	3,8
Хвороби вуха та сосковидного відростку	251,3	1,3	185,4	2,6	274,0	1,3	207,4	2,9	278,4	1,3	212,8	2,8

Продовження таблиці 3.6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Хвороби системи кровообігу	6 209,1	31,1	448,3	6,4	6389,3	31,1	443,9	6,1	6 425,6	30,8	442,1	5,9
Хвороби органів дихання	4 221,7	21,1	3 419,5	48,5	4513,7	22,0	3628,7	50,0	4 718,4	22,6	3 814,9	51,0
Хвороби органів травлення	2 148,5	10,8	224,5	3,2	2166,7	10,5	228,4	3,1	2 158,3	10,3	232,0	3,1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	500,5	2,5	416,2	5,9	507,5	2,5	424,9	5,9	514,3	2,5	427,5	5,7
Хвороби кістково-м'язової системи	1 022,2	5,1	266,0	3,8	1011,2	4,9	255,9	3,5	1 028,8	4,9	262,4	3,5
Хвороби сечостатевої системи	746,0	3,7	338,3	4,8	741,7	3,6	333,9	4,6	746,0	3,6	335,1	4,5
Вагітність, пологи та післяпологовий період	785,1	1,1	653,9	2,5	804,8	1,0	639,2	2,3	768,9	1,0	613,5	2,2
Вроджені аномалії (вади розвитку)	72,2	0,4	13,0	0,2	81,6	0,4	13,5	0,2	81,0	0,4	13,8	0,2
Симптоми, ознаки та відхилення від норми	22,7	0,1	18,7	0,3	23,7	0,1	21,5	0,3	24,3	0,1	22,1	0,3
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	621,6	3,1	600,1	8,5	599,8	2,9	575,9	7,9	603,2	2,9	578,1	7,7

придаткового апарату (3,8 %), кістково-м'язової системи (3,5 %) (рис. 3.9); на відміну від поширеності, де провідне місце належить хворобам системи кровообігу (30,80 %) [32, 94].

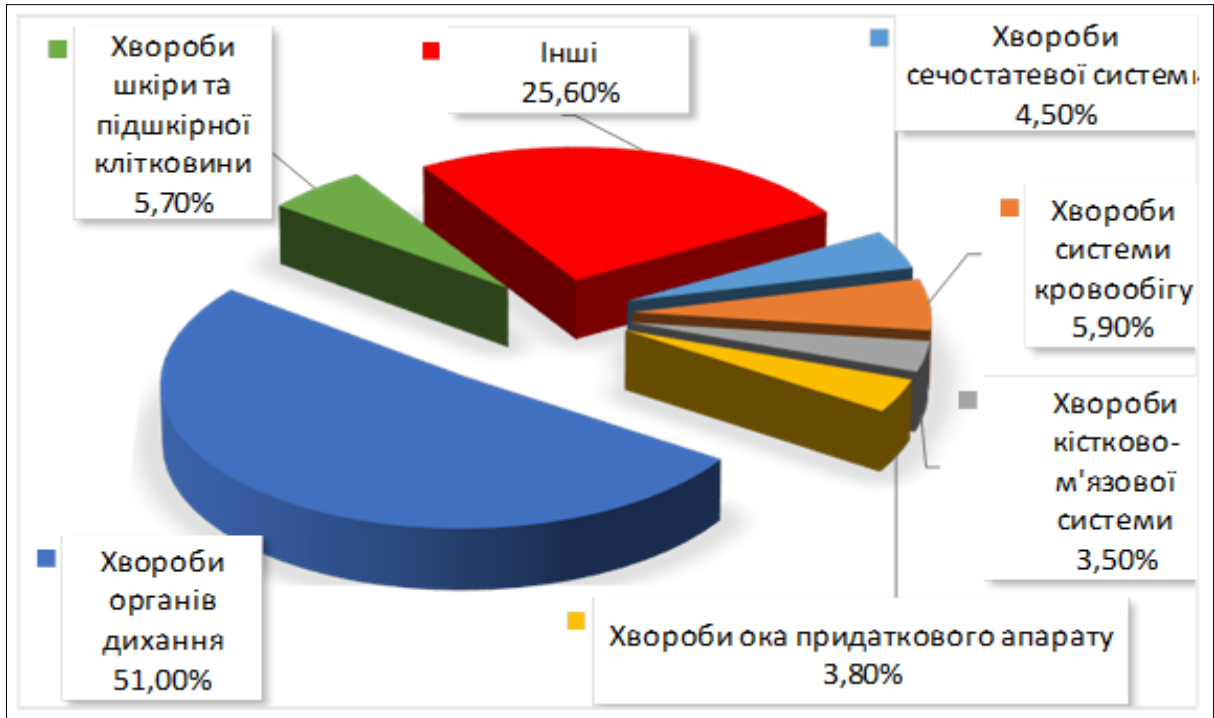


Рис. 3.9. Структура захворюваності населення Київської області, 2016 р. (%)

Показники захворюваності за останні п'ять років за класами хвороб мали тенденцію до зниження: на розлади психіки та поведінки – на 12,5 % (55,0 на 10 тис. населення); вагітність, пологи та післяпологовий період – на 12,0 % (653,9) та на 4,35 % порівняно з попереднім роком (2015 р. – 639,2); травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин – на 9,41 % по відношенню до 2012 р., на 2,53 % відносно 2015 р.; на хвороби системи кровообігу – на 7,81 % по відношенню до 2012 р. (448,3) та на 3,28 % порівняно з попереднім роком (442,1); на хвороби сечостатевої системи – на 6,25 % по відношенню до 2012 р., на 2,17 % – до 2015 р.; на хвороби шкіри та підшкірної клітковини – на 3,4 % та 3,39 % відповідно; на інфекційні та паразитарні хвороби – на 3,33 % та 3,57 % відповідно; на хвороби ока та придаткового апарату – на 2,56 % та на 5,0 % відповідно); на хвороби органів травлення – на

3,13 % по відношенню до 2012 р. (224,5 на 10 тис. населення); на хвороби кістково-м'язової системи – на 7,89 % (266,0) [32, 49, 141, 142].

В той же час, зросла питома вага захворюваності на хвороби вуха та сосковидного відростку – на 7,69 % (185,4) та на хвороби органів дихання – на 5,15 % (3419,5) (табл. 3.6) [32, 49, 141, 142].

З метою збереження тенденції до зниження показників захворюваності перш за все слід звернути увагу на пріоритетність вектору реформування системи медичної допомоги. Основним є розвиток її первинної ланки та перехід на контрактні умови з Національною службою здоров'я України; розвиток страхової медицини; забезпечення державою фінансових гарантій оплати; відродження фармацевтичної галузі. Реалізація Національної політики щодо охорони психічного здоров'я дасть можливість поліпшити стан здоров'я населення в цілому [86].

3.3. Вивчення стану психічного здоров'я населення в умовах впливу макросоціальних стрес-асоційованих чинників

Виконуючи завдання третього етапу дослідження, проводився системний аналіз стану психічного здоров'я населення м. Бучі, Київської області та України з використанням показників поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки за період 2012-2016 рр. Отримані дані передбачалось врахувати при розробці моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, оскільки, за даними П. В. Волошина та Н. О. Марути (2015), саме поширеність розладів психіки та поведінки в Україні характеризується постійним зростанням (на 2,9 % за 10 років) [23].

Аналіз статистичних даних, матеріалів дослідження засвідчив, що питома вага розладів психіки та поведінки у структурі поширеності за провідними класами хвороб серед населення країни у 2016 р. становила

2,30 %, серед населення Київській області – 2,10 %, а у структурі захворюваності – 0,48 % та 0,7 % відповідно (табл. 3.6) [94].

Аналіз динаміки поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки населення України демонстрував за вказаний період дослідження тенденцію до зниження: поширеність у 2016 р. становила 3916,0 на 100 тис. населення (абс. дані – 1667869 осіб), що на 0,42 % менше порівняно з попереднім роком (3932,4) (рис. 3.10).

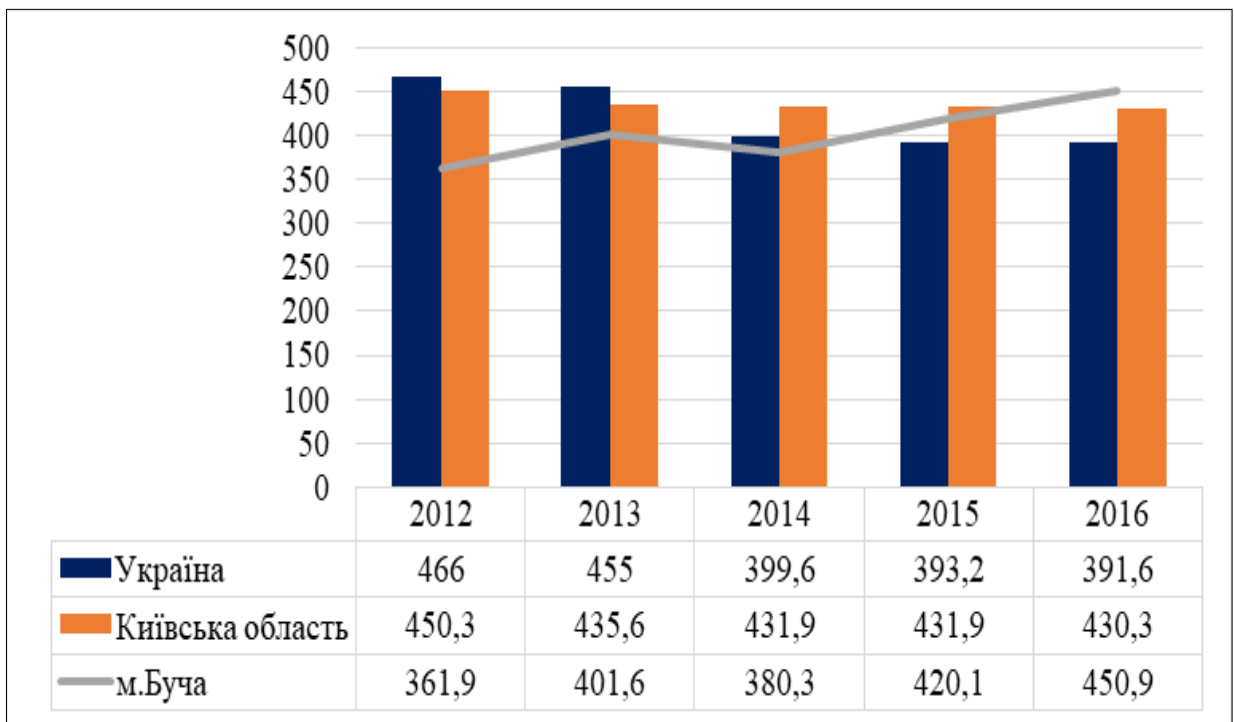


Рис. 3.10. Показники поширеності розладів психіки та поведінки серед населення України, Київської області та м.Буча, 2012-2016 рр. (на 10 тис. відповідного населення)

Захворюваність дорівнювала 450,2 на 100 тис. населення, або 191729 осіб, що на 1,01 % менше, ніж у 2015 р., проте в порівнянні з попередніми роками носила хвилеподібний характер (рис. 3.11) [49, 62, 94, 101, 142, 188].

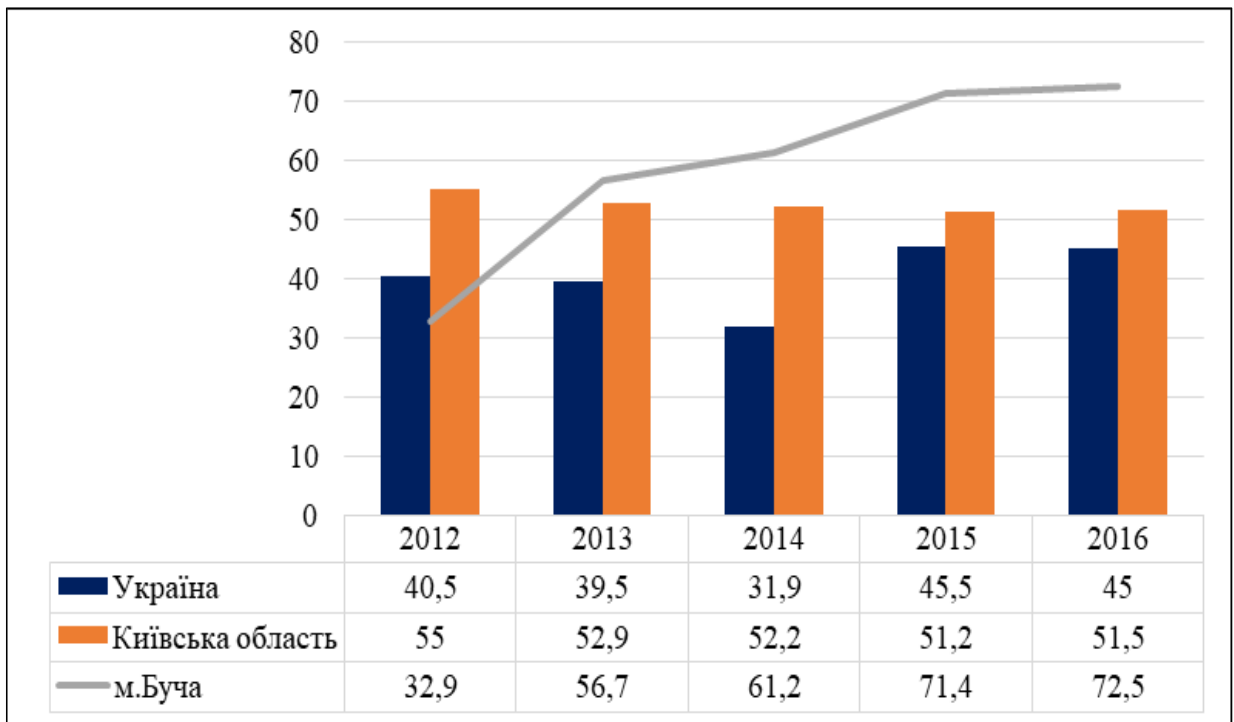


Рис. 3.11. Показники захворюваності на розлади психіки та поведінки серед населення України, Київської області та м.Буча, 2012-2016 рр. (на 10 тис. відповідного населення)

Як видно з рисунка 3.10. динаміка поширеності на розлади психіки та поведінки в Київській області протягом п'ятирічного періоду вказує на поступове стабільне зниження показника: у 2016 р. – на 0,37 % відносно попереднього року (431,9 на 10 тис. населення) та на 4,44 % порівняно з 2012 р. (450,3 на 10 тис. населення) (табл. 3.7) [32, 49, 141, 142].

Захворюваність на розлади психіки та поведінки населення України за період дослідження зростає з 40,5 у 2012 р. на 10 000 населення до 45,0 10 000 населення у 2016 році. Серед населення Київської області, незважаючи на поступове зниження, в 2016 р. спостерігалось помірне зростання показника на 0,59 % (з 51,2 у 2015 р. до 51,5 у 2016 р.) (рис. 3.11.) (табл. 3.8) [49, 62, 94, 101, 141, 142, 155, 188].

**Динаміка показників поширеності розладів психіки та поведінки
серед населення Київської області, 2012-2016 рр.
(на 10 тис. відповідного населення)**

Адміністративна одиниця області, район/місто	2012	2013	2014	2015	2016	Динамі ка змін (%) 2016/ 2012	Динамі ка змін (%) 2016/ 2015
Область	450,3	435,6	431,9	431,9	430,3	4,44	-0,37
Баришівський	475,4	450,3	470,0	449,7	430,2	9,51	-4,34
Білоцерківський	472,1	470,3	461,0	434,9	420,1	11,01	-3,40
Богуславський	486,4	444,5	461,0	448,0	423,8	12,87	-5,40
Бориспільський	385,8	366,5	381,4	383,6	389,4	0,93	1,51
Бородянський	435,8	433,4	431,1	424,6	425,0	2,48	0,09
Броварський	482,0	423,6	433,4	411,3	437,3	9,27	6,32
Васильківський	456,5	449,4	444,8	429,7	421,1	7,75	-2,00
Володарський	491,2	416,8	412,9	468,4	446,6	9,08	-4,65
Вишгородський	492,4	462,0	446,3	461,9	468,7	4,81	1,47
Згурівський	471,5	481,7	490,1	473,4	470,8	0,15	-0,55
Іванківський	492,2	471,6	459,2	466,1	452,0	8,17	-3,03
Кагарлицький	494,4	496,0	490,3	490,8	468,3	5,28	-4,58
Києво- Святошинський	397,4	395,4	374,7	355,9	346,7	12,76	-2,58
Макарівський	447,2	447,4	445,5	452,9	453,8	1,48	0,20
Миронівський	467,7	470,8	469,1	458,6	449,8	3,83	-1,92
Обухівський	468,5	456,3	460,7	457,3	439,4	6,21	-3,91
Переяслав- Хмельницький	470,4	467,6	459,6	454,2	451,6	4,00	-0,57
Поліський	249,0	266,1	274,4	285,6	296,2	18,96	3,71
Рокитнянський	515,4	482,4	479,4	482,0	467,8	9,24	-2,95
Сквирський	513,5	509,4	510,2	498,1	487,4	5,08	-2,15
Ставищенський	441,3	446,0	436,3	433,4	432,7	1,95	-0,16
Таращанський	467,5	456,3	450,1	456,3	464,4	0,66	1,78
Тетіївський	475,0	477,9	477,0	479,6	460,1	3,14	-4,07
Фастівський	440,2	441,7	432,4	435,6	447,2	1,59	2,66
Яготинський	460,3	462,0	456,1	433,4	435,5	5,39	0,48
м. Біла Церква	481,3	465,5	461,7	460,3	461,7	4,07	0,30
м. Ірпінь	447,0	433,0	421,1	427,2	423,8	5,19	-0,80
м. Березань	468,3	467,3	446,8	442,8	426,9	8,84	-3,59
м. Ржищів	520,0	471,9	436,6	454,7	459,8	11,58	1,12
м. Буча	361,9	401,6	380,3	420,1	450,9	24,59	7,33
м. Славутич	-	-	-	358,1	346,5	-	-3,24

**Динаміка показників захворюваності на розлади психіки та поведінки населення Київської області, 2012-2016 рр.
(на 10 тис. відповідного населення)**

Адміністративна одиниця області, район/місто	2012	2013	2014	2015	2016	Динаміка змін (%) 2016/ 2012	Динаміка змін (%) 2016/ 2015
Область	55,0	52,9	52,2	51,2	51,5	-6,36	0,59
Баришівський	41,1	40,9	50,1	41,4	38,5	-6,33	-7,00
Білоцерківський	52,5	56,5	59,2	51,5	50,1	-4,57	-2,72
Богуславський	52,1	55,4	48,9	53,3	57,7	10,75	8,26
Бориспільський	36,6	30,2	33,2	29,8	32,6	-10,93	9,40
Бородянський	49,2	47,1	56,6	53,9	50,3	2,24	-6,68
Броварський	70,8	53,1	53,7	54,5	56,7	-19,92	4,04
Васильківський	58,7	55,4	53,9	46,9	47,3	-19,42	0,85
Володарський	20,8	15,5	12,3	70,9	42,9	106,25	-39,49
Вишгородський	87,5	76,2	74,6	76,1	92,3	5,49	21,29
Згурівський	50,7	53,1	51,1	47,7	50,3	-0,79	5,45
Іванківський	69,4	55,0	53,2	60,8	52,2	-24,78	-14,14
Кагарлицький	71,0	70,3	69,7	69,1	67,0	-5,63	-3,04
Києво-Святошинський	35,5	41,3	32,1	26,4	30,5	-14,08	15,53
Макарівський	36,1	36,3	32,8	41,7	42,6	18,01	2,16
Миронівський	48,3	55,7	57,5	55,9	54,1	12,01	-3,22
Обухівський	47,9	58,3	51,6	57,3	54,1	12,94	-5,58
Переяслав-Хмельницький	60,2	63,4	55,3	46,7	43,3	-28,07	-7,28
Поліський	5,0	21,9	32,4	27,5	17,3	246,00	-37,09
Рокитнянський	57,7	44,6	51,8	50,5	36,9	-36,05	-26,93
Сквирський	69,6	74,1	78,0	66,3	65,2	-6,32	-1,66
Ставищенський	45,1	36,6	37,0	39,9	43,8	-2,88	9,77
Таращанський	59,6	60,8	51,4	65,5	62,2	4,36	-5,04
Тетіївський	61,2	62,9	61,6	63,2	54,6	-10,78	-13,61
Фастівський	69,3	54,7	63,6	48,1	52,2	-24,68	8,52
Яготинський	47,2	53,5	47,7	28,7	35,3	-25,21	23,00
м. Біла Церква	68,5	65,6	64,5	64,8	64,1	-6,42	-1,08
м. Ірпінь	44,6	51,4	54,3	54,3	54,5	22,20	0,37
м. Березань	64,2	64,7	64,6	56,1	47,9	-25,39	-14,62
м. Ржищів	74,5	75,8	58,4	62,7	64,0	-14,09	2,07
м. Буча	32,9	56,7	61,2	71,4	72,5	120,36	1,54
м. Славутич	-	-	-	37,4	36,2	-	-3,21

Рангові показники поширеності на розлади психіки та поведінки населення у розрізі районів Київської області у 2016 р. наведено у табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Поширеність та захворюваність на розлади психіки та поведінки населення Київської області (на 10 тис. нас.) у 2016 р.

Поширеність		Захворюваність	
Поліський	296,2	Поліський	17,3
м. Славутич	346,5	Києво-Святошинський	30,5
Києво-Святошинський	346,7	Бориспільський	32,6
Бориспільський	389,4	Яготинський	35,3
Білоцерківський	420,1	м. Славутич	36,2
Васильківський	421,1	Рокитнянський	36,9
Богуславський	423,8	Баришівський	38,5
м. Ірпінь	423,8	Макарівський	42,6
Бородянський	425,0	Володарський	42,9
м. Березань	426,9	Переяслав-Хмельницький	43,3
Баришівський	430,2	Ставищенський	43,8
Область	430,3	Васильківський	47,3
Ставищенський	432,7	м. Березань	47,9
Яготинський	435,5	Білоцерківський	50,1
Броварський	437,3	Бородянський	50,3
Обухівський	439,4	Згурівський	50,3
Володарський	446,6	Область	51,5
Фастівський	447,2	Іванківський	52,2
Миронівський	449,8	Фастівський	52,2
м. Буча	450,9	Миронівський	54,1
Переяслав-Хмельницький	451,6	Обухівський	54,1
Іванківський	452,0	м. Ірпінь	54,5
Макарівський	453,8	Тетіївський	54,6
м. Ржищів	459,8	Броварський	56,7
Тетіївський	460,1	Богуславський	57,7
м. Біла Церква	461,7	Таращанський	62,2
Таращанський	464,4	м. Ржищів	64,0
Рокитнянський	467,8	м. Біла Церква	64,1
Кагарлицький	468,3	Сквирський	65,2
Вишгородський	468,7	Кагарлицький	67,0
Згурівський	470,8	м. Буча	72,5
Сквирський	487,4	Вишгородський	92,3

Найменші показники поширеності зафіксовані у Поліському (296,2 на 10 тис. населення), Києво-Святошинському (346,7) районах та м. Славутич (345,6); найвищі – у Вишгородському (468,7), Згурівському (470,8), Сквирському (487,4) районах. Подібна тенденція спостерігалась і за показниками захворюваності; так, найнижчі показники відзначені у: Поліському (17,3 на 10 тис. населення), Києво-Святошинському (30,5), Бориспільському (32,6) районах; найвищі – у Вишгородському (92,3), Кагарлицькому (67,0) та м. Буча (72,5). Слід відмітити, що Вишгородський район входив до трійки лідерів, як за поширеністю, так і захворюваністю за даним класом хвороб (табл. 3.7, 3.8) [32, 49].

Нижчі за обласні (430,3 на 10 тис. населення) показники поширеності на розлади психіки та поведінки населення мали місце у 11 адміністративно-територіальних одиницях, з них у чотирьох вони були нижчими за загальноукраїнські (391,6): Поліський (292,6), Києво-Святошинський (346,7), Бориспільський (389,4) райони та м. Славутич (346,5); вищими – в 20 адміністративно-територіальних одиницях. Щодо захворюваності, то в 16 адміністративно-територіальних одиницях показники були нижчими за обласні (51,5 на 10 тис. населення), серед них 11 територій, де показник менший загальноукраїнського (45,0), а саме: Поліський район (17,3), Києво-Святошинський (30,5), Бориспільський (32,6), Яготинський (35,3), Рокитнянський (36,9), Баришівський (38,5), Макарівський (42,6), Володарський (42,9), Переяслав -Хмельницький (43,3), Ставищенський (43,8) та м. Славутич (36,2) (табл. 3.9) [32, 49].

Динаміку змін поширеності на розлади психіки та поведінки в Київській області по районах (містам) подано в табл. 3.7. Рівень поширеності на розлади психіки та поведінки в порівнянні з попереднім роком зменшився у 19 адміністративно-територіальних (район/місто) одиницях: спостерігалось зменшення показника на 0,16 % у Ставищенському районі, на 5,4 % – у Богуславському. В інших районах показник зріс: у Бородянському – на 0,09 %, Макарівському – на 0,2 %, Яготинському – на 0,48 %, Вишгородському –

на 1,47 %, Бориспільському – на 1,51 %, Таращанському – на 1,78 %, Фастівському – на 2,66 %, Поліському – на 3,71 %, Броварському – на 6,32 % та місті Біла Церква – на 0,30 %, Ржищеві – на 1,12 %, м. Буча – на 7,33 %. Спостереження щодо динаміки поширеності на розлади психіки та поведінки в Київській області протягом п'ятирічного періоду вказало, що серед населення м. Буча відбулось найвище зростання показників, а саме, у 2016 р. – на 7,33 % відносно 2015 р. (450,9 на 10 тис. населення), та на 24,59 % (361,9 на 10 тис. населення) – проти 2012 р. Крім цього, показники захворюваності населення на розлади психіки та поведінки у м. Буча були найвищими – 72,5 на 10 тис. населення [32, 49, 141, 142, 155].

Таким чином, незважаючи на окремі тенденції зменшення рівня поширеності розладів психіки та поведінки серед населення України, аналіз стану психічного здоров'я населення за показниками захворюваності як в Україні, так і в Київській області, вказав на збереження проблеми та потребу в прийнятті стратегічних рішень в сфері охорони психічного здоров'я. Втіленням їх може бути, наприклад, Державна програма з охорони психічного здоров'я населення України, розроблена за наступними принципами: перспективність, пріоритетність, реалізованість, поетапність, комплексність [23, 86].

Висновки до розділу 3

1. Встановлено, що в Україні зберігаються ознаки тривалої демографічної кризи, про що свідчить скорочення загальної чисельності населення, переважно за рахунок природних причин, а саме, зменшення рівня народжуваності, високого показника смертності з нестійкою позитивною динамікою. Як наслідок, має місце від'ємний природній приріст населення. Збройний конфлікт на сході країни сприяв активному розселенню людей у м. Києві та Київській області, де чисельність населення за період дослідження,

на відміну від інших регіонів, поступово зростала за рахунок внутрішніх міграційних процесів.

2. Показано, що стан здоров'я населення України та Київської області за період дослідження погіршився за показниками захворюваності та поширеності хвороб, які зросли по Україні відповідно на 2,5 % та 1,5 %, по області – на 6,12 % та на 4,49 %.

3. Виявлено, що поширеність розладів психіки та поведінки серед населення України поступово знижувалась з 466,0 на 10 тис. нас. у 2012 році до 391,6 на 10 тис. нас. у 2016 році. Аналогічні тенденції зниження показника простежувались серед населення Київської області – відповідно з 450,3 до 430,3 на 10 тис. нас. при вищому рівні показника у 2016 році в порівнянні з показником по країні. В той же час у м. Буча, куди найбільш активно прибувало постраждале на сході країни населення, показники поширеності розладів психіки та поведінки зросли з 361,9 до 450,9 на 10 тис. нас.

4. Показник захворюваності населення на розлади психіки та поведінки у м. Буча також зріс з 32,9 до 72,5 на 10 тис. нас. за відповідний період, тоді як по країні він зріс лише з 40,5 до 45 на 10 тис. нас., а по області помірно знизився з 55 до 51,5 на 10 тис. нас., залишаючись вищим показника по Україні. Захворюваність населення м. Буча на розлади психіки та поведінки виявилась у 2016 році найвищою в області (72,5 на 10 тис. нас.).

5. Отримані результати підтвердили вплив несприятливих демографічних процесів і макросоціальних стрес-асоційованих чинників, зокрема, пов'язаних із збройним конфліктом, на стан здоров'я відповідного контингенту населення. Особливої уваги потребує психічне здоров'я, що підтверджує негативна динаміка поширеності розладів психіки та поведінки в місцевості переважного проживання постраждалих осіб та активне накопичення хвороб цього класу в популяції при низькому виявленні в медичній мережі.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наукову статтю [316].

РОЗДІЛ 4

ВПЛИВ ЧИННИКІВ РИЗИКУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПРОЯВАМИ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ

Епідемія захворювань, а саме, неінфекційних в тій чи іншій мірі пов'язана зі способом життя та появою внаслідок цього фізіологічних чинників ризику. Закономірністю є й те, що зниження рівнів цих чинників сприяє зменшенню як захворюваності, так і смертності [19, 254, 285].

На основі зазначених взаємозв'язків створена концепція ризик-факторів, яка є науковою базою профілактики захворювань, основою якої є, за даними епідеміологічних, клінічних та експериментальних досліджень, визначення чинників, що тісно пов'язані з генетичними особливостями людини, її способом життя та оточуючим середовищем і впливають на розвиток хвороб [43, 44, 242, 244, 251, 275].

4.1 Аналіз впливу медико-соціальних характеристик хворих на формування тривоги та депресії

Комплекс медико-соціальних досліджень серед респондентів, згідно з програмою наукової роботи, проведений з метою виявлення стрес-асоційованих чинників ризику розвитку проявів психічних розладів – тривоги і депресії, як основних показників наявності порушень психосоматичного здоров'я, та чинників впливу на зміну соматичного (фізичного) здоров'я.

Корекція чинників, пов'язаних зі способом життя, призводитиме до зниження індивідуального ризику порушень здоров'я за рахунок впливу саме на біологічні чинники, такі як відхилення у вуглеводному, жировому обміні та надлишкова маса тіла [148]. Тому важливо дослідити саме ті чинники ризику, які є актуальними в сучасних умовах, що дозволить покращити

функціонально-організаційну модель профілактики, ранньої діагностики психічних порушень у хворих з соматичною патологією на етапі ПМД.

Як зазначено у р. 2, у дослідженні приймали участь 532 пацієнти (136 чоловіків, 396 жінок) Бучанської міської поліклініки Київської області.

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

За результатами аналізу вікових і статевих характеристик респондентів встановлено: вікові межі опитаних склали 18-84 роки; розподіл респондентів за статтю статистично значимо не відрізнявся в окремих вікових групах ($p=0,267$); середній вік чоловіків склав $43,7\pm 15,8$ років, жінок – $40,1\pm 16,8$ (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Розподіл респондентів за віковими групами (абс., %)

Вікові групи	Число осіб в групах, всього	У тому числі			
		жінки		чоловіки	
		абс.	%	абс.	%
До 30	136	96	70,6±3,9	40	29,4±3,9
31-40	129	95	73,6±3,9	34	26,4±3,9
41-50	96	79	82,3±3,9	17	17,7±3,9
51-60	75	58	77,3±4,8	17	22,7±4,8
Старше 60	96	68	70,8±4,6	28	29,2±4,6
Всього	532	396	74,4±1,9	136	25,6±1,9
P (χ^2)	$\chi^2 = 5,2; p = 0,267$				

Виявлення тривоги та депресії здійснювалося за допомогою загальноновживаного психодіагностичного опитувальника – госпітальної шкали тривоги та депресії HADS.

Аналіз частоти виявлення депресії (субклінічної та клінічної форм) у респондентів показав, що вона характерна для 196/396 (49,5 %) жінок та для 56/136 (41,2) чоловіків, що свідчить про тенденцію до підвищення ризику розвитку депресії у жінок – оцінка шансів $OR=1,40$ (0,94-2,08), $p=0,094$.

Чисельність респондентів з стресовими станами в окремих вікових групах, що проявляються у вигляді депресії, наведено в таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

Чисельність осіб з проявами депресії залежно від віку (абс., %)

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

Примітки:

1. # – оцінка відношення шансів OR (95%ДІ) у порівнянні з віковою групою до 30 років;

2. * – оцінка статистично значима ($p<0,05$)

Отже, встановлено, що чисельність осіб з проявами депресії суттєво відрізняється залежно від віку хворих. Мінімальний рівень стресових характеристик виявляється у віці до 30 років - 45 (33,1 %) з поступовим підвищенням ризику у кожній наступній віковій групі: 31-40 років –

56 (43,4%), OR=1,55 (0,94-2,55), p=0,084; 41-50 років – 48 (50,0%), OR=2,02 (1,18-3,46), p=0,010; 51-60 років – 44 (58,7%), OR=2,87 (1,60-5,14), p=0,0001; старше 60 років – 59 (61,5%), OR=3,22 (1,87-5,56), p=0,0001.

Належність до групи осіб пенсійного віку, питома вага яких складала 99 (18,6 %), виявилась суттєвим чинником ризику виявлення депресії у цій групі пацієнтів, які склали 67 (67,7 %) випадків. В працездатному віці знаходились 433 (81,4 %) обстежених, кількість пацієнтів з виявленою депресією в цій групі була суттєво нижчою – 185 (42,7 %), p<0,0001. Це дозволило зробити висновок про суттєве підвищення відносного ризику розвитку депресії у соматичних хворих пенсійного віку у 2,81 рази, OR=2,81 (1,73-4,61), p<0,0001.

Наступний крок присвячувався аналізу даних щодо виявлення депресії залежно від індексу маси тіла (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Розподіл респондентів за індексом маси тіла (абс., %)

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

Показники індексу маси тіла в межах норми (ІМТ до 25) мали 50,4±2,2 % респондентів. Респонденти з надлишковою вагою (ІМТ 25-30) склали 19,5±1,7 %, та з ожирінням різних ступенів (ІМТ більше 30) – 30,1±2,0 %. Середній Індекс склав 25,7±5,7. Чисельність респондентів з виявленою депресією залежно від наявності надлишкової маси тіла чи ожиріння наведено в таблиці 4.4.

Таблиця 4.4

**Чисельність респондентів з депресією залежно від надлишкової
маси тіла (абс., %)**

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

Примітки:

1. # – оцінка відношення шансів OR (95%ДІ) у порівнянні з групою з нормальним індексом маси тіла;

2. * – статистично значима ($p < 0,05$)

Отримані результати засвідчили про суттєве зростання чисельності хворих з проявами ознак депресії за умови збільшення надлишкової маси тіла та ожирінням – OR=1,57 (1,12-2,22), $p=0,009$.

Крім аналізу впливу демографічних та антропометричних характеристик на розвиток депресії, нами проведено аналіз впливу наявності хронічних соматичних захворювань на формування стресового статусу пацієнтів. Першим етапом даного аналізу стало визначення питомої ваги пацієнтів з окремими захворюваннями та поєднаними захворюваннями (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Розподіл досліджуваної групи за наявністю окремих захворювань

Нозологічні групи	Кількість респондентів абс., (%)
1	2
Відсутні захворювання	48 (9,0)
Хвороби органів дихання	80 (15,0)

Продовж. табл. 4.5

1	2
Хвороби органів травлення	106 (19,9)
Хвороби нервової системи	62 (11,7)
Новоутворення	35 (6,6)
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	71 (13,4)
Хвороби системи кровообігу	92 (17,3)
Хвороби сечостатевої системи	38 (7,1)
Наявність двох та більше хвороб	423 (79,5)

Встановлено, що 91 % респондентів звертались з приводу захворювання і тільки 9,0 % – з інших причин. Переважаючими за чисельністю виявились групи осіб з хворобами органів дихання – 80 (15,0 %), органів травлення – 106 (19,9 %), системи кровообігу – 92 (17,3 %). Наявність двох та більше хвороб мала місце у 423 (79,5 %) опитаних.

Особливості поєднання окремих захворювань наведена в таблиці 4.6.

Таблиця 4.6

**Частота поєднання основного та супутніх захворювань у хворих
в умовах амбулаторного спостереження (абс., %)**

Класи захворювань (МКХ-10)		Супутні захворювання							
		Відсутність захворювань	Хвороби органів дихання	Хвороби органів травлення	Хвороби нервової системи	Хвороби ендокринної системи	Хвороби системи кровообігу	Хвороби сечостатевої системи	Всього
Основні		3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Хвороби органів дихання	абс.	5	16	14	22	2	7	14	80
	%	6,25	20	17,5	27,5	2,5	8,75	17,5	100

Продовж. табл. 4.6

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

В аналіз частоти поєднаної патології включено дані хворих, які звертались з приводу захворювань (n=497) та виключено відвідувачів поліклініки з іншою (профілактичною) метою. У 74 (14,89 %) хворих встановлено тільки один діагноз, а у 423 (85,11 %) – як основний, так і супутній. Хвороби органів дихання як основний діагноз найбільш часто поєднувались з супутніми хворобами: органів дихання (інший діагноз) – 16 (20,0 %), органів травлення – 14 (17,5 %), нервової системи – 22 (27,5 %), сечостатевої системи – 14 (17,5 %) випадків.

Хвороби органів травлення також поєднувались з хворобами: органів травлення (іншими) – 35 (33,02 %) випадків та нервової системи – 35 (33,02 %) випадків.

Основний діагноз за хворобами нервової системи поєднувався з супутніми хворобами: органів дихання – 17 (27,42 %) та нервової системи (інший діагноз) – 15 (24,19 %) випадків.

Ендокринна патологія поєднувалась з хворобами органів травлення у 14 (19,72 %) випадків, системи кровообігу – у 20 (28,17 %), сечостатевої системи – у 14 (19,72 %) випадків.

Хвороби системи кровообігу поєднувались з хворобами органів травлення у 20 (21,74 %), нервової системи – у 27 (29,35 %) та сечостатевої – у 11 (28,95 %) випадків.

Отримані дані за частотою поєднання використані для визначення прогностичних значень формування стресового психологічного фону у хворих та підвищення ризику виникнення депресії (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

Частота виявлення депресії залежно від наявності окремих захворювань за класами хвороб (абс., %)

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

Продовж. табл. 4.7

1	2	3	4	5
Хвороби сечостатевої системи	38	15 (39,5)	1,58 (0,64-3,90)	0,315
Поєднана патологія	423	218 (51,5)	2,58 (1,35-4,95)	0,003

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

За отриманими даними, за відсутності соматичних захворювань частота депресії виявилась найнижчою та складала 14 (29,2 %) випадків, а їх наявність підвищувала ризик розвитку. Статистично значимий несприятливий вплив здійснювали хвороби: органів травлення – частота виявлення депресії 65 (61,3 %) випадків, $OR=3,85$ (1,85-8,03), $p=0,001$; новоутворення – частота депресії 22 (62,9 %) випадки, $OR=4,11$ (1,63-10,38), $p=0,002$; хвороби ендокринної системи – виявлення депресії 39 (54,9 %) випадків, $OR=2,96$ (1,36-6,45), $p=0,006$; хвороби системи кровообігу – частота депресії 47 (51,1 %), $OR=2,54$ (1,20-5,34), $p=0,013$ (рис. 4.1).

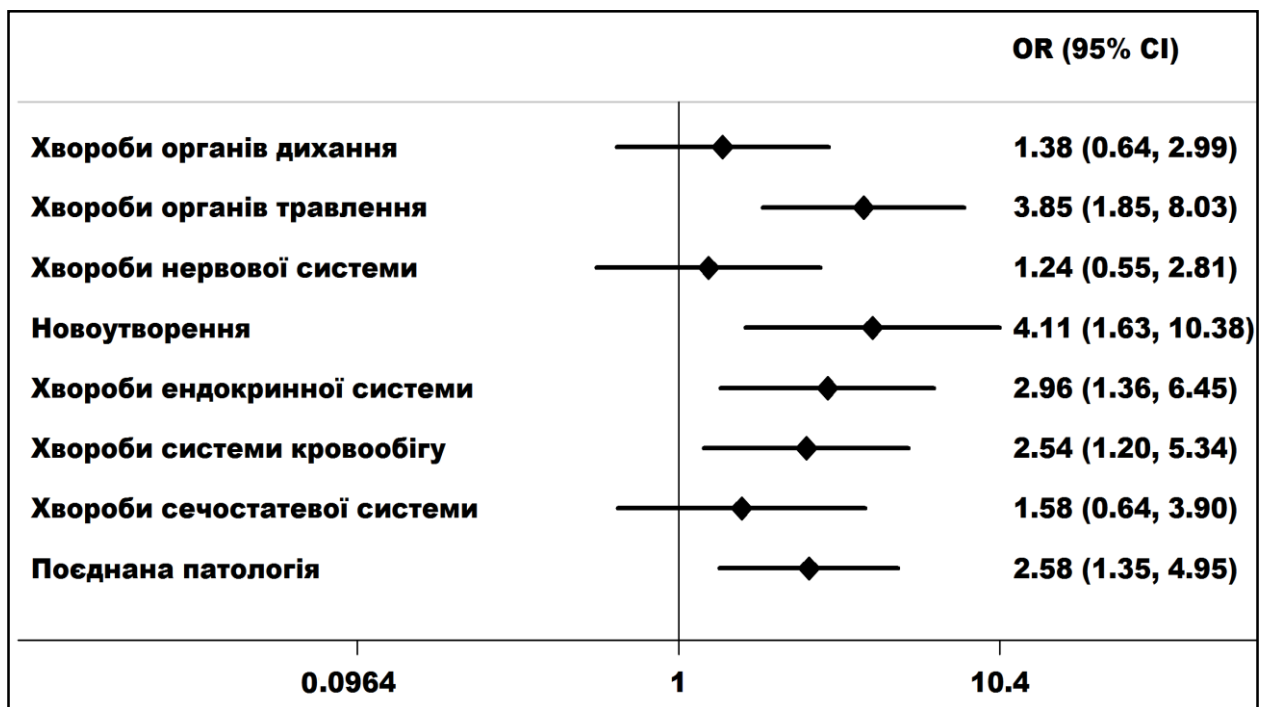


Рис. 4.1. Прогностична оцінка впливу депресії на розвиток соматичних захворювань в амбулаторних хворих (оцінка відношення шансів та 95% довірчий інтервал – $OR(95\%CI)$)

Наявність двох та більше супутніх захворювань (поєднаної патології) було характерним для більшості хворих – 423 (79,5 %). У зв'язку з множинністю комбінацій було неможливо виділити пріоритетні патологічні стани для оцінки підвищення ризику стресового стану хворих, тому проведена узагальнена оцінка: при поєднаній патології частота депресій реєструється у 218 (51,5 %) випадках, а ризик зростає у 2,58 рази – $OR=2,58$ (1,35-4,95), $p=0,003$.

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

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

Розподіл респондентів за рівнем освіти засвідчив, що вищу освіту мали 267 (50,2 %) учасників опитування, не мали вищої освіти – 265 (49,8 %). З'ясовано, що відсутність вищої освіти є несприятливим прогностичним чинником розвитку депресії, оскільки вона виявлялась у 141 з 265 обстежених (53,2 %). За наявності вищої освіти депресія була притаманна лише 41,6% ($p=0,007$) респондентів. Отже, у хворих без вищої освіти (з середньою освітою) ризик підвищеного стресу з розвитком депресії у 1,6 рази вище – $OR=1,60$ (1,12-2,28).

Взаємозв'язок фізичної активності хворих та частоти виявлення депресії залежно від рівнів фізичного навантаження наведено в таблиці 4.8.

**Характеристика фізичної активності та частота виявлення депресії
залежно від рівнів фізичного навантаження (абс., %)**

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

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

З отриманих даних видно, що надмірні фізичні навантаження виявлялись у 280 (52,6 %) опитаних, серед яких депресія встановлена у 150 (53,6 %) респондентів, а у пацієнтів, які мали роботу без надмірного навантаження, депресія виявлена лише у 102 (40,5 %) опитаних, що дозволило зробити висновки про несприятливий прогностичний вплив даного чинника – OR=1,70 (1,20-2,39), P=0,003.

В той же час за умов регулярної фізичної активності з метою оздоровлення, яка була притаманна лише 99 (18,6 %) респондентам, суттєво знижувалась частота депресії – у 37 (37,4 %) учасників опитування проти 215 (49,6 %) респондентів, які регулярно фізичною активністю не займались.

Отже, відсутність останньої з метою оздоровлення у 1,65 рази підвищувала ризик розвитку депресії у соматичних хворих – OR=1,65(1,06-2,59), p=0,027.

За даними опитування, з 532 респондентів 163 (30,6 %) особи не вживали алкоголь, 210 (39,5 %) вживали епізодично, кілька разів на рік, а 142 (26,7 %) опитаних – кілька разів на місяць. Ці групи склали 96,8 % обстежених. За результатами аналізу встановлено, що різниця за частотою виявлення депресії в даних групах коливалась в межах 2-3 %, що не було статистично значимим ($p=0,887$). Отже, вживання алкоголю не впливало на виникнення депресії, як показали результати нашого дослідження.

Паління відмічали у себе тільки 93 (17,5 %) хворих на соматичні захворювання. Депресія виявлена у 46 з цих 93 осіб (49,5 %) у вигляді ознак субклінічної та клінічної депресії та у 206 з 438 хворих (47,0 %), які не були курцями, $p=0,670$. Тобто, достовірних даних щодо впливу тютюнопаління на виникнення депресії не отримано.

У зв'язку зі значним різноманіттям професійних груп хворих з соматичними захворюваннями та малою чисельністю кожної з груп, аналіз впливу професійних чинників на виявлення депресії не показав суттєвої різниці. Проте, проведено узагальнений аналіз за професіями з наявним (вираженим) і відсутнім психоемоційним навантаженням. Встановлено, що 246 (47,4 %) обстежених мали професійне психоемоційне навантаження, а 286 (52,6 %) хворих були без такого. Серед осіб із психоемоційним навантаженням депресія виявлена у 146 (57,9 %) хворих, тоді як в іншій групі виявилась лише у 106 (37,9 %) опитаних, $p<0,0001$. Отже, психоемоційне навантаження виявлено несприятливим прогностичним чинником, який у 2,47 рази збільшує ймовірність розвитку депресії на фоні соматичної патології – $OR=2,47$ (1,72-3,57).

Аналіз задоволеності умовами праці у зв'язку з формуванням стресового статусу у соматичних хворих наведено в таблиці 4.9.

**Аналіз задоволеності умовами праці та частота виявлення депресії
у відповідних групах (абс., %)**

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

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

Виявлено, що 144 (27,1 %) респонденти не задоволені низьким рівнем санітарно-технічних умов праці, що супроводжувалось підвищенням ризику розвитку депресії на фоні соматичних захворювань у 2,06 рази ($p=0,0001$). Незадоволення психологічними умовами роботи відмічали 183 (34,4 %) респонденти, що обумовлювало суттєве зростання ризику депресії в даній групі хворих у 1,98 рази – OR=1,98 (1,38-2,85).

Аналіз самооцінки рівня матеріального забезпечення показав, що 148 (27,9 %) респондентів визначають його як «поганий», 330 (62,2 %) – «середній», 53 (9,9 %) – «добрий». Частота депресій асоціювалась з «поганим» матеріальним станом у 91 (61,5 %) опитаних, а з «добрим» – значно рідше – у 19 (35,8 %), $p=0,001$, OR=2,86 (1,42-5,81).

Низький рівень матеріального забезпечення, вірогідно, визначає відповідні характеристики за доступністю лікарських засобів.

Доступність лікарських засобів за вартістю відзначали 157 (29,5 %) обстежених. В цій категорії соматичних хворих частота розвитку депресії була у 52 (33,1 %) осіб. Недоступність ліків за вартістю асоціювалась з суттєво вищою частотою депресії – у 200 з 375 обстежених (53,3 %), $p=0,0001$, $OR=2,31$ (1,54-3,48).

Одним із соціальних чинників, що обумовлює спосіб життя людей, є сім'я та релігія. Частота виявлення депресії в групах залежно від наявності сім'ї та відношення до релігії наведено в таблиці 4.10.

Таблиця 4.10

Частота виявлення депресії в залежності від сімейного стану та релігійних чинників (число осіб, абс., %)

Групи	Частота виявлення депресії, абс., (%)		Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ)	p
	наявність чинника	відсутність чинника		
Наявність сім'ї	184 (51,4)	68 (39,1)	1,65 (1,14-2,38)	0,008*
Незадоволеність стосунками з рідними	46 (62,2)	206 (45,0)	2,01 (1,21-3,33)	0,006*
Релігійні чинники				
Віра в бога	228 (48,1)	24 (41,4)	1,31 (0,76-2,28)	0,333
Відсутність відвідування богослужіння	189 (47,6)	63 (46,7)	1,04 (0,70-1,54)	0,850
Дотримання посту	28 (48,3%)	224 (47,3)	1,04 (0,60-1,80)	0,883

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

За даними аналізу результатів дослідження, представлених в табл. 4.10, мали сім'ї 358 (67,3 %) респондентів, серед яких суттєво частіше виявлялась

депресія – у 184 (51,4%), ніж серед одиноких та розлучених – оцінка відношення шансів $OR=1,65$ (1,14-2,38).

Вірогідно, підвищений ризик депресії в сімейних респондентів пов'язаний з наявністю незадоволеності стосунками з рідними, що виявлялось у 74 (13,9 %) обстежених. За наявності проблем в сім'ї різниця за частотою була суттєвою і характерною для 46 (62,2 %) осіб за наявності даного чинника та 206 (45,0 %) опитаних при відсутності такого – $OR=2,01$ (1,21-3,33), $p=0,006$ (рис. 4.2.).

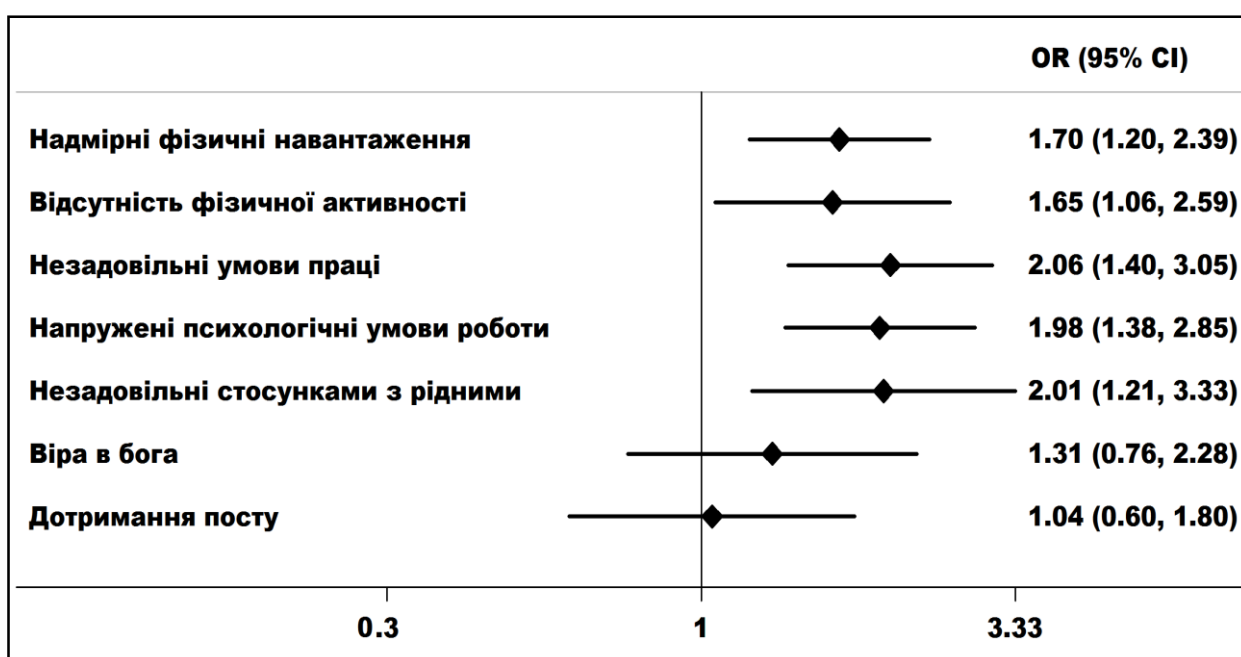


Рис. 4.2. Прогностична оцінка соціально-побутових та виробничих чинників для розвитку депресії у амбулаторних хворих (оцінка відношення шансів та 95% довірчий інтервал – $OR(95\%CI)$)

Релігійні чинники (відвідування богослужіння, дотримання посту) не виявили суттєвого впливу на частоту депресії ($p>0,05$).

Стан психічного здоров'я можна розглядати як складову якості життя, пов'язаної із хворобою, у пацієнтів. Результати опитування наведено в таблиці 4.11.

**Частота низького рівня самооцінки якості життя
в залежності від наявності/відсутності депресії (кількість хворих, абс., %)**

Групи	Частота низького рівня самооцінки, абс., (%)		Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ)	p
	за наявності депресії	за відсутності депресії		
1	2	3	4	5
Оцінка здоров'я	107 (42,5)	47 (16,8)	3,66 (2,45-5,46)	0,0001*
Реалізованість	149 (59,1)	102 (36,4)	2,52 (1,78-3,58)	0,0001*
Любов	13 (8,6)	8 (2,9)	3,18 (1,29-7,85)	0,009*
Задоволення	130 (51,6)	49 (17,5)	5,02 (3,38-7,46)	0,0001*
Наявність друзів	14 (5,6)	4 (1,4)	4,06 (1,32-12,50)	0,009*
Низька соціальна активність	124 (49,2)	99 (35,4)	1,77 (1,25-2,51)	0,001*
Фінансове благополуччя	157 (62,3)	107 (38,2)	2,67 (1,88-3,79)	0,0001*
Проведення часу з сім'єю	92 (36,5)	66 (23,6)	1,86 (1,28-2,72)	0,001*
Задоволення від роботи, діяльності	167 (66,3)	107 (38,2)	3,18 (2,23-4,53)	0,0001*
Соціальний статус	183 (72,6)	123 (43,9)	3,39 (2,35-4,87)	0,0001*

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

Аналіз впливу депресії на самооцінку якості життя амбулаторних хворих показав суттєве зниження самооцінки за всіма досліджуваними характеристиками якості життя. В групі соматичних хворих з наявністю

депресії частота низького рівня самооцінки власного здоров'я виявлялася майже в 3 рази частіше – у 107 (42,5 %) опитаних, ніж в групі без ознак депресії – 47 (16,8 %) хворих, $p < 0,0001$; відсутність реалізованості виявлялася у 149 (59,1 %) досліджених за наявності депресії та у 102 (36,4 %) осіб в групі без депресії. Всі інші наведені в таблиці характеристики якості життя також мали суттєво вищу за кількісними показниками частоту низької самооцінки в групі соматичних хворих з депресією ($p < 0,05$) в порівнянні з групою хворих з аналогічною характеристикою якості без депресії.

Це дозволило зробити висновок про значне погіршення якості життя соматичних хворих за наявності комбінації соматичної патології та депресії. Відносний ризик виявлення низької самооцінки якості життя за окремими параметрами у хворих з соматичною патологією у поєднанні з депресією зростає від OR = 1,77 рази (зниження соціальної активності) до OR=5,02 (зниження задоволеності від життя та відсутність радості від неї), ($p < 0,05$) (рис. 4.3.).

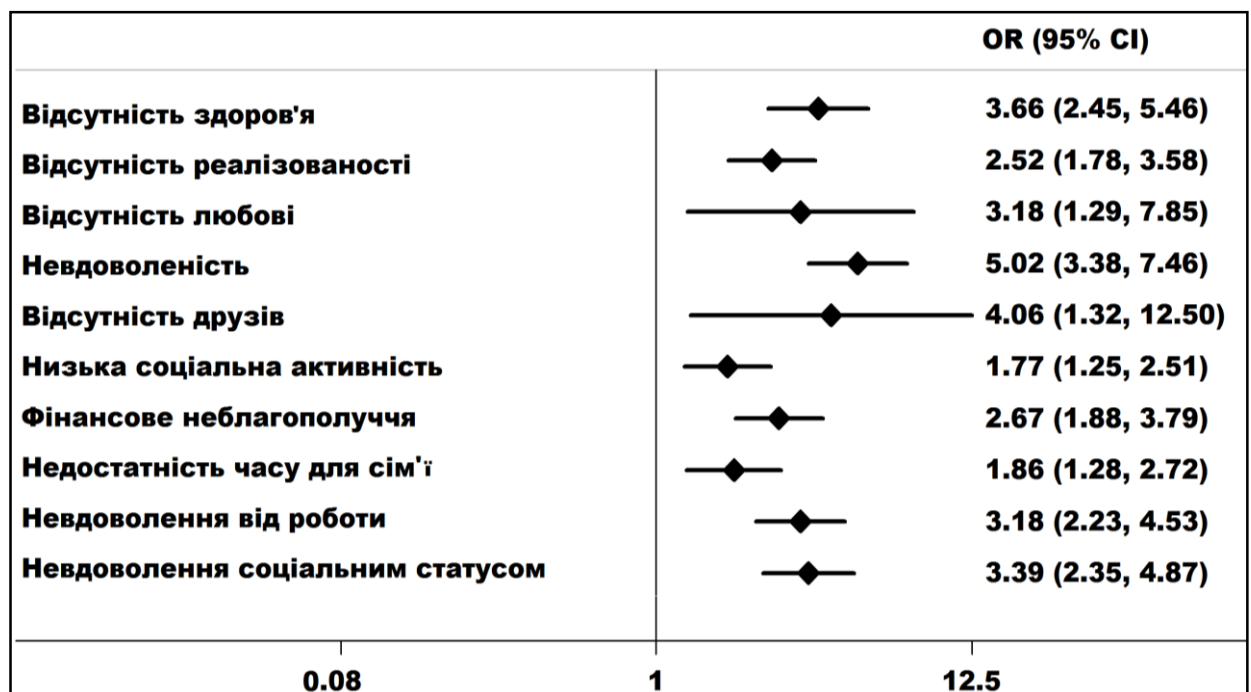


Рис. 4.3. Прогностична оцінка впливу депресії для зниження самооцінки якості життя в амбулаторних хворих (оцінка відношення шансів та 95% довірчий інтервал – OR(95 %CI)

Тривога і депресія є взаємодоповнюючими чинниками, що впливають на психо-емоційний статус хворих, тому проведено аналіз частоти їх виявлення і конкордантності цих параметрів (табл. 4.12).

Таблиця 4.12

Дані конкордантності проявів депресії та тривоги у опитаних, (абс., %)

Депресія	Тривога, число опитаних, абс., (%)		Всього, число опитаних, абс., (%)
	відсутня	наявна	
Відсутня	242 (45,5)	38 (7,1)	280 (52,6)
Наявна	114 (47,4)	138 (25,9)	252 (47,4)
Всього	356 (66,9)	176 (33,1)	532 (100,0)

Встановлено, що 242 (45,5 %) хворих не мали одночасно ознак тривоги та депресії, але 138 (25,9 %) осіб страждали на прояви обох складових стресового стану.

Аналіз взаємозв'язків частоти розвитку депресії залежно від наявності/відсутності окремих чинників наведено вище. Тривога, як встановлено результатами аналізу відповідних даних, виявлялася дещо рідше, ніж депресія – у 176 (33,1 %) хворих. Конкордантність вказаних параметрів притаманна 138 (25,9 %) хворих.

Зважаючи на значну частоту виявлення тривожності, вивчено закономірності формування тривоги у соматичних хворих.

Встановлено, що частота виявлення тривоги суттєво не відрізняється у чоловіків – 125 (31,6 %) та жінок – 51 (37,5 %), $p=0,204$, але суттєво змінювалась залежно від віку хворих. Мінімальний рівень охоплення тривогою виявлявся серед групи хворих до 30 років – 23 (16,9 %) осіб з поступовим підвищенням ризику у наступних вікових групах: 31-40 років – 26 (20,2 %), $OR= 1,24 (0,67-2,31)$, $p=0,497$; 41-50 років – 24 (25,0 %),

OR=1,64 (0,86-3,12), $p=0,131$. Починаючи з віку старше 50 років, частота тривоги у вікових групах зростала на статистично значимому рівні: серед осіб 51-60 років тривога виявлялась у 34 (45,3 %), OR=4,07 (2,15-7,72), $p=0,0001$; старше 60 років – у 69 (71,9 %) хворих, OR=12,56 (6,68-23,61), $p=0,0001$ (табл. 4.13).

Таблиця 4.13

**Частота виявлення тривоги в окремих вікових групах хворих
з соматичними захворюваннями (абс., %)**

Вікові групи	Абсолютна кількість	Частота виявлення тривоги, абс., (%)	Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ) #	p
До 30	136	23 (16,9)	-	-
31-40	129	26 (20,2)	1,24 (0,67-2,31)	0,497
41-50	96	24 (25,0)	1,64 (0,86-3,12)	0,131
51-60	75	34 (45,3)	4,07 (2,15-7,72)	0,0001*
Старше 60	96	69 (71,9)	12,56 (6,68-23,61)	0,0001*

Примітки:

1. # – оцінка відношення шансів OR (95%ДІ) у порівнянні з віковою групою до 30 років;

2. * – статистично значима ($p < 0,05$)

Виявлено статистично значимі зміни в параметрах стресового стану хворих залежно від їх антропометричних характеристик – у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням суттєво зростає ризик розвитку тривоги – OR= 1,71 (1,19-2,46), $p=0,004$ (табл. 4.14).

Таблиця 4.14

**Частота виявлення тривоги залежно від надлишкової маси тіла хворих
(число осіб, абс., %)**

Індекс маси тіла	Абсолютна кількість	Частота виявлення тривоги, абс., (%)	Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ) #	p
Норма (до 25)	268	73 (27,2)	-	-
Надлишкова та ожиріння	264	103 (39,0)	1,71 (1,19-2,46)	0,004*

Примітки:

1. # – оцінка відношення шансів OR (95%ДІ) у порівнянні з групою з нормальним індексом маси тіла;

2. * – статистично значима ($p < 0,05$)

Взаємозв'язок частоти тривоги залежно від окремих соматичних захворювань у опитаних наведено в таблиці 4.15.

Таблиця 4.15

**Частота виявлення тривоги залежно від наявності окремих захворювань
за класами хвороб (число осіб, абс., %)**

Класи хвороб (за МКХ-10) за основним діагнозом	Абсолютна кількість	Частота виявлення тривоги, абс., (%)	Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ)	p
1	2	3	4	5
Відсутність соматичних захворювань	48	8 (16,7)	-	-
Хвороби органів дихання	80	23 (28,8)	2,02 (0,82-4,96)	0,122
Хвороби органів травлення	106	42 (39,6)	3,28 (1,40-7,70)	0,005*

Продовж. табл. 4.15

1	2	3	4	5
Хвороби нервової системи	62	11 (17,7)	1,08 (0,40-2,93)	0,882
Новоутворення	35	14 (40,0)	3,33 (1,21-9,21)	0,017*
Хвороби ендокринної системи	71	31 (43,7)	3,88 (1,59-9,46)	0,002*
Хвороби системи кровообігу	92	40 (43,5)	3,85 (1,62-9,12)	0,002*
Хвороби сечостатевої системи	38	7 (18,4)	1,13 (0,37-3,45)	0,831
Поєднана патологія	423	166 (39,2)	2,79 (1,27-6,09)	0,008*

Примітка. * – статистично значима оцінка відносного ризику та вірогідності різниці відносно без соматичних захворювань ($p < 0,05$)

За відсутності соматичних захворювань частота виявлення тривоги була найнижчою та складала 8 (16,7 %) випадків. Наявність соматичних захворювань підвищувала ризик формування тривожного статусу пацієнтів, як індикатора стресового стану. Зростання частоти тривоги характерне для всіх соматичних захворювань порівняно з особами без них, проте при патології органів дихання, хворобах нервової та сечостатевої системи не було статистично значимим ($p > 0,05$).

При інших класах захворювань (хвороби органів травлення, ендокринної системи, системи кровообігу) суттєво ($p < 0,05$) зростав ризик розвитку тривоги у хворих (більше, ніж у 3 рази). Наявність двох та більше хвороб супроводжувалося зростанням частоти розвитку тривоги у 2,79 рази – OR= 2,79 (1,27-6,09), $p=0,008$ (рис. 4.4).

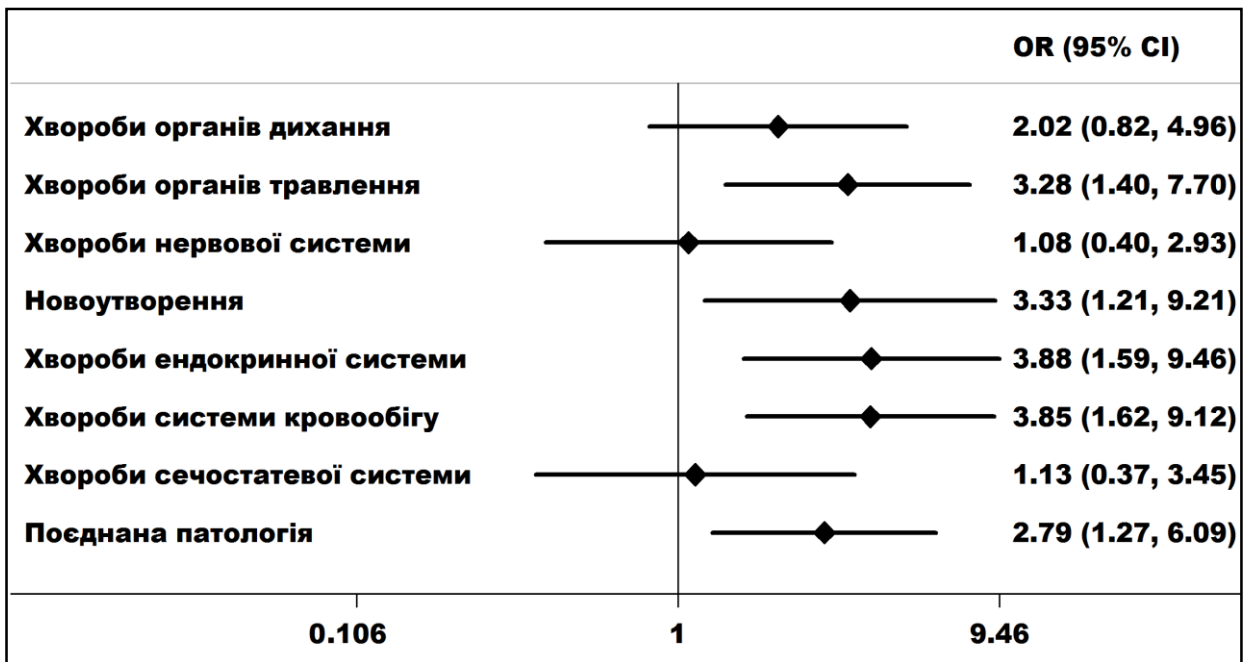


Рис. 4.4. Прогностична оцінка впливу тривоги на розвиток соматичних захворювань в амбулаторних хворих (оцінка відношення шансів та 95% довірчий інтервал – OR(95% CI)

Крім соматичних захворювань встановлено підвищення ризику тривоги у пацієнтів з інвалідністю – 27 (61,4 %), тоді як у хворих без такої тривога значно нижче – 149 (30,6 %) – відносний ризик OR=3,60 (1,91-6,81), p=0,0001.

Відсутність вищої освіти у досліджуваного контингенту сприяла розвитку тривоги, за даними аналізу отриманих результатів, у значної частини хворих – 111 з 265 обстежених (41,9 %). За наявності вищої освіти тривога виявлялась лише у 24,3 % осіб. (p=0,0001). Отже, у хворих без вищої освіти у 2,24 рази вище ризик виявлення тривоги – OR=2,24 (1,55-3,25).

Крім рівня освіти хворих, виявився важливим чинник фізичної активності для формування стресового стану у вигляді тривоги (табл. 4.16): лише у 16 (16,2 %) пацієнтів з регулярною фізичною активністю з метою оздоровлення спостерігались ознаки тривоги, тоді як в групі, якій регулярна фізична активність не була притаманна, тривога виявлена значно частіше – у 160 (37,0 %) осіб.

**Характеристика фізичної активності та частота виявлення тривоги
залежно від рівнів фізичної активності (число осіб, абс., %)**

Групи	Абс., (%)	Частота виявлення тривоги, абс., (%)	Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ)	p
Регулярна фізична активність з метою оздоровлення	99 (18,6)	16 (16,2)	-	-
Відсутність регулярної фізичної активності з метою оздоровлення	433 (81,4)	160 (37,0)	3,04 (1,72-5,37)	0,0001*

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

Отже, відсутність регулярної фізичної активності з метою оздоровлення у 3,04 рази підвищувала ризик розвитку тривоги ($p < 0,001$).

Шкідливі звички (паління та зловживання алкоголем) можна розглядати як причину, так і наслідок формування стресового стану. За результатами аналізу отриманих даних встановлено, що паління не виступало чинником ризику розвитку тривоги у хворих з соматичними захворюваннями, оскільки виявлялось практично однаково серед тих, хто палить – у 32 (34,4 %) осіб і не палить – у 143 (32,7 %) опитаних, $p = 0,743$.

Серед хворих, хто не вживав алкоголь, чи вживав епізодично кілька разів на рік, виявлялася вища частота тривоги – у 128 (34,5 %) осіб, ніж серед осіб, які вживали алкоголь частіше, – у 48 (29,8 %) опитаних. Однак дана різниця між групами була статистично незначима ($p = 0,291$), що не дозволяє визначити вживання алкоголю чинником ризику розвитку тривоги у соматичних хворих.

Пацієнти, які працювали в несприятливих санітарно-технічних умовах, мали прояви тривоги у 71 (46,7 %) випадків, тоді як покращення умов праці супроводжувалося зниженням частоти виявлення тривоги, оскільки виявлено лише у 105 (27,6 %), $p=0,001$. Отже, виявлено, що незадовільні умови праці у 2,3 рази підвищують ризик розвитку тривоги – $OR=2,3$ (1,55-3,39).

Встановлено, що важливим чинником ризику розвитку тривоги є незадовільні відносини у сім'ї – у 31 (61,7 %) досліджених, тоді як при сприятливому сімейному кліматі тривога виявлялася лише у 139 (29,4 %) респондентів – $OR=3,85$ (2,21-6,73), $p=0,001$.

Віднесення себе пацієнтами до групи віруючих чи не віруючих в Бога не виявило статистично значимої різниці за частотою наявності тривоги.

Поганий матеріальний стан супроводжувався тривогою у 88 з 148 хворих (59,5 %), тоді як серед осіб, які визначили свій матеріальний стан як середній та добрий, тривога виявилась лише у 93 (24,2 %), оцінка відношення шансів $OR=3,89$ (2,61-5,80), $p=0,001$.

Характер харчування хворих, який, вірогідно, обумовлений матеріальним станом сім'ї, оцінювали за частотою вживання риби, овочів та фруктів. Встановлено, що в групі регулярного споживання фруктів (щоденно, чи не рідше 3 раз на тиждень) частота виявлення тривоги була меншою – у 18 (21,7 %) опитаних, ніж в групі з епізодичним споживанням фруктів – у 158 (35,2 %) респондентів. Тобто, факт регулярного споживання фруктів обумовлював зниження імовірності виявлення тривоги у хворих на 49 % – $OR=0,51$ (0,29-0,89). Аналогічна закономірність була притаманна для групи хворих, що регулярно споживали рибу – тривога виявлялась у 16 (18,0 %) опитаних проти 160 (36,1 %) осіб, які не споживали або дуже рідко споживали рибу – констатовано зниження ризику виявлення тривоги на 61 % – $OR=0,39$ (0,22-0,69) (табл. 4.17).

Характеристика частоти виявлення тривоги залежно від частоти вживання риби, овочів, та фруктів (число осіб, абс., %)

Параметри	Частота виявлення тривоги, абс., (%)	Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ)	p
Регулярне споживання фруктів (щоденно чи не рідше 3 раз на тиждень)	18 (21,7)	0,51 (0,29-0,89)	0,016
Нерегулярне споживання фруктів (епізодично чи рідше 3 раз на тиждень)	158 (35,2)		
Регулярне споживання риби (щоденно чи не рідше 1 разу на тиждень)	16 (18,0)	0,39 (0,22-0,69)	0,001
Нерегулярне споживання риби (епізодично чи рідше 1 разу на тиждень)	160 (36,1)		

Отже, матеріальний стан, характер харчування, економічна доступність ліків є пов'язаними параметрами, які впливають на психо-емоційний стан пацієнтів.

Аналіз зміни самооцінки якості життя від наявності тривоги у хворих наведено в таблиці 4.18.

Частота низького рівня самооцінки якості життя в залежності від наявності/відсутності тривоги (число осіб, абс., %)

Групи	Частота низького рівня самооцінки, абс., (%)		Оцінка відношення шансів OR (95%ДІ)	p
	за наявності тривоги	за відсутності тривоги		
Оцінка здоров'я	101 (65,6)	75 (19,8)	7,70 (5,07-11,69)	0,0001*
Реалізованість	125 (49,8)	51 (18,1)	4,47 (3,02-6,62)	0,0001*
Любов	14 (66,7)	162 (31,7)	4,31 (1,71-10,88)	0,001*
Задоволення	109 (60,9)	67 (19,0)	6,65 (4,45-9,93)	0,0001*
Наявність друзів	11 (55,0)	165 (32,2)	2,57 (1,04-6,32)	0,034*
Низька соціальна активність	112 (50,2)	64 (20,7)	3,86 (2,64-5,65)	0,0001*
Фінансове благополуччя	127 (48,1)	49 (18,3)	4,14 (2,80-6,14)	0,0001*
Проведення часу з сім'єю	85 (53,8)	91 (24,3)	3,62 (2,45-5,36)	0,0001*
Задоволення від роботи, діяльності	137 (50,0)	39 (15,1)	5,62 (3,71-8,50)	0,0001*
Соціальний статус	153 (50,0)	23 (10,2)	8,83 (5,43-14,35)	0,0001*

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

Проведений аналіз залежності самооцінки якості життя від наявності тривоги виявив зниження самооцінки за всіма досліджуваними характеристиками якості життя. Встановлено, що відносний ризик виявлення низької самооцінки, за окремими параметрами у хворих з соматичною патологією у поєднанні з тривогою зростав від OR=2,57 рази (Наявність друзів) до OR=8,83 (Соціальний статус), ($p < 0,05$) (рис. 4.5.).

групу 39 хворих військовослужбовців та учасників АТО. Контрольною групою були хворі без професійного психоемоційного навантаження – 286 (52,6 %) від досліджуваних хворих (табл. 4.19).

Таблиця 4.19

**Результати опитування з метою виявлення тривоги та депресії
у військовослужбовців, учасників АТО (абс., %)**

Групи респондентів	Особи з наявними проявами депресії, тривоги, абс., (%)	Оцінка відношення шансів OR (95% ДІ)	p
Військовослужбовці та учасники АТО	31/39 (79,5)	6,58 (2,92-14,84)	0,001
Професії без психоемоційного навантаження	106/286 (37,9)		
Переселенці	16/27 (59,3)	4,21 (1,89-9,39)	0,001
Місцеві мешканці, що мають постійне житло	95/370 (25,7)		

Встановлено, що серед військовослужбовців та учасників АТО прояви тривоги та депресії виявились у 31 (79,5 %) осіб, що, відповідно, визначило зростання відносного ризику розвитку даного стану у 6,58 разів – OR=6,58 (2,92-14,84). Даний ризик більше, ніж у 2 рази перевищував аналогічний для осіб цивільних професій з психо-емоційним навантаженням.

Серед переселенців частота проявів тривоги та депресії виявлялась у 59,3 % хворих. Контрольною групою були місцеві мешканці, що мають постійне житло і тривалий час проживають в районі обслуговування (більше 5 років). Серед останніх прояви тривоги та депресії виявились у 25,7 % осіб, тоді як серед переселенців – у 59,3% осіб. Отже, для переселенців ризик стресових станів зростав у 4,21 рази.

4.2. Аналіз організації первинної медичної допомоги хворим з проявами тривоги та депресії

Результати аналізу впливу демографічних, соціальних, побутових, професійних чинників на розвиток депресії та тривоги у хворих з соматичними захворюваннями є науковою інформацією, яка може бути використана для оптимізації надання їм профілактичної допомоги, зокрема, в умовах первинної медичної допомоги. З цією метою одним із завдань дослідження визначено вивчення існуючого стану організації первинної медичної допомоги хворим з ознаками/проявами психічних розладів.

Як було показано вище, 242 (45,5 %) хворих не мали ознак тривоги та депресії, а 290 (54,5 %) мали прояви стресового стану, що проявлялося у наявності депресії – у 252 хворих (47,37 %) чи тривоги – у 176 хворих (33,08 %), або у комбінаціях даних проявів психічних розладів. Подальший аналіз проведено за вказаними групами респондентів.

Отримані результати засвідчили, що при наявності ознак порушень психічного здоров'я зменшувався обсяг диспансерного спостереження (27,6 % хворих проти 46,3 % хворих без ознак тривоги і депресії) та зростав обсяг різних форм лікування (табл. 4.20). При цьому переважало періодичне (43,1 %), а не регулярне (15,5 %) чи курсове лікування (13,3 %).

Таблиця 4.20

Характеристика переважних типів лікування залежно від проявів порушень психічного здоров'я у хворих (абс., %)

Переважний тип лікування	Порушення психічного здоров'я у хворих, абс., (%)		Всього хворих, абс., (%)
	відсутні порушення	наявні порушення	
1	2	3	4
Диспансерне спостереження	112 (46,3)	80 (27,6)	192 (36,1)

Продовж. табл. 4.20

1	2	3	4
Регулярне лікування	13 (5,4)	45 (15,5)	58 (10,9)
Курсове лікування	21 (8,7)	40 (13,8)	61 (11,5)
Періодичне	96 (39,7)	125 (43,1)	221 (41,5)
P (χ^2)	$\chi^2=28,6$ p=0,0001		-

Отже, серед хворих без порушень психічного здоров'я суттєво більшою була група пацієнтів, які знаходились під диспансерним спостереженням (46,3 %) порівняно з групою таких хворих серед осіб з ознаками психічних розладів, що й обумовлювало зменшення обсягу різних типів лікування, і це підтверджено статистично значимою різницею між вказаними групами (p=0,0001).

Експертна оцінка обґрунтованості вибору спеціаліста хворими при первинному звертанні здійснювалася на підставі даних 532 медичних карт амбулаторних хворих КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги». Як вказано у р. 2 дисертації, експертну оцінку здійснювала створена експертна комісія в КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги».

Встановлено, що обсяг первинних звернень до лікарів загальної практики був суттєво вищим в групі хворих без ознак порушень психічного здоров'я – 55,2 % осіб - у порівнянні з групою пацієнтів з наявними ознаками стресу – 39,7 % опитаних (p=0,001) [Додаток Г-1].

Виявлено, що обґрунтовано звертались до лікарів загальної практики 83,1 % хворих без ознак розладів психічного здоров'я проти 72,2 % хворих з групи з ознаками стресу (p=0,029). Також з'ясовано, що у 60,3 % випадках пацієнти з ознаками стресу первинно зверталися до вузьких спеціалістів проти 33,9 % випадків звернень з групи хворих без психо-емоційного стресу, які звернулись первинно до лікаря загальної практики – сімейного лікаря (p=0,001). При цьому обґрунтовано при первинному зверненні до вузьких спеціалістів звернулись 73,7 % пацієнтів з наявними ознаками стресу проти 85,4 % пацієнтів в іншій групі (p=0,037) (табл. 4.21).

**Характеристика обґрунтованості вибору спеціаліста хворими
при первинному звертанні, (кількість хворих, абс., %)**

Показники	Хворих з порушеннями психічного здоров'я, абс., (%)		Всього хворих абс.=532, (%)	p
	відсутні порушення, абс.=242	наявні порушення, абс.=290		
Обсяг звернень до лікарів загальної практики	160/242 (55,2)	115/290 (39,7)	275 (51,7)	0,001
В т.ч. обґрунтоване	133/160 (83,1)	83/115 (72,2)	216/275 (78,5)	0,029
Обсяг звернень до вузьких спеціалістів	82/242 (33,9)	175/290 (60,3)	257/532 (48,3)	0,001
Обґрунтовані звернення до спеціаліста при первинному зверненні	70/82 (85,4)	129/175 (73,7)	199/257 (77,4)	0,037

Отже, наявність стресових психоемоційних чинників впливала на обґрунтованість первинного звернення як до лікарів загальної практики, так і до вузькопрофільних спеціалістів.

Дотримання призначеного лікування хворими практично не відрізнялося в групах: 110 (45,5 %) пацієнтів з групи без порушень психічного здоров'я були лояльними до лікарських призначень та 142 (49,0 %) хворих – з групи з такими порушеннями, $p=0,419$. Разом з тим виявлено, що прояви порушень психічного здоров'я сприяли самостійному використанню лікарських засобів, без призначення лікаря: 128 (44,1 %) пацієнтів з порушеннями психічного здоров'я практикували самолікування, на відміну від 81 (33,1 %) особи іншої групи, $p=0,012$.

В групі хворих з порушеннями психічного здоров'я тільки 61 (21,0 %) осіб відмічали доступність для себе лікарських засобів за вартістю. В групі

пацієнтів без порушень психічного здоров'я відсоток таких осіб був майже в 2 рази вищий – 96 (39,7 %), $p=0,001$. Отримані результати свідчать про те, що хворі з проявами тривоги та депресії отримують нераціональне, неякісне лікування, оскільки з одного боку, використовують лікарські засоби без призначення лікаря, а з іншого боку, лікарські засоби для переважної більшості пацієнтів є недоступні за вартістю.

Аналіз кратності відвідувань на один випадок захворювання показав, що 220 (41,4 %) хворих роблять один-два візити на кожен випадок лікування, а 199 (37,4 %) мають більше чотирьох візитів. Встановлено, що кратність візитів на один випадок лікування статистично значимо відрізнялася в групах за критерієм наявності порушень психічного здоров'я: при наявних порушеннях психічного здоров'я 130 (44,8 %) хворих відвідали лікаря більше чотирьох разів, а один-два візити здійснили 105 (36,2 %) хворих. В групі осіб без порушень психічного здоров'я виявлена протилежна закономірність ($p<0,05$), що дозволило зробити висновок про потреби хворих з порушеннями психічного здоров'я (тривоги та депресії) у первинній медичній допомозі (табл. 4.22).

Таблиця 4.22

Кількість відвідувань лікаря на один випадок лікування залежно від проявів порушень психічного здоров'я (хворих, абс., %)

Кількість відвідувань	Хворі з порушеннями психічного здоров'я, абс., (%)		Всього хворих, абс., (%)
	відсутні	наявні	
1-2	115 (47,5)	105 (36,2)	220 (41,4)
3-4	58 (24,0)	55 (19,0)	113 (21,2)
Більше 4	69 (28,5)	130 (44,8)	199 (37,4)
P (χ^2)	$\chi^2 = 15,0$ $p=0,0005$		-

Аналіз своєчасності первинного звернення показав, що в групі хворих з тривогою та депресією середня тривалість між початком захворювання до звернення до лікаря складає $3,2 \pm 0,4$ днів, а в групі без вказаних чинників даний період скорочується на 1,4 дня $1,7 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

Всі наведені вище організаційні параметри впливають на перебіг основного захворювання та тривалість ремісії при хронічних захворюваннях. Нами проаналізована тривалість безрецидивного періоду захворювання для хворих досліджуваних груп за критерієм наявності чи відсутності ознак тривоги та депресії (рис. 4.6).

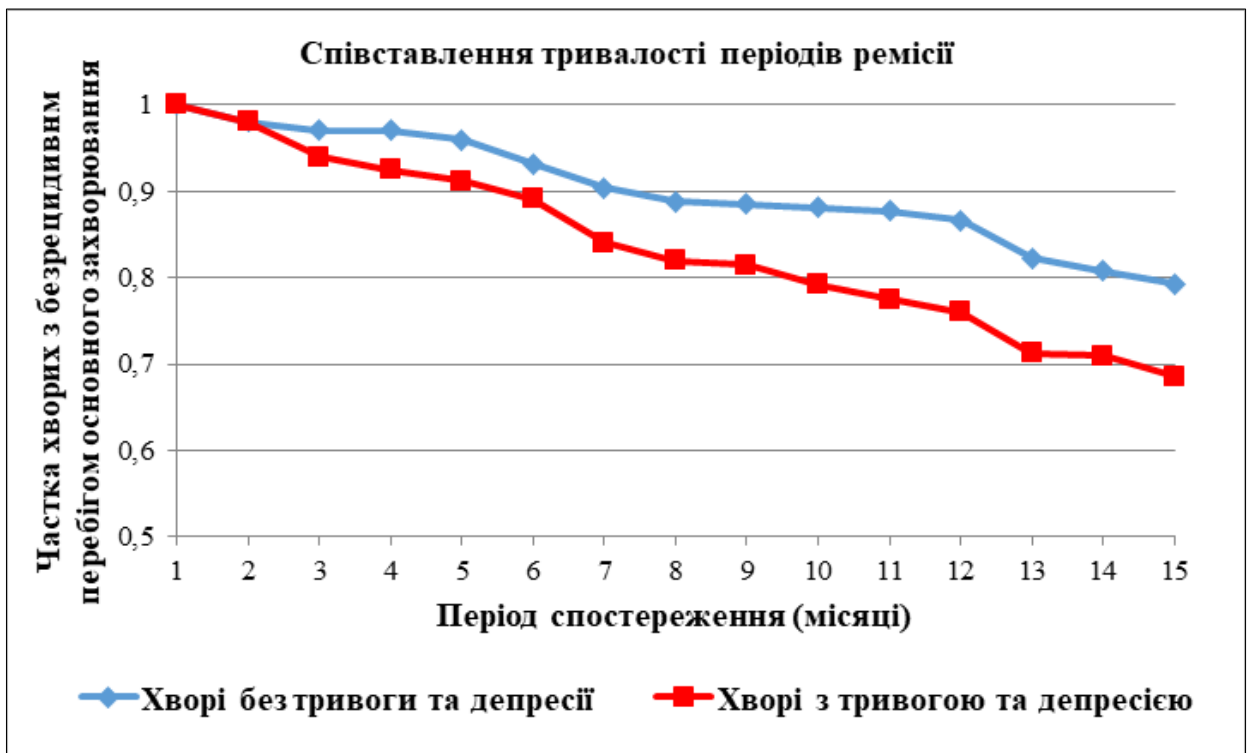


Рис. 4.6. Тривалість безрецидивного перебігу захворювання в порівнюваних групах залежно від наявності тривоги та депресії (за методикою Каплана-Майєра)

Встановлено, що в групі хворих без ознак тривоги та депресії суттєво вища тривалість періодів безрецидивного перебігу захворювання в порівнянні з групою хворих з ознаками тривоги та депресії, де зростає ризик виникнення рецидиву основного захворювання в більш короткі строки –

HR=1,57(0,47-5,22), $p=0,473$ (Hazard ratio). Дана різниця статистично не значима за рахунок значного різноманіття захворювань та особливостей їх лікування, проте формується чітка тенденція, яка обумовлена на первинному етапі наявністю тривоги та депресії у хворих, і яка не врахована при організації надання первинної медичної допомоги, що призводить до зниження її ефективності та нераціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

4.3. Оцінка задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою

З метою оцінки задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням за результатами одержаної первинної медичної допомоги, проведено анкетування пацієнтів за розробленою анкетною, як зазначено у р. 2.

Анкетування проводилося з 25.05.2018 р. по 19.06.2018 р.

У дослідженні прийняло участь 348 осіб; структура досліджуваної групи респондентів за статтю виглядала наступним чином: в опитуванні прийняли участь 226 (64,94 %) жінок, 122 (35,06 %) – чоловіків.

За віком респонденти розподілилися, відповідно до вікової періодизації ВООЗ, як представлено на рис. 4.7.

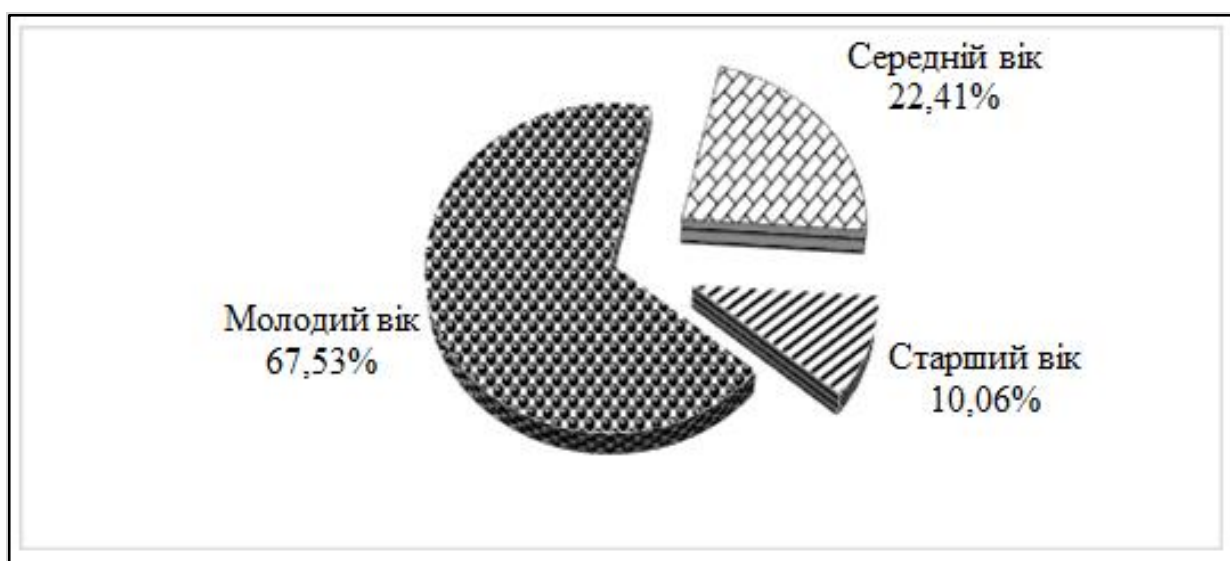


Рис. 4.7. Розподіл респондентів за віком, (%)

До категорії молодого віку (18–44 років) увійшли 235 (67,53 %) осіб, середнього віку (45-59 років) – 78 (22,41 %) опитаних, старшого віку (60-75 років) – 35 (10,06 %) респондентів. Мінімальний та максимальний вік респондентів складав 18 та 69 років відповідно.

Слід відмітити, що переважна більшість респондентів виявилась активними учасниками соціальних мереж (месенджерів) і належали до респондентів молодого віку (148 (62,98 %) жінок, 87 (37,02 %) чоловіків). Більша частина пацієнтів володіла загальною інформацією щодо медичної допомоги, і мала чітко сформовану особисту думку щодо питань анкети.

Оцінка загального самопочуття за віковими групами представлена в таблиці 4.23.

Таблиця 4.23

**Розподіл відповідей осіб
на питання «Оцініть своє загальне самопочуття?», абс., $P \pm m$ (у %)**

Вікові групи	Стать	Оцінка загального самопочуття			Всього	P (χ^2)
		чудове	добре	погане		
1	2	3	4	5	6	7
18-44	жіноча	32	116	0	148	0,170
		21,6±7,3	78,4±3,8	0	100,0	
	чоловіча	20	65	2	87	
		13,5±7,6	74,7±5,4	2,3±10,6	100,0	
45-59	жіноча	5	40	13	58	0,726
		8,6±12,5	69±7,3	22,4±11,6	100,0	
	чоловіча	1	13	6	20	
		5,0±21,8	65±13,2	30±18,7	100,0	
60-75	жіноча	0	12	8	20	0,686
		0	60,0±14,1	40,0±17,3	100,0	
	чоловіча	0	10	5	15	
		0	66,7±14,9	33,3±21,1	100,0	
Всього за статтю	жіноча	37	168	21	226	0,888
		16,4±6,1	74,3±3,4	9,3±6,3	100,0	
	чоловіча	21	88	13	122	
		17,2±8,2	72,1±4,8	10,7±8,6	100,0	

Продовження табл. 4.23

1	2	3	4	5	6	7
Всього за віком	18-44	52	181	2	235	0,0001*
		22,1±5,8	77±3,1	0,9±6,7	100,0	
	45-59	6	53	19	78	
		7,7±10,9	67,9±6,4	24,4±9,9	100,0	
	60-75	0	22	13	35	
		0	62,9±10,3	37,1±13,4	100,0	
Всі респонденти		58	256	34	348	-
		16,7±4,9	73,5±2,8	9,8±5,1	100,0	

Примітки:

1. $P \pm t$ – показник та середня похибка (у %);
2. * – різниця між групами за оцінкою загального самопочуття статистично значима (оцінка за критерієм Хі-квадрат)

Респонденти в цілому своє загальне самопочуття оцінили: добре – 256 (73,5±2,8 %), чудове – 58 (16,7±4,9 %), погане – 34 (9,8±5,1 %). Не виявлено статистично значимої різниці серед чоловіків та жінок за розподілом оцінок свого загального самопочуття ($p > 0,05$). Серед чоловіків оцінка мала наступний розподіл: чудове – 21 (17,2±8,2 %), добре – 88 (72,1±4,8 %), погане – 13 (10,7±8,6 %), серед жінок: чудове – 37 (16,4±6,1 %) осіб, добре – 168 (74,3±3,4 %) осіб, погане – 21 (9,3±6,3 %) осіб. Різниця між статевими групами була статистично не значимою ($p > 0,05$).

Аналогічні результати з відсутністю статистично значимої різниці за розподілом оцінок загального самопочуття виявлялися у всіх вікових групах. У віці 18-44 та 45-59 років кращі оцінки (чудове та добре самопочуття) дещо частіше зустрічалися серед жінок, а в 60-75 років жінки оцінювали своє самопочуття дещо гірше. Проте, в цілому різниця статистично не значима ($p > 0,05$).

Дослідженням встановлено, що стан здоров'я респондентів поміри зростанням віку погіршувався, як у чоловіків так і у жінок. Слід відмітити, що у категорії 60-75 років жоден не позначив свій стан, як чудовий та спостерігалось незначне погіршення загального самопочуття чоловіків.

Серед опитаних, 167 (48±2,7 %) вважали за потрібне звертатися до лікаря загальної практики-сімейної медицини на консультацію при наявності відчуття неспокою, тривоги, депресії, 152 (43,7±2,7 %) відповіли, що не будуть звертатись до лікаря, і лише 29 (8,3±1,5 %) надали іншу відповідь.

Розподіл оцінок респондентів залежно від статі та віку представлено у таблиці 4.24.

Таблиця 4.24

Розподіл відповідей осіб на питання «На вашу думку, чи вважаєте Ви за потрібне звертатися до сімейного лікаря на консультацію при наявності відчуття неспокою, тривоги, депресії тощо?»

абс., P±m (у %)

Вік	Стать	Кількість опитаних, число відповідей, абс., P±m						P (χ^2)
		так		ні		інше		
		абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	
18 – 44	жінки	64	43,2±4,1	73	49,3±4,1	11	7,4±2,2	0,577
	чоловіки	32	36,8±5,2	49	56,3±5,3	6	6,9±2,7	
45 – 60	жінки	34	58,6±6,5	17	29,3±6	7	12,1±4,3	0,240
	чоловіки	8	40±11	10	50±11,2	2	10±6,7	
більше 60 років	жінки	17	85±8	2	10±6,7	1	5±4,9	0,660
	чоловіки	12	80±10,3	1	6,7±6,5	2	13,3±8,8	
Всього за статтю	жінки	115	50,9±3,3	92	40,7±3,3	19	8,4±1,8	0,296
	чоловіки	52	42,6±4,5	60	49,2±4,5	10	8,2±2,5	
Всього за віком	18-44	96	40,9±3,2	122	51,9±3,3	17	7,2±1,7	0,0001
	45-59	42	53,8±5,6	27	34,6±5,4	9	11,5±3,6	
	60-75	29	82,9±6,4	3	8,6±4,7	3	8,6±4,7	

Незважаючи на відсутність статистично значимої різниці за прихильністю до лікування (звернення до лікаря) ($p>0,05$), отриманий результат засвідчив, що жінки (50,9±3,3 %) більше слідкують за своїм

здоров'ям шляхом звернення до лікаря на консультацію при наявності відчуття неспокою, тривоги, депресії, ніж чоловіки ($42,6 \pm 4,5$ %). Вчасне звернення до лікаря та проведення останнім профілактичних заходів є наслідком кращої оцінки свого загального самопочуття респондентом. Необхідність звернення до лікаря зростає зі збільшенням віку – з $40,9 \pm 3,2$ % у 18-44 роки до $82,9 \pm 6,4$ % у віці старше 60 років ($p=0,0001$).

Потреба звертання до лікаря залежить не тільки від віку хворих, а й від оцінки загального самопочуття (таблиця 4.25).

Таблиця 4.25

**Співставлення оцінок загального самопочуття
та потреби звертання до лікаря, абс., %**

Оцінка самопочуття	Потреби у зверненні до лікаря , (число осіб, абс., %)			
	так	ні	інше	всього
Чудове	23*	30	5	58
	39,7%	51,7%	8,6%	100,0%
Добре	124	117	15	256
	48,4%	45,7%	5,9%	100,00
Погане	20	5	9	34
	58,8%	14,7%	26,5%	100,00
Всього	167	152	29	348
	48,0%	43,7%	8,3%	100,00
P (χ^2)	$< 0,0001$			

Примітка. * – звернення до лікаря з профілактичною метою

Чим гірша оцінка загального самопочуття – тим частіше виникає потреба звернення до лікаря: у 23 (39,7 %) опитаних при чудовій оцінці самопочуття та 20 (58,8 %) осіб при поганій оцінці ($p < 0,05$).

Встановлено, що у разі порушення сну, відчуття неспокою, тривоги – 186 (53,45 %) респондентів звернеться до сімейного лікаря, 91 (26,15 %) – психолога, 29 (8,33 %) – психіатра, 42 (12,07 %) – іншого лікаря.

Отриманні дані вказують, що наявна статистично значима різниця за вибором лікаря в різних вікових групах хворих. Так, частота звертання до сімейного лікаря несуттєво відрізняється в порівнюваних вікових групах і складає відповідно 54,04 %, 51,28 %, 54,29 %. Проте, у «молодому віці, 18 - 44 роки» у разі порушення сну, відчуття неспокою, тривоги до психіатра звернеться тільки 5,11 % респондентів, психолога – 28,51 %. В старшому віці (після 60 років) це співвідношення вирівнюється за рахунок зменшення звертань до психолога до 14,29 % і суттєвого збільшення частоти звертань до психіатра – 14,30 %. (рис. 4.8.).

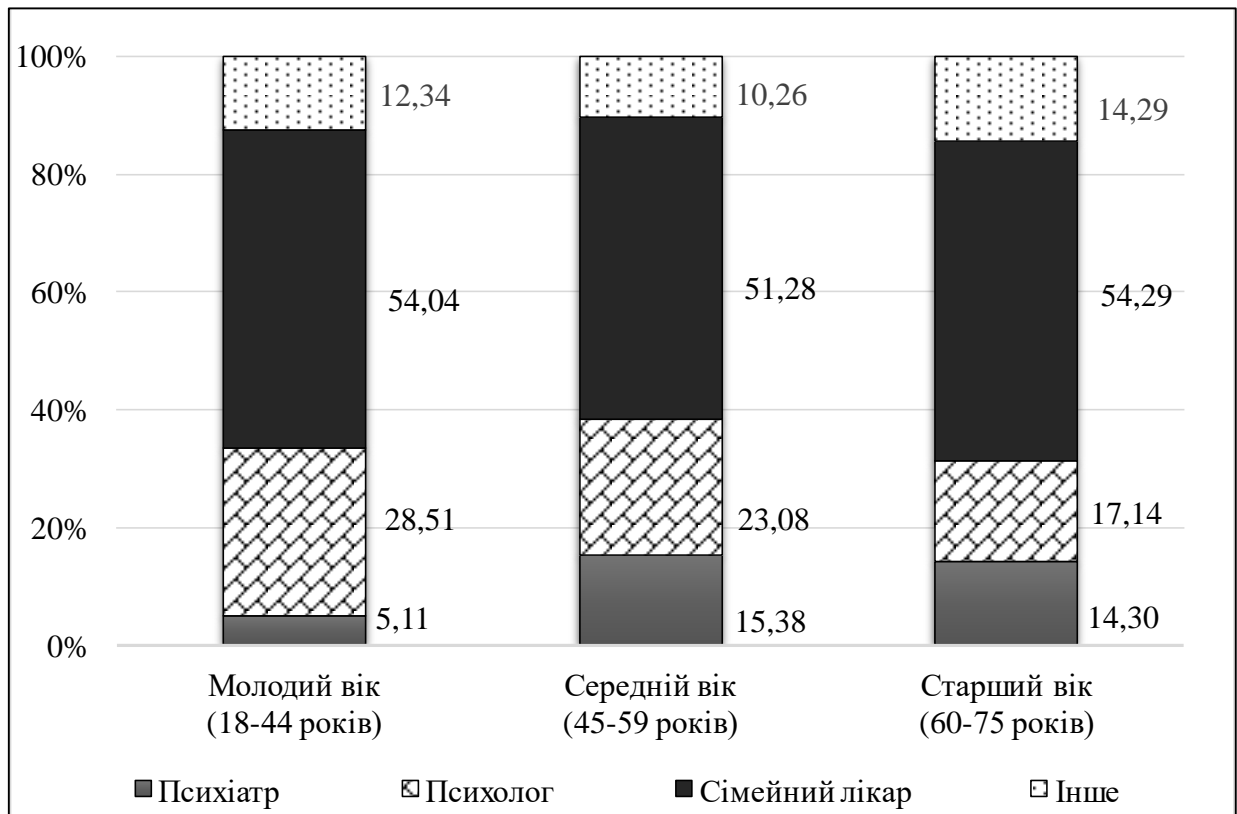


Рис. 4.8. Розподіл відповідей пацієнтів на питання «До якого лікаря Ви звернетесь у разі порушення сну, відчуття неспокою, тривоги тощо?», (у %)

Переважає більшість 300 (86,2±1,8 %) опитаних відмічали, що сімейний лікар в разі звернення з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії не направляв їх на консультацію до психолога або психіатра, а сьома частина 48 (13,8±1,8%) респондентів відповіла ствердно «Так». Це свідчить, що у своїй

практиці сімейний лікар повинен володіти достатніми знаннями щодо вчасного виявлення тривоги та депресії, і в амбулаторних умовах ефективно проводити профілактичні заходи щодо збереження здоров'я.

В цілому дотримувалися рекомендацій сімейного лікаря – 181 (52,0±2,6 %), «Інше» зазначили – 143 (41,1±2,5 %), взагалі не дотримувалися 24 (6,9±1,3 %). Слід відмітити, що серед опитаних середнього та старшого віку 113 (32,5±2,5 %) жоден не дав негативної відповіді, щодо недотримання рекомендацій лікаря (таблиця 4.26).

Таблиця 4.26

**Розподіл відповідей респондентів на питання
«Чи дотримуєтеся Ви рекомендацій сімейного лікаря в разі звернення з
приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії?»**

абс., P±m (у %)

Вік	Стать	Дотримання рекомендацій лікаря, абс., P±m						P (χ^2)
		так		ні		інше		
		абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	
18 – 44	жінки	80	54,1±4,1	13	8,8±2,3	55	37,2±4	0,015
	чоловіки	30	34,5±5,1	11	12,6±3,6	46	52,9±5,4	
45 – 60	жінки	33	56,9±6,5	0	0	25	43,1±6,5	0,525
	чоловіки	13	65,0±10,7	0	0	7	35,0±10,7	
більше 60 років	жінки	15	75,0±9,7	0	0	5	25,0±9,7	0,589
	чоловіки	10	66,7±12,2	0	0	5	33,3±12,2	
Всі вікові групи	жінки	128	56,6±3,3	13	5,8±1,6	85	37,6±3,2	0,06
	чоловіки	53	43,4±4,5	11	9±2,6	58	47,5±4,5	
	Всього	181	52,0±2,7	24	6,9±1,4	143	41,1±2,6	

Отримані результати засвідчили, що найбільш рідко дотримуються рекомендації лікаря чоловіки у віці 18-44 роки ($34,5 \pm 5,1$ %), що суттєво менше від аналогічного показника у жінок даної вікової групи ($54,1 \pm 4,1$ %), $p=0,015$. В старших вікових групах вища частота дотримання рекомендацій лікаря (вище 50 %) і співставима ($p>0,05$) для чоловіків та жінок.

Недотримання рекомендацій лікаря викликано нерозумінням пацієнтом наслідків для свого здоров'я. Недостатні профілактичні заходи у вигляді виховної, просвітньої, роз'яснювальної роботи серед населення, вимагають постійного моніторингу та контролю керівників закладів охорони здоров'я над підлеглими щодо виконання їх функціональних обов'язків.

Більше половини 196 ($56,3 \pm 2,6$ %) респондентів висловили думку щодо доцільності залучення лікаря-психолога при наданні первинної медичної допомоги з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії у лікувальному процесі, 113 ($32,5 \pm 2,5$ %) – відповіли «Інше», і лише 39 ($11,2 \pm 1,5$ %) заперечували необхідність залучення до надання медичної допомоги лікаря-психолога. Тільки респонденти групи «молодого віку» – 39 ($13,79$ %), вважають, що участь лікаря-психолога у лікувальному процесі є недоцільною.

Останнє питання анкети безпосередньо стосувалося задоволеності пацієнта отриманою медичною допомогою, відповіді респондентів розподілилися наступним чином (рис. 4.9.):

- у групі 18 – 44 років відповіли «Так» – 36 ($15,3$ %), «Ні» – 27 ($11,5$ %), «Більше так, ніж ні» – 90 ($38,3$ %), «Більше ні, ніж так» – 82 ($34,9$ %);

- у категорії 45 – 60 років відповіли «Так» – 11 ($14,1$ %), «Ні» – 19 ($24,4$ %), «Більше так, ніж ні» – 36 ($46,2$ %), «Більше ні, ніж так» – 12 ($15,4$ %);

- у категорії старше 60 років відповіли «Так» – 0 , «Ні» – 6 ($17,1$ %), «Більше так, ніж ні» – 14 ($40,0$ %), «Більше ні, ніж так» – 15 ($42,9$ %).

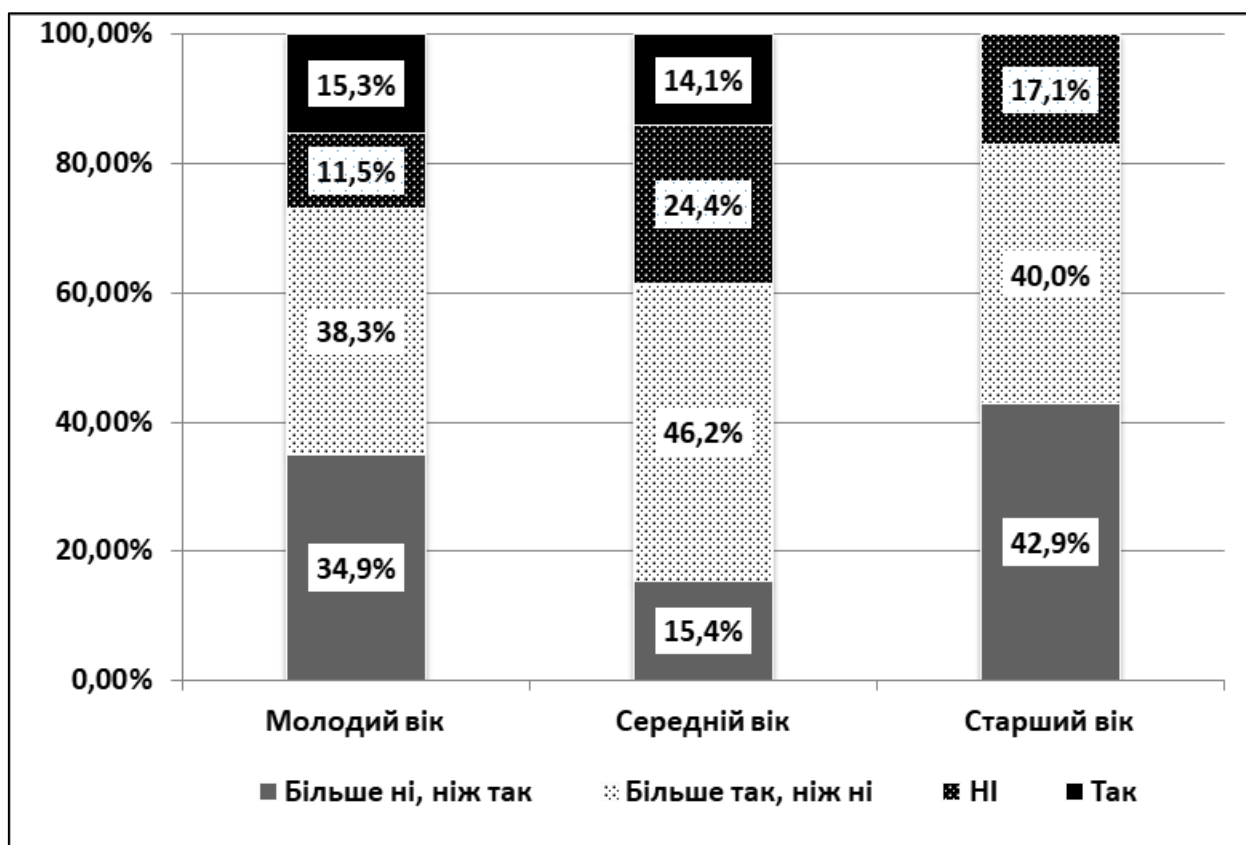


Рис. 4.9. Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи справдився Ваш рівень очікувань від отриманої медичної допомоги?», (у %)

Різниця за розподілом оцінок задоволеності пацієнта від отриманої медичної допомоги в окремих вікових групах виявилась статистично значимою ($p < 0.001$). Це визначалося суттєвою різницею в окремих вікових групах за частотою відповідей «Більше ні, ніж так» (від 15,4 % до 42,9 %) та частотою позитивних відповідей (Так), які відсутні в групі старше 60 років, що засвідчило про зростання незадоволення пацієнта медичною допомогою в старшому віці і вищій потребі в психологічній допомозі.

Результати аналізу засвідчили, що майже половина 161 (46,26 %) респондентів не задоволена рівнем отриманої медичної допомоги. Лише частина змогла дати ствердно відповідь на питання «Так» 47 (13,51 %) або «Ні» 52 (14,94 %), більшість 249 (71,55 %) – чіткої визначеності не мали.

Висновки до розділу 4

1. Доведено, що на стан психічного здоров'я впливає комплекс медико-соціальних чинників: вік, надлишкова маса тіла, ожиріння, хронічні соматичні захворювання, інвалідність, рівень освіти, матеріальне забезпечення, характер харчування, економічна доступність лікарських засобів. Реалізація зазначених чинників ризику обумовлює формування і розвиток тривоги та депресії як проявів розладів психічного здоров'я, з яким стикається лікар загальної практики - сімейний лікар у своїх пацієнтів.

2. З'ясовано, що чисельність хворих з проявами порушень психічного здоров'я мінімальна у віковій групі до 30 років (з проявами депресії – 45 (33,1 %) хворих, тривоги – 23 (16,9 %) хворих) з поступовим підвищенням ризику таких порушень у кожній наступній віковій групі: 31-40 років – 56 (43,4 %) та 26 (20,2 %) відповідно, 41-50 років – 48 (50,0 %) та 24 (25,0 %), 51-60 років – 44 (58,7 %) та 34 (45,3 %), старше 60 років – 59 (61,5 %) та 69 (71,9 %) хворих.

3. Показано, що інші чинники ризику розладів психічного здоров'я визначали розвиток тривоги і депресії наступним чином: надлишкова маса тіла та ожиріння – у 103 (39,0 %) та 140 (53,0 %) хворих відповідно; наявність соматичних захворювань – у 168 (31,58 %) та 238 (44,74 %) осіб; наявність інвалідності – у 27 (61,4 %) та 30 (68,2 %) пацієнтів; відсутність вищої освіти – у 111 (41,9 %) та 141 (53,2 %) досліджених; незадовільне матеріальне забезпечення – 88 (59,5 %) та 91 (61,5 %) пацієнтів, а також нераціональний характер харчування; економічна недоступність ліків. Тютюнопаління та вживання алкоголю суттєвого впливу на формування тривоги і депресії не здійснювали.

4. Показано, що прояви розладів психічного здоров'я (тривога та депресія) значним чином знижували якість життя хворих за усіма досліджуваними критеріями оцінки якості.

5. Встановлено, що існуюча модель первинної медичної допомоги не розрахована на хворих з проявами порушень психічного здоров'я, оскільки низький рівень обґрунтованості первинних звернень як до лікарів загальної практики, так і до вузькопрофільних спеціалістів, висока кратність відвідувань лікарів загальної практики, низька вартісна доступність лікарських засобів, високі обсяги самолікування, несвоєчасність звернень, високі ризики виникнення рецидивів соматичних захворювань довели неврегульованість цих процесів в рамках існуючої моделі, відсутність належної взаємодії між первинною і вторинною медичною допомогою, що потребувало обґрунтування, розробки та впровадження моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наступні наукові публікації [309, 310, 312, 313, 315].

РОЗДІЛ 5
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ
МОДЕЛІ ОПТИМІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ СТРЕСУ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

5.1. Медико-соціальне обґрунтування та розробка алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я

Результати проведеного наукового дослідження, представлені в розділах 1-4 дисертації, спонукали до наукового обґрунтування та розробки моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, оскільки на етапах дослідження виявлені системні невідповідності в організації медичної допомоги пацієнтам з проявами розладів психічного здоров'я як на рівні лікаря загальної практики-сімейного лікаря, так і на регіональному і державному рівнях. Доведено, що це негативно впливає на ефективність профілактики, обсяг діагностики, організацію лікування й спостереження хворих та відновлення психічного здоров'я населення.

З метою наукового обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу використовувались, поряд з результатами дослідження, вітчизняні законодавчі та нормативно-правові документи, що регулюють надання первинної медичної допомоги та медичної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки, а також документи ВООЗ та інших міжнародних інституцій за темою наукової роботи.

Суттєвою складовою запропонованої моделі став алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я, як основна організаційна технологія на рівні закладу первинної медичної допомоги.

Так, відомо, що держава на законодавчому рівні створила умови для ефективної і доступної для всіх громадян медичної допомоги населенню, що

гарантується Конституцією України та є одним з стратегічних напрямків формування оновленої моделі охорони здоров'я на рівні ПМД, побудованої на засадах сімейної медицини. В рамках реформування визначено важливим справедливий розподіл та раціональне використання основних ресурсів галузі (кадрових, фінансових та матеріально-технічних) [75].

В документах провідних міжнародних організацій (ООН, ВООЗ, ОЕСР та ін.), в ХХІ ст. здоров'я людини розглядається як інтеграл розвитку та добробуту суспільства. Як один з головних макроекономічних факторів, здоров'я розцінюється вагомим компонентом сталості соціально-економічного розвитку [14]. Аналізуючи рівень здоров'я населення України, Київської області та м. Буча, зроблено висновки, що впродовж періоду дослідження визначилась тенденція до зростання показника смертності в порівнянні з 2012 р. у м. Бучі – на 3,79 % (з 13,2 до 13,7 на 1000 нас.), захворюваності та поширеності хвороб на усіх рівнях спостереження. За підсумками 2016 р. найвища захворюваність в області спостерігалася в м. Буча (11365,8 на 10 тис. нас.), що у 1,76 раз перевищувало загальноукраїнський рівень. Така ситуація склалася і у багатьох інших регіонах [32, 49, 141, 142, 155]. Отже, Україна, як загалом, так і в локальних місцевостях, поки що не досягла такого рівня розвитку здоров'я населення, яке б підтримувало і гарантувало її економічну, політичну, інтелектуальну, військову стабільність і достатній потенціал розвитку усіх сфер діяльності. Низький рівень здоров'я населення вимагає невідкладних заходів з боку держави, територіальних громад і медичних інституцій, спрямованих на поліпшення демографічної ситуації, відновлення стану здоров'я та збереження української популяції як такої.

Окрему увагу звернув на себе стан психічного здоров'я як невід'ємна складова загального здоров'я населення. Виявлено, що поширеність розладів психіки та поведінки у м. Буча, яке стало місцем концентрації осіб, прибулих з територій військових подій, зросла у 2016 р. на 7,33 % відносно 2015 р. (450,9 на 10 тис. нас.), а відносно 2012 р. – на 24,59 % (361,9 на 10 тис. нас.);

показники захворюваності були найвищими в області – 72,5 на 10 тис. нас. Це є віддзеркаленням медико-соціальної проблеми державного рівня на окремо взятій території, обумовленій подіями державного значення, і яка потребує оперативних і стратегічних рішень [199, 300, 301].

Результати дослідження засвідчили, що в Україні відсутня дієва та результативна система скринінгу, раннього виявлення та діагностики, як ефективного інструмента-індикатора профілактики захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки. Актуальність цієї проблеми неодноразово виокремлювалась та відзначалась експертами ВООЗ [24, 26, 27, 297, 298, 299, 302].

В світі більше 20 % дорослих страждають психічними чи неврологічними розладами (виключенням є ті, що поєднані з головним болем), а тривожними – близько 3,8 %. Виходячи з епідеміологічних даних, найпоширенішим з непсихотичних психічних розладів є депресія – один з розповсюджених станів, що зустрічаються як в психіатричній, так і в загальнотерапевтичній практиці. В популяційних дослідженнях вона виявляється у 3-6 % населення, близько 1,0 % щорічно діагностується первинно. Вивчаючи матеріали Національного інституту психічного здоров'я, США, а також ВООЗ, стало відомо, що від 18 до 25 % жіночого населення та 7-12 % чоловічого щонайменше одноразово пережило дію стресового чинника і, як наслідок депресивний епізод. У великій кількості пацієнтів – близько 70 % – відмічаються рецидиви. Тяжкі прояви депресії в 15 % випадків закінчуються суїцидом [11, 151].

Отримані результати та аргументи спонукають звертати увагу органів державної влади та місцевого самоврядування на медико-соціальні проблеми психічного здоров'я. Активна громадська позиція сприятиме координації заходів з вирішення питань підвищення життєвого благополуччя цих осіб, а також фінансування наукових розробок в галузі психічного здоров'я [24, 295, 300].

За результатами дослідження встановлено, що в системі охорони здоров'я Київської області проводились заходи, спрямовані на зниження тривожно-депресивних розладів у пацієнтів, поширеність та захворюваність розладів психіки та поведінки, однак помітних позитивних зрушень у стані психічного здоров'я населення не відбулося [32, 49], що підтвердило актуальність обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, та, зокрема алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я.

До числа хронічних станів відносять психічні розлади, які мають вплив на розвиток інших захворювань, таких як серцево-судинні, ВІЛ-інфекція / СНІД, рак, ендокринні, та відчувають їх зворотній вплив, і, як такі, що потребують послуг загального профілю та зусиль щодо поєднання і мобілізації всіх ресурсів. За даними ВООЗ, депресія призводить до інфаркту міокарда і діабету, а обидва ці стани збільшують ймовірність депресії. Багато чинників ризику, такі як низький рівень фізичної активності та соціально-економічний статус, паління, споживання алкоголю та стрес, діють як у випадку хронічних захворювань, так і в разі психічних розладів [24, 26, 294, 300].

Дослідженням встановлено, що за відсутності соматичних захворювань частота виявлення депресії є найнижчою та складає 14 (29,2 %) випадків, а їх наявність підвищують ризик формування стресового статусу пацієнтів і розвиток депресії, при цьому два та більше захворювань (поєднаної патології) характерно для більшості хворих – 423 (79,5 %) і саме при коморбідності патологічних станів частота депресії реєструвалася у 218 (51,5 %) випадків, при цьому ризик розвитку зростав у 2,58 рази – $OR=2,58$ (1,35-4,95), $p = 0,003$.

Тривога виявлялася не так часто, як депресія – у 176 (33,1 %) хворих. Тривога та депресія є значними проявами стресу, які діагностуються за допомогою модифікованих на базі відомих вірогідно обґрунтованих анкет і характеризують сам рівень психічного здоров'я, також його вплив на соматичні прояви. За відсутності соматичних захворювань частота виявлення

тривоги складала 8 (16,7 %) випадків. Наявність соматичних захворювань підвищувало ризик формування тривожного статусу пацієнта. Приріст частоти тривоги був характерний для всіх хворих з соматичними захворюваннями. Наявність двох та більше захворювань супроводжувалося приростом частоти розвитку тривоги у 2,79 рази – OR=2,79 (1,27-6,09), $p=0.008$.

У процесі дослідження нами встановлено, що серед усіх респондентів показник поширеності надлишкової маси тіла (ІМТ 25-30) становив 104 (19,5±1,7 %) опитаних; з ожирінням різних ступенів (ІМТ більше 30) виявлено 106 (30,1±2,0 %) пацієнтів досліджуваного контингенту. Частота виявлення депресії серед осіб з надлишковою вагою та ожирінням склала – 140 (53,0 %), OR= 1,57 (1,12-2,22) $p=0,009$, а тривоги – 103 (39,9 %), OR= 1,71 (1,19-2,46) $p=0,004$.

Відсутність регулярної фізичної активності з метою оздоровлення спостерігалось у 433 осіб (81,4 %), серед них частота виявлення депресії виявлена у 215 осіб (49,6 %), OR= 1,65 (1,06-2,59), $p=0,027$, тривоги – у 160 (37,0 %), OR=3,04 (1,72-5,37), $p=0,0001$.

Споживання тютюнових виробів відмічали тільки 93 (17,5 %) пацієнтів серед них частота виявлення депресії – 46 осіб (49,5 %), тривоги 32 (34,4 %).

Виявлено, що 144 (27,1 %) респондентів не задоволені низьким рівнем санітарно-технічних умов праці (частота виявлення депресії – 87 осіб (60,4 %), тривоги 71 (46,7 %), а також психологічними умовами роботи – 183 (34,4 %) респонденти.

Таким чином, результатами дослідження виявлено чинники ризику, які одночасно впливали на структуру стресової події та захворюваності, на розлади психіки та поведінки: медико-демографічні, соціально-економічні, особистісні, умови праці, поведінкові та організаційні чинники [298].

Оцінюючи дані дослідження за шкалою HADS, у 290 хворих (54,5 %) виявлено прояви стресового стану, що проявлялося у наявності депресії (252 особи) чи тривоги (176 осіб), або у їх комбінації.

Діагностику стресу – тривоги та депресії - виконано за допомогою загальноновживаних методик [Додаток Б-1, Б-2, Б-3], адаптованих до дослідження. Доведено, що ці методики прості у використанні і можуть бути застосовані у повсякденній практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря, як вихідні умови скринінгу порушень психіки та поведінки.

Стислість, інформативність, легкість в опрацюванні та можливість здійснення моніторингу порушень психіки та поведінки в часі є оптимальними характеристиками опитувальника HADS, а це є тактичним кроком в профілактиці та ранньому виявленні психосоматичних захворювань, попередження їх ускладнень на первинній ланці.

Таким чином, високий рівень порушень розладів психіки та поведінки серед досліджуваного контингенту населення, визначені чинники ризику формування та розвитку тривоги та депресії та відсутність організаційних технологій з ідентифікації останніх в практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря покладались в основу обґрунтування та розробки алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я (рис. 5.1).

Алгоритмом першочергово передбачено проведення оцінки психологічного стану пацієнта в двох напрямках: діагностики стрес-асоційованих чинників ризику розладів психічного здоров'я та діагностики стрес-асоційованих розладів (тривоги, депресії) з використанням анкетних опитувальників, доцільність застосування яких обґрунтовано нашим дослідженням. В разі виявлення розладів психічного здоров'я (проявів тривоги, депресії) лікар загальної практики-сімейний лікар має визначити ступінь вираженості клінічних ознак. За умови легкого ступеню вираженості тривоги/депресії лікар загальної практики-сімейний лікар приймає рішення щодо надання медичної допомоги в амбулаторних умовах та скерує пацієнта



Рис. 5.1 Алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я

на консультацію до вузькопрофільного фахівця (медичного психолога, психотерапевта); результати консультування враховуються при визначенні обсягу медичної допомоги в умовах закладу ПМД.

У випадку проявів розладів психічного здоров'я середнього і важкого ступеня хворий скеровується лікарем загальної практики-сімейним лікарем до спеціалізованих закладів охорони здоров'я вторинної/третинної медичної допомоги.

Як вище зазначено, діагностика стрес-асоційованих чинників ризику тривоги та депресії здійснюється як за умови відсутності, так і наявності проявів розладів психічного здоров'я. В разі наявності таких ризиків передбачається розробка індивідуальної програми протидії стрес-асоційованим чинникам ризику тривоги та депресії, складовими якої є освітня компонента та консультація психолога.

Освітня компонента традиційно включає медико-гігієнічне навчання засадам здорового способу життя, профілактику та зменшення вживання наркотичних речовин, тютюну та алкоголю, фізичне, статеве виховання та виховання навичок здорового харчування. З цією метою лікарем загальної практики-сімейним лікарем проводяться консультації, лекції, бесіди, поширюється друкована продукція, а в закладі ПМД демонструються відеоролики за темою, короткометражні фільми.

Консультація психолога допомагає використати специфічні методи психологічного впливу з метою протистояння чинникам ризику, а отже, попередження їх реалізації у даного пацієнта.

Слід зазначити, що в разі відсутності виявлення стрес-асоційованих чинників ризику тривоги та депресії алгоритм передбачає надання лікарем загальної практики-сімейним лікарем рекомендацій з дотримання засад здорового способу життя та консультації зі збереження і підтримки психічного здоров'я, що підсилює профілактичну сутність запропонованого алгоритму.

5.2. Медико-соціальне обґрунтування та розробка багаторівневої функціонально-організаційної моделі профілактики розладів психіки та поведінки

Вище зазначалося, що покращення психічного здоров'я населення України можливо за умов залучення інституцій державного, регіонального та локального рівнів. Тому обґрунтування запропонованого алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я в частині профілактичних програм вимагало деталізації відповідних профілактичних заходів не лише на індивідуальному, але й на груповому (родинному) та популяційному (національному) рівнях (рис. 5.2).

Успішна реалізація заходів з пропаганди здорового способу життя в суспільстві, на рівні громади, родини можлива лише в громадянському суспільстві з якісними законами, які направлені на нормативно-правове врегулювання засад здорового способу життя, його впровадженню на інституційних рівнях та економічних засадах.

Інституційна взаємодія вимагає кардинальних та системних заходів при створенні системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичну допомогу для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. Саме пацієнт є основним суб'єктом відповідальності за власне здоров'я, через дотримання засад здорового способу життя, яке промотується в його оточенні [129].

Система охорони здоров'я, яка спрямована на лікування, а не на профілактику захворювань та їх раннє виявлення, призводить до виникнення хронічної форми хвороб, зростання первинної інвалідизації та смертності, яким можна запобігти, та свідчить про неефективність такої моделі, як до стану пацієнта, так і до економічної складової [130]. Саме тому удосконалення нормативно-правового регулювання сфери охорони психічного здоров'я населення визначено обов'язковою складовою профілактики розладів психіки



Рис. 5.2. Функціонально-організаційна модель профілактики розладів психіки та поведінки на індивідуальному, родинному та популяційному рівнях

та поведінки на індивідуальному, родинному та популяційному рівнях.

Як Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», так і Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, виокремлюють такий шлях подолання проблеми розладів психічного здоров'я, як підвищення якості кадрового забезпечення та рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики та раннього виявлення хвороб [130, 133]. В розробленій нами моделі профілактики розладів психіки та поведінки на індивідуальному, родинному та популяційному рівнях до-та післядипломна підготовка фахівців у сфері профілактики та відновлення психічного здоров'я визначена одним з обґрунтованих компонентів, оскільки запропоновані комунікації лікаря загальної практики-сімейного лікаря з психологами, психотерапевтами вимагають наявності зазначених спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

В державі впроваджується Стратегія сталого розвитку «Україна-2020», завдяки якій передбачено забезпечення доступу осіб до системи охорони здоров'я у відповідності до програми Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020». Ефективна взаємодія на всіх рівнях медичної допомоги можлива при умові побудови якісно нової інституції здатної відповідати викликам суспільства [26, 129, 173]. Для вирішення проблемних питань у сфері психічного здоров'я, а саме його охорони та збереження, необхідним є міжгалузева взаємодія та узгодженні заходи фахівців та суб'єктів громадянського суспільства [129].

Станом на сьогоднішній день Міністерством охорони здоров'я України проводиться робота по підготовці Національного плану заходів з охорони психічного здоров'я на період до 2030 року, а також створення Державної установи «Центр психічного здоров'я МОЗ України».

Програмні заходи державного і регіонального рівнів спрямовані на захист населення від макросоціальних стрес-асоційованих чинників: епідемічних, економічних, військових, природних та інших надзвичайних ситуацій, що впливають на психічне і фізичне здоров'я або становлять загрозу для життя населення. Програми управління стрес-асоційованими чинниками

розладів психічного здоров'я мають стати основою для виявлення проявів цих проблем.

Впровадження здорового способу життя, за розробленою моделлю профілактики, здійснюється через регіональні та місцеві програми щодо запобігання тютюнопалінню, вживання наркотичних речовин та алкоголю, розвитку фізичної культури та спорту, в першу чергу у дітей та молоді, пропагування здорового та раціонального харчування, запобігання розвитку стресових ситуацій [34].

На державному рівні заходи, направлені на запобігання тютюнопаління та зменшення вживання громадянами алкоголю, потребують злагодженої, скоординованої політики країни – органів державної влади та стейкхолдерів [34, 127]. Базові елементи мають зосереджуватись на:

- зниженні законодавчо доступності алкоголю та тютюну;
- зниження доступу молоді до перегляду реклами. Відповідно Закону України «Про рекламу» від 03.07.1996 № 270/96-ВР (зі змінами та доповненнями), в статті 20 якого встановлено обмеження щодо спрямованої реклами на неповнолітніх, а також про заборону з використанням зображень неповнолітніх, які використовують або споживають продукцію, призначену виключно для дорослих або заборонену для придбання чи споживання неповнолітніми; яка містить та використовує заклики до дітей придбати продукцію або звернутися до третіх осіб з проханням зробити покупку; з використанням справжньої або іграшкової зброї, вибухових пристроїв. Крім цього, передбачено, що реклама не повинна містити тверджень або зображень неповнолітніх у небезпечних ситуаціях чи за обставин, що у разі їх імітації можуть завдати шкоди неповнолітнім або іншим особам, а також інформації, яка б могла викликати зневажливе ставлення до небезпечних для здоров'я і життя ситуацій [127];
- забезпечення інформування населення про ризики та шкідливі наслідки для здоров'я людини куріння тютюнових виробів та вживання алкоголю незалежно від віку людини і стану її здоров'я [122].

На груповому рівні заходи, направлені на запобігання тютюнопаління та зменшення вживання громадянами алкоголю, містять:

- удосконалення профілактичних, просвітницьких заходів, спрямованих на попередження та зменшення куріння тютюнових виробів чи інших способів їх вживання, в тому числі і алкоголю [122];

- інформаційно-просвітницьку роботу щодо відповідальності за продаж алкоголю, тютюнових виробів неповнолітнім і вживання [127];

- попередження підліткового паління і споживання алкоголю [122, 127];

- розповсюдження рекомендацій щодо припинення паління та вживання алкоголю, сприяння лікуванню залежності від тютюну пацієнтів, які бажають її позбутися, та пропаганді здорового способу життя [34, 122, 127];

- впровадження стандартів первинної медичної допомоги пацієнту [122, 123].

Запровадження на державному рівні заходів по сприянню розвитку фізичної та рухової активності є генеруючим та стимулюючим чинником у системі здорового способу життя. Саме фізичний розвиток населення є профілактичним інструментом щодо зменшення ризику виникнення різних захворювань [125]. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» виокремлює шляхи досягнення результату, зокрема: забезпечення координації дій усіх заінтересованих суб'єктів, органів державної влади та місцевого самоврядування; формування інфраструктури сучасних і привабливих спортивних споруд за місцем проживання, у місцях масового відпочинку громадян, на базі загальноосвітніх навчальних закладів; формування ціннісного ставлення юнацтва та молоді до власного здоров'я, покращення фізичного розвитку та фізичної підготовленості з урахуванням вимог майбутньої професійної діяльності; збільшення кількості загальнодоступних спортивних заходів для активного сімейного відпочинку; облаштування безпечних маршрутів для пішохідного, велосипедного, водного туризму; створення мережі літніх шкіл плавання на відкритих водоймах;

удосконалення законодавства щодо підтримки та стимулювання суб'єктів сфери фізичної культури і спорту, діяльність яких спрямована на заохочення людей до рухової активності [125].

Оздоровча рухова активність є невід'ємною складовою здорового способу життя особи та формується в першу чергу на груповому рівні.

Одним з важливих чинників, який може сприяти розвитку негативних наслідків для психічного здоров'я, є надмірна вага тіла та ожиріння. Індикатором корегування та подолання впливу є харчова поведінка [34]. Свідоме ставлення особи до власного здоров'я, поінформованість та обізнаність різних груп населення щодо формування здорового способу життя є чинниками, що впливають на здорове та раціональне харчування. Пропагування здорового та раціонального харчування необхідно здійснювати на всіх рівнях (популяційному, груповому, індивідуальному). Держава в особі суб'єктів владних повноважень зобов'язана виступати регулятором цих правовідносин, зокрема, використовуючи наявні інструменти сприяти популяризації здорового харчування, застосовуючи законодавчу техніку здійснити певні обмеження щодо реклами «шкідливої» їжі, забезпечити доступність на продукти здорового харчування [125].

На груповому та індивідуальному рівні культуру здорового та раціонального харчування слід запроваджувати шляхом [34, 125]:

- розповсюдження стейкхолдерами інформації з приводу способів здорового та раціонального харчування;
- проведення в дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах занять спрямованих на концентрацію уваги дітей та підлітків щодо актуальності та важливості здорового способу життя;
- недопущення несанкціонованої торгівлі в громадських місцях;
- проведення роз'яснювальної роботи про ризики через ожиріння;
- акцентування уваги громадян на продуктах харчування, які можуть сприяти розвитку певної захворюваності (хвороби шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи тощо) [34, 125].

Мінімізація стресових ситуацій на рівні популяції та групи здійснюється шляхом: унормування етичної поведінки працівників на робочому місці, дотримання режиму праці та відпочинку, створення на робочих місцях місць відпочинку, запровадження серед робочих колективів проведення постійних тренінгів щодо професійної майстерності, розгляд можливості у колективі діяльності психолога [34].

Загальновідомо, що ведення населенням здорового способу життя (ЗСЖ) для збереження та зміцнення здоров'я є у п'ять разів ефективнішим, ніж лікувально-діагностичні процедури, а за інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, співвідношення витрат і прибутків від виконання програм здорового способу життя становить 1:8 [125]. Побудова системи профілактичних заходів щодо попередження хвороб та формування активного громадянського суспільства є складовою реформи системи охорони здоров'я на первинній ланці, де головну роль буде виконувати лікар загальної практики-сімейний лікар. Системний підхід впровадження заходів здорового способу життя на всіх рівнях вимагає усвідомлення у громадян думки щодо важливості ЗСЖ. Популяризація та доступність ведення ЗСЖ через призму впливу на свідомість людини є ознакою довіри пацієнта.

Важлива роль у розробленій моделі профілактики розладів психіки та поведінки на індивідуальному, родинному та популяційному рівнях належить органам місцевого самоврядування та об'єднаним територіальним громадам, як найбільш наближеним до населення. На думку автора дисертації, зусилля цих інституцій мають бути спрямовані на популяризацію належного стану психічного здоров'я та профілактики психічних розладів у місцевих громадах, за рахунок комплексних місцевих міжсекторальних програмних заходів. Важлива роль в ефективності цих заходів належатиме засобам масової інформації та таким сучасним засобам комунікацій, як соціальні мережі, месенджери.

5.3. Концептуальні підходи до медико-соціального обґрунтування та розробки моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу

Погіршення загального здоров'я, негативна динаміка захворюваності та поширеності хвороб, скорочення середньої тривалості життя, зниження та втрата працездатності населення підкреслюють актуальність проблеми здоров'я нації, значний внесок до якої здійснюють макросоціальні та мікросоціальні стрес-асоційовані чинники ризику розладів психічного здоров'я.

В основу концептуальних підходів до медико-соціального обґрунтування та розробки моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу покладались дані про трансформаційні процеси в вітчизняній первинній медичній допомозі, світовий і вітчизняний досвід надання первинної медичної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки, результати вивчення існуючого стану організації первинної медичної допомоги пацієнтам з проявами розладів психічного здоров'я в Україні, сучасні наукові підходи щодо удосконалення організації надання первинної медичної допомоги, отримані результати власного дослідження стосовно чинників ризику, які мають вплив на розвиток та перебіг розладів психіки та поведінки у вигляді тривоги та депресії, рекомендації міжнародних інституцій в сфері охорони здоров'я, стратегічні напрями політики ВООЗ боротьби з психосоматичними хворобами.

Елементи запропонованої моделі мають бути направлені на створення пацієнтоорієнтованого/людиноорієнтованого та профілактичного середовища як в системі охорони здоров'я, так і в усіх сферах існування української популяції. Умовами створення такого середовища має стати удосконалення нормативно-правового поля з популяризації та забезпечення можливостей, гарантованих державою, для здорового способу життя населення, зменшення впливу макросоціальних стрес-асоційованих чинників розладів психічного

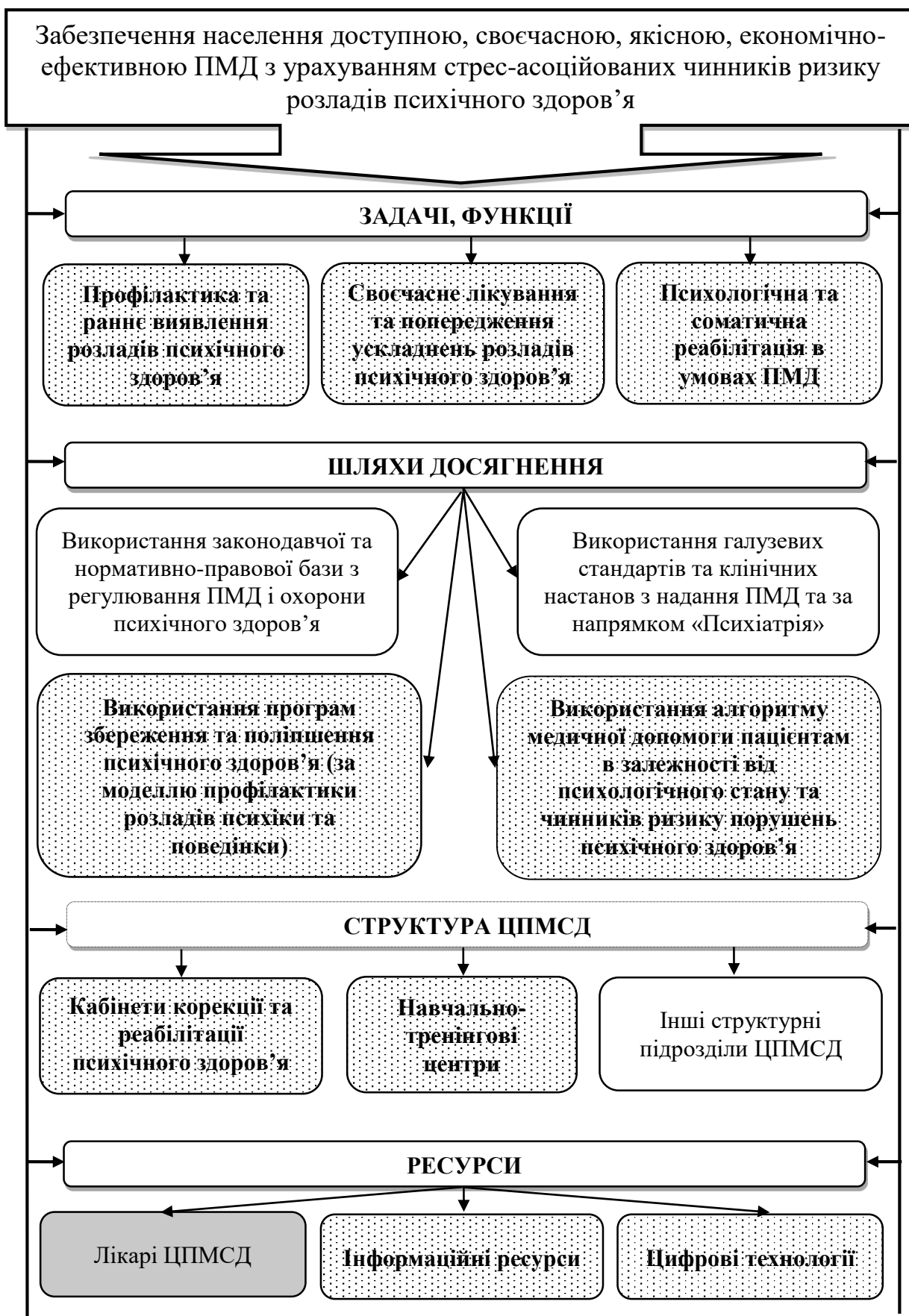
здоров'я, забезпечення галузі охорони здоров'я висококваліфікованими медичними кадрами, організаційними технологіями профілактичної та лікувально-діагностичної допомоги, матеріально-технічними та інформаційними ресурсами [23, 24, 26, 86, 130, 133].

Запропонована функціонально-організаційна модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу (рис 5.3) за сутністю визначена як пацієнтоорієнтована профілактично-трансформаційна модель, що відтворює стратегічне бачення та цілі: забезпечення населення України доступною, своєчасною, якісною, економічно ефективною первинною медичною допомогою з урахуванням стрес-асоційованих чинників ризику впливу на розвиток психосоматичних захворювань.

Ключовою фігурою моделі визначено лікаря загальної практики-сімейного лікаря, який спроможний здійснювати скринінгову діяльність з метою раннього виявлення проявів розладів психічного здоров'я (тривоги, депресії) та макро- і мікросоціальних стрес-асоційованих чинників, які їх обумовлюють. При виявленні останніх лікар загальної практики-сімейний лікар проводитиме комплексні профілактичні заходи, заходи з своєчасного лікування та попередження ускладнень, реабілітаційні заходи в залежності від ступеня реалізації зазначених чинників та вираженості ознак тривоги й депресії, що є оперативно-тактичним рівнем в запропонованій моделі.

Заклади охорони здоров'я первинної медичної допомоги виступатимуть структурним ядром самої моделі, в якій лікар загальної практики-сімейний лікар виконуватиме зазначені завдання та буде координувати надання психологічної, психотерапевтичної та інших видів спеціалізованої медичної допомоги за потреби пацієнтів.

Функціонально-структурні елементи моделі розроблялись з урахуванням змін в системі первинної медичної допомоги за період реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я та вимог ВООЗ щодо надання комплексних та інтегрованих послуг зі всебічної, безперервної та орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги, спрямованої на



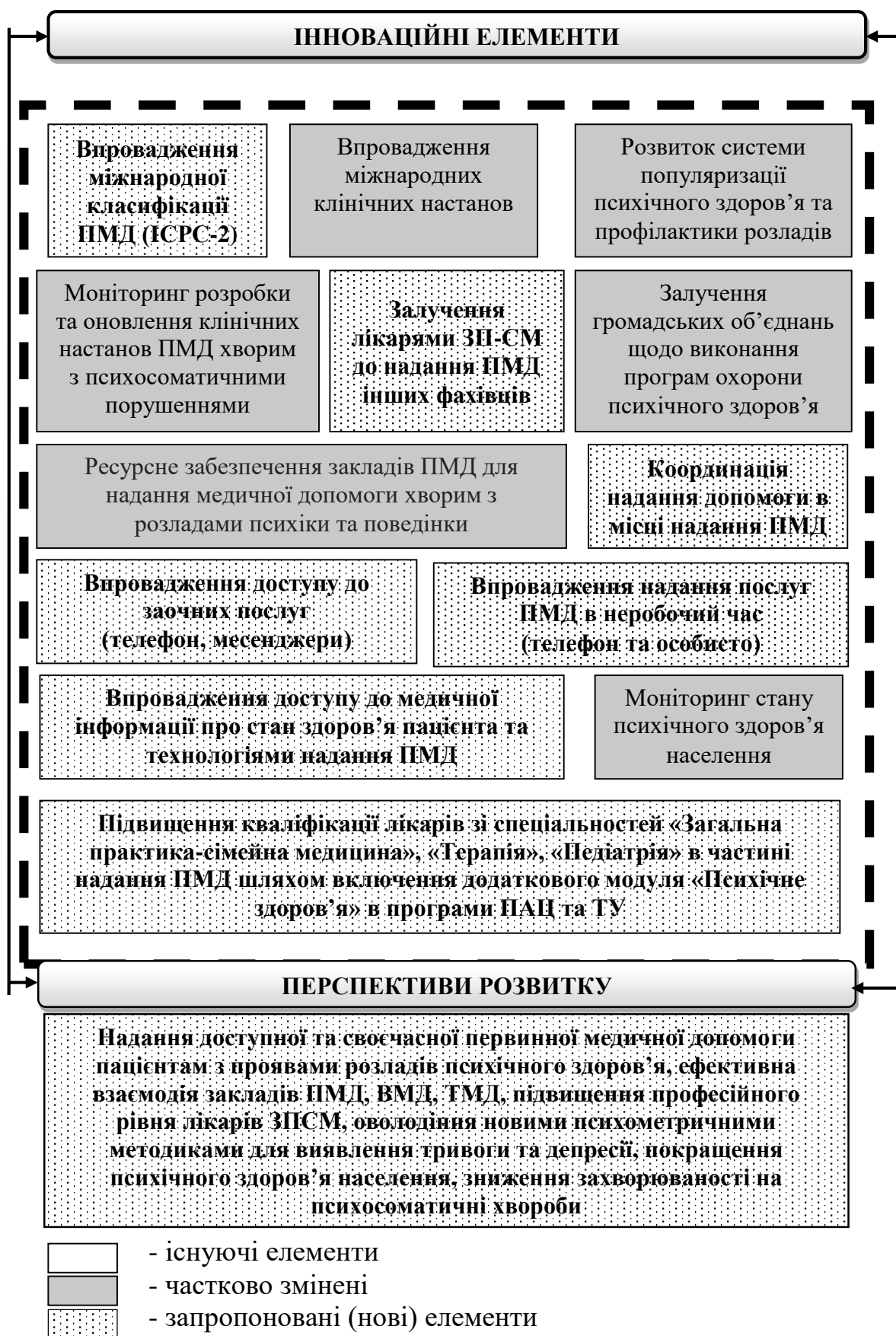


Рис 5.3. Функціонально-організаційна модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу

задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередженні розвитку захворювань, зменшенні потреби у госпіталізації та покращенні якості життя [120, 135], а також вивчення негативного впливу чинників ризику й соціальних детермінант здоров'я та шляхів їх мінімізації [130].

До переваг запропонованої функціонально-організаційної моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу слід віднести:

- можливості скринінгу, ранньої діагностики та корекції проявів розладів психічного здоров'я пацієнтів (тривоги, депресії) та макро- і мікросоціальних стрес-асоційованих чинників ризику цих розладів;

- організація взаємодії лікарів закладів первинної медичної допомоги (лікарем загальної практики-сімейним лікарем, терапевта, педіатра) з лікарями-психологами, психотерапевтами, психіатрами, іншими спеціалістами вторинної і третинної медичної допомоги;

- запровадження алгоритму первинної медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я.

До інноваційних елементів розробленої нами моделі слід віднести:

- подальший розвиток системи профілактики психосоматичних захворювань;

- моніторинг розробки та оновлення медико-технологічних документів для первинної медичної допомоги хворим з психосоматичними порушеннями з метою їх подальшого своєчасного впровадження в практику роботи лікаря загальної практики-сімейного лікаря;

- забезпечення інтегрованої медичної допомоги хворим з проявами розладів психічного здоров'я (тривоги та депресії) та/або які знаходяться під загрозою реалізації макро- і мікросоціальних стрес-асоційованих чинників ризику розвитку цих розладів;

- забезпечення доступу до послуг первинної медичної допомоги хворим з проявами розладів психічного здоров'я в неробочий час та за заочною формою (мобільний і цифровий зв'язок);

- впровадження в закладах первинної медичної допомоги міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ІСРС-2;

- залучення громадських об'єднань щодо впровадження державної політики у сфері охорони психічного здоров'я на місцевому рівні;

- підвищення кваліфікації лікарів зі спеціальностей «Загальна практика-сімейна медицина», «Терапія», «Педіатрія» в частині надання первинної медичної допомоги шляхом включення додаткового модуля «Психічне здоров'я» в програми передатестаційних циклів та циклів тематичного удосконалення;

- використання цифрових технологій в якості сучасних ресурсів, що забезпечують своєчасність комунікацій спеціалістів, задіяних до надання медичної допомоги хворим з проявами розладів психічного здоров'я.

Взаємодія і взаємовідносини основних структурних елементів менеджменту – суб'єкту управління, об'єкту управління та блоку наукового регулювання – в запропонованій моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу в сучасних умовах реформування галузі представлено на рис. 5.4 [110, 119, 120, 124, 126, 128, 129, 132].

До суб'єктів управління в класичному вигляді належать керівники державних органів та місцевого самоврядування, організатори охорони здоров'я. В нашій моделі додатково суб'єктом управління виступає місцева громада через своє представництво в органах місцевого самоврядування. Через своїх делегатів у медичній раді закладу охорони здоров'я первинної медичної допомоги органи місцевого самоврядування беруть участь у реалізації управлінських функцій шляхом дорадчих ініціатив.

Суб'єкти управління забезпечують прийняття оптимального управлінського рішення, використовуючи блок наукового регулювання, який є аналітичним центром та містить нормативно-правову, наукову інформацію,



Рис. 5.4. Взаємодія основних елементів управління моделлю оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу

інформацію з власних джерел, зокрема, про стан психічного здоров'я населення території обслуговування, чинники ризику розладів психічного здоров'я, та відіграє ключову роль в управлінському процесі.

З метою реалізації управлінського рішення суб'єкти управління здійснюють управлінський вплив на об'єкт управління – лікарів закладу первинної медичної допомоги, використовуючи методи і засоби управління, зокрема, адміністративні, економічні та соціально-психологічні, в частині організації надання первинної медичної допомоги хворим з проявами розладів психічного здоров'я.

Уточнені функціональні обов'язки лікарів та молодшого персоналу із спеціальною медичною освітою щодо заходів з профілактики реалізації стрес-асоційованих чинників ризику порушень психічного здоров'я, проведення скринінгу, організації консультативної, діагностичної, лікувальної допомоги та реабілітації цих хворих вносяться до посадових інструкцій працівників.

Загалом сутність запропонованої моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу полягає в концепції, яка використовує систему охорону здоров'я через потенціал людини та її відношення до свого здоров'я, інтеграцію у ранню діагностику, лікування, реабілітацію, індивідуальну профілактику.

Правова основа запропонованої моделі зосереджена на застосуванні міжнародного досвіду в сфері первинної медичної допомоги хворим з порушеннями психічного здоров'я, чинного законодавства України, даних доказової медицини, зокрема використання медико-технологічних документів, національних і міжнародних клінічних настанов з надання медичної допомоги пацієнтам з психосоматичними розладами.

Реалізація запропонованої моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу може бути здійснена через правові, економічні, організаційні, інформаційно-аналітичні та кадрові механізми, які передбачають очікуванні результати та індикатори контролю/виконання (таблиця 5.1).

Таблиця 5.1

**Механізми реалізації оптимізованої моделі первинної медичної допомоги
населенню в умовах стресу**

Механізми	Цілепокладання	Моніторинг реалізації	Індикатори
1	2	3	4
Організаційні, правові, економічні	Інтегрувати єдину електронну картку пацієнта в національну електронну систему охорони здоров'я у всіх ЗОЗ незалежно від форм власності та рівня медичної допомоги	Забезпечення пацієнта комплексною медичною допомогою Статистична звітність за різними критеріями Економічна передбачуваність щодо витрат, зокрема на первинному рівні	Підключення ЗОЗ до електронної системи охорони здоров'я eHealth Раціональне використання коштів
Правові, організаційні, економічні	Дотримання галузевих стандартів, впровадження міжнародних клінічних протоколів та клінічних настанов	Контролінг якості надання медичної допомоги Перехід до доказової медицини Підготовка до страхової медицини	Накази ЗОЗ та суб'єктів державної політики
Інформаційно-аналітичні, організаційні, економічні	Моніторинг стану здоров'я	Комплексний підхід до стану здоров'я пацієнта Довіра пацієнта до системи охорони здоров'я, індивідуальна профілактика	Рання діагностика, індивідуальна профілактика
Організаційні, кадрові, економічні	Забезпечення медичних працівників достойною заробітною платою	Впровадження «системи мотивації» в залежності від кількісних та якісних показників надання медичної допомоги	Підвищення значимості професії «лікар» в суспільстві
Організаційні, правові	Затвердження порядку доступу до медичної інформації про стан здоров'я пацієнта та взаємообміну між медичними закладами	Поліпшення основних показників, що характеризують здоров'я Підвищення якості надання медичної допомоги	Прийняття наказу «Затвердження порядку доступу до медичної інформації про стан здоров'я пацієнта та взаємообміну між медичними закладами»

Продовж. табл. 5.1.

1	2	3	4
Інформаційно-аналітичні, економічні	Впровадження на рівні закладів первинної ланки міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ІСРС-2	Достовірні статистичні дані як по діагнозам, так і за причинами звернення до лікаря Стандартизація обліку інформації на первинному рівні Економія часу під час оформлення медичної документації Підвищення ефективності прийняття управлінських рішень	Формування статистичної звітності на локальному, регіональному та національному рівні за класифікацією ІСРС-2
Організаційні, правові	Затвердити на регіональному та місцевому рівні маршрути пацієнтів при виявленні психосоматичних порушень на первинній ланці у складі міждисциплінарної команди	Впровадження пацієнтоорієнтованої моделі надання медичної допомоги Чітка міжрівнева взаємодія ЗОЗ (первинний, вторинний, третинний рівень)	Накази ЗОЗ та суб'єктів державної регіональної політики
Правові, комунікативні	Затвердити та впровадити загальнодержавні та регіональні програми щодо активного відпочинку, формування мотивації у населення здорового способу життя	Поліпшення основних показників, що характеризують здоров'я	Зниження смертності і захворюваності та збільшення середньої тривалості життя
Правові	Розробити та затвердити Загальнодержавну програму охорони психічного здоров'я населення в Україні	Популяризація психічного здоров'я та профілактики Впровадження галузевих стандартів Поліпшення показників здоров'я	Затвердження програми суб'єктом державної політики
Кадрові	Включити до навчальних планів та програм питання ранньої діагностики, лікування, реабілітації та індивідуальної профілактики психосоматичних порушень	Підвищення якості надання медичної допомоги Раннє виявлення психосоматичних порушень Підвищення кваліфікації лікарів за оновленою програмою	Затвердження навчальних планів та програм
Організаційні	Забезпечити ЗОЗ первинної ланки психометричними опитувальниками	Зменшення негативного впливу чинники ризику і соціальних детермінант на здоров'я Попередження та профілактика захворювань	Накази суб'єктів державної політики

Перспективи розвитку розробленої моделі ми вбачаємо у наданні доступної та своєчасної первинної медичної допомоги пацієнтам з проявами розладів психічного здоров'я, ефективній взаємодії з іншими видами медичної допомоги, до- та післядипломному навчанні лікарів загальної практики-сімейних лікарів, в першу чергу, оволодіння ними новими психометричними методиками для виявлення тривоги та депресії, покращення психічного здоров'я населення, зниження захворюваності на психосоматичні хвороби.

5.4. Оцінка результатів впровадження окремих елементів моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу

Впровадження окремих елементів моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу здійснювалось в 11 закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, обраних базами дослідження. З метою оцінки соціальної та медичної ефективності моделі було обрано пілотний заклад охорони здоров'я – комунальне некомерційне підприємство «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради Київської області.

Протягом другого півріччя 2018 року в даному закладі автором дисертаційної роботи були проведені лекції-тренінги для лікарів з вивчення та оволодіння навичками використання алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я, поширено до використання посібник, співавтором якого є автор дисертації, - «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні» (Київ, 2018), що сприяло впровадженню алгоритму у повсякденну медичну практику. В межах алгоритму автором дисертаційної роботи та лікарями проводилися, зокрема, профілактичні бесіди з пацієнтами з питань збереження психічного здоров'я та дотримання засад здорового способу життя.

В закладі, за результатами впровадження окремих елементів моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, налагоджена постійна, впродовж робочого часу, демонстрація відео-матеріалів з дотримання засад здорового способу життя, формування психологічної витривалості відносно стрес-асоційованих чинників. З цією метою використано наявне мультимедійне обладнання. Оновлено наочні матеріали для відвідувачів за вказаною тематикою. Згідно з планом заходів, розробленим з урахуванням рекомендацій автора дисертації за результатами дослідження, 10.10.2018 року комунальне некомерційне підприємство «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради Київської області провело широку інформаційно-просвітницьку кампанію до Всесвітнього дня психічного здоров'я.

Оцінка соціальної ефективності за результатами впровадження окремих елементів запропонованої моделі здійснювалася з використанням методу соціологічного опитування за допомогою анкети оцінки задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою [Додаток Б-4], яка вже використовувалася на четвертому етапі дослідження, до впровадження окремих елементів запропонованої моделі.

Опитування респондентів проводилося протягом лютого-квітня 2019 року. Загальна кількість респондентів склала 110 осіб. З проханням взяти участь у опитуванні звертались до кожного 10-го пацієнта.

Вікова структура опитаних респондентів складала: молодий вік, 18–44 років, – 40 (36,36 %) осіб, середній вік (45-59 років) – 43 (39,39 %), старший вік (60-75 років) – 27 (24,55 %) респондентів.

Результати впровадження окремих елементів оптимізованої моделі первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, зокрема, алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я, засвідчили, що у разі порушення сну, відчуття неспокою, тривоги до сімейного лікаря звернеться 76,37 % респондентів, тоді як до впровадження алгоритму таке

бажання висловили лише 53,45 % опитаних, одразу до психолога звернуться 12,74 % та 26,15 % відповідно, первинно до психіатра – 5,45 % та 8,33 %; звернення до іншого спеціаліста зазначило 5,45 % опитаних проти 12,07 %. Отже, дані опитування показали, що після впровадження окремих елементів моделі в 1,4 рази зросла кількість пацієнтів, готових первинно звернутись до сімейного лікаря в разі наявності проявів тривоги і депресії.

Така динаміка спостерігалась як загалом в групі опитаних, так і в виділених вікових групах: частота звертання пацієнта до сімейного лікаря у разі порушення сну, відчуття неспокою, тривоги, за даними відповідей респондентів у молодому віці - 18-44 років, зростає з 54,04 % до 77,50 % за рахунок зменшення звернень до психіатра (з 5,11 % до 2,50 %), психолога (з 28,50 % до 12,50 %), іншого лікаря (з 12,34 % до 7,50 %).

У середньому віці – 45-59 років – до сімейного лікаря звертатимуться 74,42 % осіб проти 51,28 % до впровадження елементів запропонованої моделі за рахунок зменшення звернень до психіатра (з 15,38 % до 6,98 %), психолога (з 23,08 % до 13,95 %), іншого лікаря (з 10,26 % до 4,65 %).

У старшому віці (після 60 років) до сімейного лікаря готові звернутися в першу чергу 77,78 % осіб проти з 54,29 % респондентів, опитаних до впровадження елементів запропонованої моделі, за рахунок зменшення звернень до психіатра (з 14,30 % до 7,41 %), психолога (з 17,14 % до 11,11 %), іншого лікаря (з 14,29 % до 3,70 %) (рис. 5.5.).

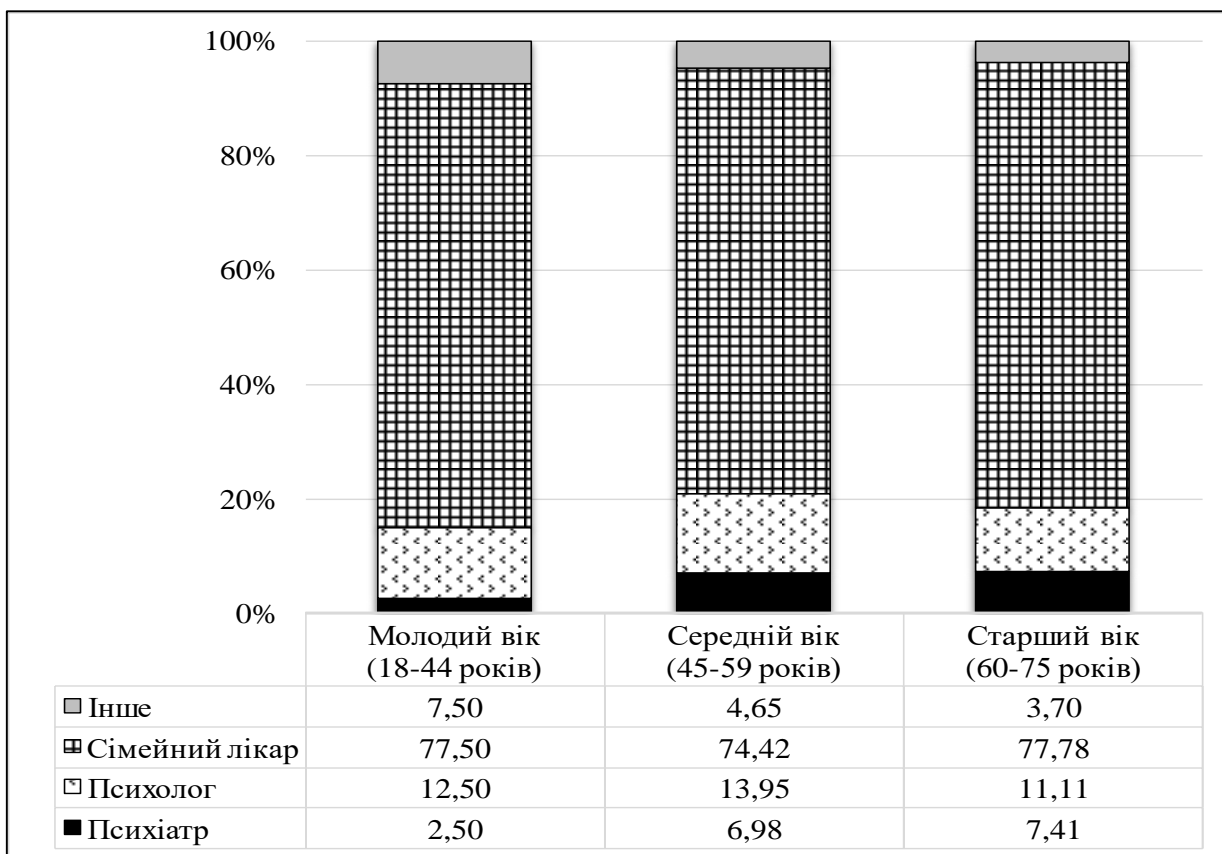


Рис. 5.5. Розподіл відповідей пацієнтів на питання «До якого лікаря Ви звернетесь у разі порушення сну, відчуття неспокою, тривоги тощо?», (у %)

Порівнюючи відповідь на питання «Чи скеровував Вас сімейний лікар в разі звернення з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії на консультацію до психолога або психіатра» до впровадження алгоритму та після, встановлено зменшення числа направлень сімейним лікарем на консультацію до психолога або психіатра з 13,8 % до 10,91 % осіб, оскільки лікар загальної практики – сімейний лікар самостійно призначав обсяг лікування хворим з проявами тривоги і депресії легкого ступеня важкості.

Отримані дані також засвідчили, що після впровадження елементів моделі зріс відсоток респондентів, готових дотримуватись рекомендацій сімейного лікаря, на 13,44 %, що показало зростання лояльності пацієнтів до лікаря загальної практики – сімейного лікаря (рис. 5.6).

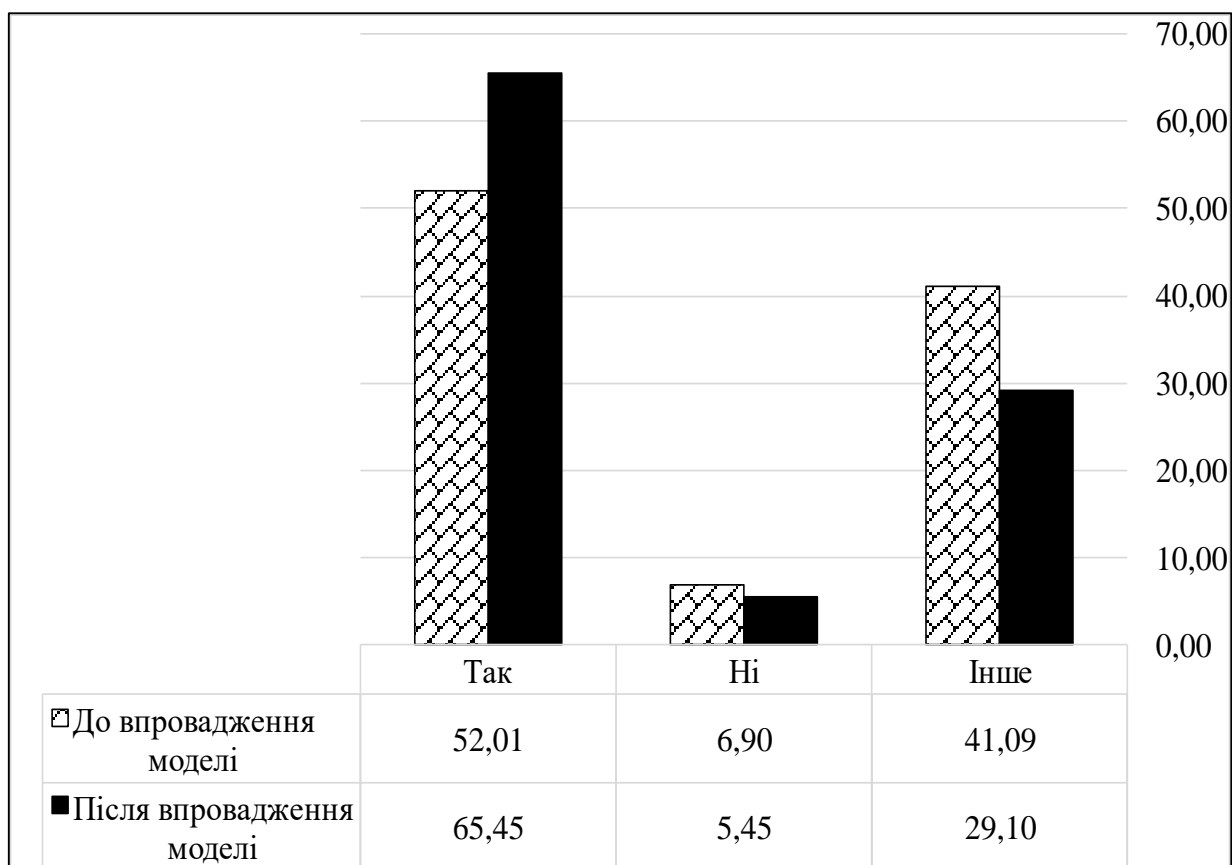


Рис. 5.6. Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи дотримуетесь Ви рекомендацій лікаря в разі звернення з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії» до та після впровадження моделі, (у %)

Одне з основних питань анкети пов'язане з відповідністю очікувань пацієнтів від первинної медичної допомоги, що вказувало на рівень задоволеності пацієнта отриманою первинною медичною допомогою. Після впровадження елементів моделі відповіді респондентів розподілилися наступним чином (рис. 5.7.):

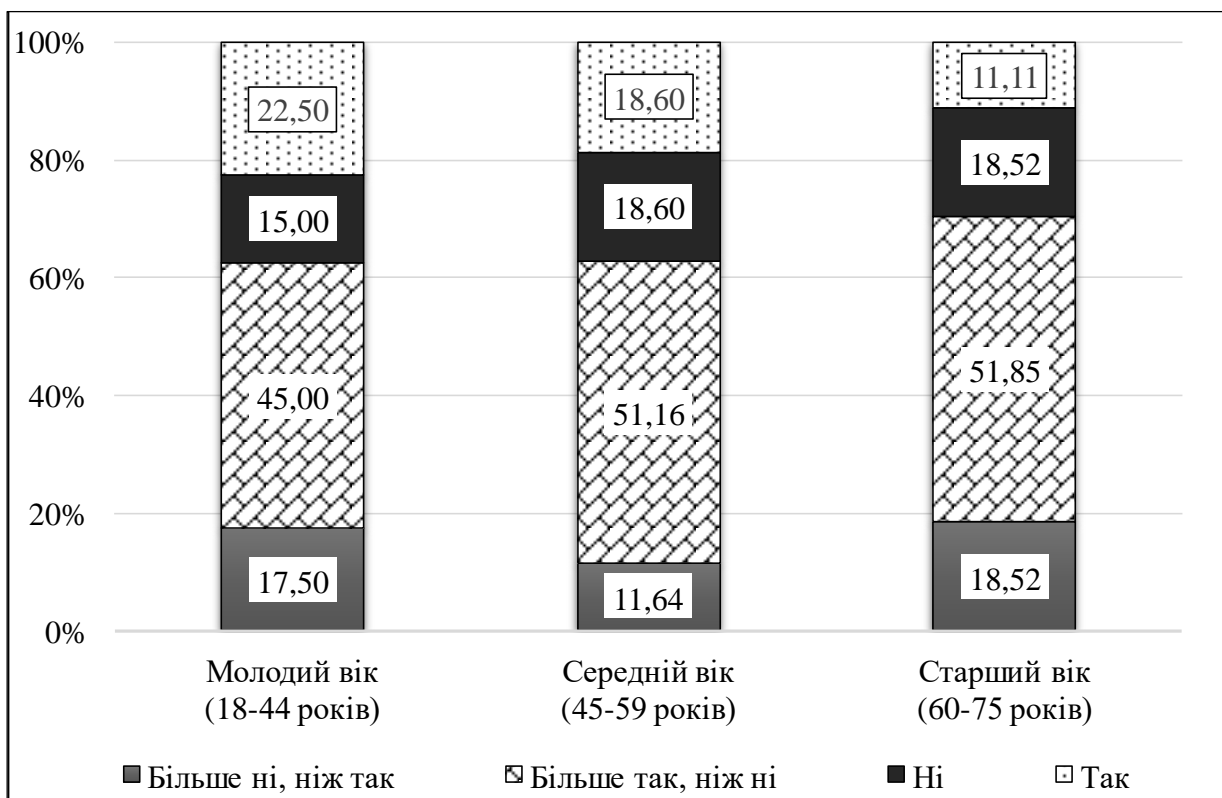


Рис. 5.7. Розподіл відповідей респондентів на питання «Чи справдився Ваш рівень очікувань від отриманої медичної допомоги?», (у %)

Результати аналізу засвідчили, що отриманий рівень медичної допомоги після впровадження алгоритму відповідав очікуваному у 67,27 % опитаних проти 53,74 % пацієнтів, опитаних до впровадження моделі, що вище на 13,53 % випадків.

Лікарі використовували діагностичні тести та проводили анкетування хворих за запропонованими діагностичними шкалами й опитувальниками, заповнені примірники яких вкладались в амбулаторні карти. В разі виявлень проявів тривоги та/або депресії лікарі, відповідно до алгоритму, скеровували пацієнтів на консультацію до психолога, проводили індивідуальні освітні бесіди з питань дотримання засад здорового способу життя та формування стресостійкості. Встановлено, що кількість випадків направлень пацієнтів лікарем загальної практики - сімейним лікарем на консультацію до лікарів вторинної/третинної медичної допомоги зменшилось з 13,8 % до 10,91 % осіб за рахунок використання розробленого в межах моделі алгоритму.

Організаційна складова оптимізована за рахунок удосконалення регламентації показань до скерування до лікарів-спеціалістів вторинної/третинної медичної допомоги в межах запропонованого алгоритму, що було додатково представлено в наявних клінічних маршрутах пацієнтів закладу з соматичною патологією.

Важливо, що впровадження окремих елементів запропонованої моделі здійснювалось за рахунок наявних ресурсних можливостей закладу первинної медичної допомоги. Існуючий навчальний ресурс для забезпечення навчання лікарів в умовах закладу був оптимізований шляхом включення до планових навчальних заходів лекцій-тренінгів та додаткових до наявних навчальних матеріалів за визначеною темою. Оптимізація освітніх технологій на груповому рівні, як вже вище зазначалося, здійснювалась також за рахунок наявних ресурсних можливостей закладу первинної медичної допомоги (мультимедійне обладнання, цифрові технології).

Діагностичні технології оптимізовані шляхом додаткового використання стандартних психо-діагностичних шкал та опитувальників, що запропоновано автором дисертації в межах розробленого алгоритму, а також цифрових технологій з метою опитувань пацієнтів, доступних для користувачів соціальних мереж, що сьогодні поширено в українській популяції.

Таким чином, результати впровадження окремих елементів моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу засвідчили, що запропонована модель економічно ефективна, оскільки може бути застосована на рівні закладу первинної медичної допомоги в межах існуючих кадрових, матеріально-технічних, технологічних, інформаційних, організаційних ресурсів за умови їх використання у більш раціональний спосіб.

5.5. Експертна оцінка ефективності моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу

З метою визначення ефективності моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу використаний метод експертних оцінок [додаток Б-5] [33, 38].

Група експертів складалась з 133 осіб: 47 (35,34 %) чоловіків, 86 (64,66 %) жінок. Усі експерти були фахівцями в галузі «Медицина» та розподілялись на дві групи: перша – за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» (науковці, організатори охорони здоров'я, заступники керівника, керівники структурних підрозділів) – 49 (36,84 %), друга – лікарі закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги, в тому числі, завідувачі амбулаторій – 84 (63,16 %) (рис. 5.8) [додаток В-1].

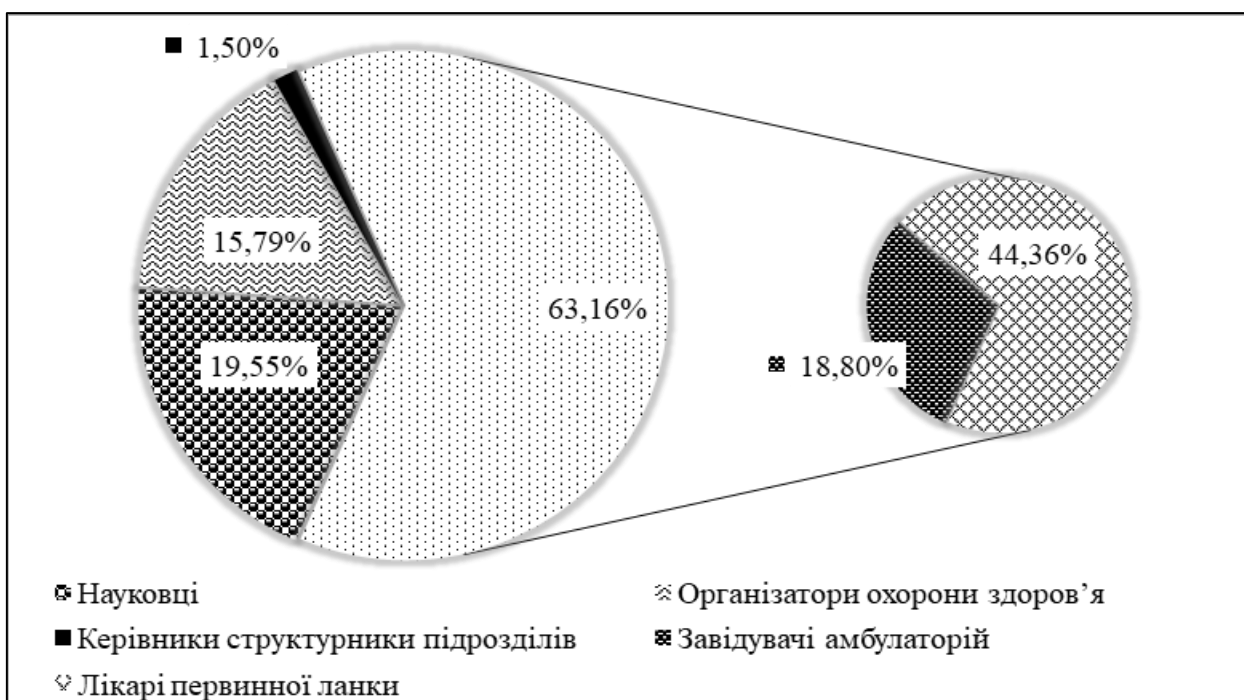


Рис. 5.8. Розподіл експертів за сферою діяльності, (у %)

Експертна оцінка запропонованої моделі фахівцями другої групи проводилася в восьми закладах охорони здоров'я: КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги» (Полтавська область) – 17 експертів,

КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» (Черкаська область) – 15, КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги» (Хмельницька область) – 12, КЗ «Васильківський центр первинної медико-санітарної допомоги» (Київська область) – 11, КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» (Київська область) – 10, КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги» (Полтавська область) – 9, КЗ «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги» (Черкаська область) – 6, КЗ «Приморський центр первинної медико-санітарної допомоги» (Запорізька область) – 4.

Організатори охорони здоров'я обіймали посади: проректора закладу вищої освіти, директора інституту, ученого секретаря, завідувача кафедри, професора, доцента та асистента кафедри, начальника лікувально-організаційного управління, начальника управління охороною здоров'я, головного лікаря, заступника головного лікаря, завідувача поліклініки, завідувача інформаційно-аналітичного відділу, завідувача відділу епідеміології та організаційно-методичної роботи.

Більше половини експертів першої групи мали наукові ступені: доктора медичних наук – 19 (38,78 %), кандидата медичних наук – 8 (16,33 %), не мали наукового ступеню – 22 (44,90 %).

Стаж роботи експертів розподілився наступним чином: 14 (10,53 %) – до 5 років, 6 (4,51 %) – 5-10 років, 8 (6,02 %) – 11-15 років, 21 (15,79 %) – 16-20 років, 84 (63,16 %) – понад 25 років. Як свідчить рис.5.9, домінуюче положення (50 % і більше) в кожній категорії посад займали експерти зі стажем роботи більше 20 років.

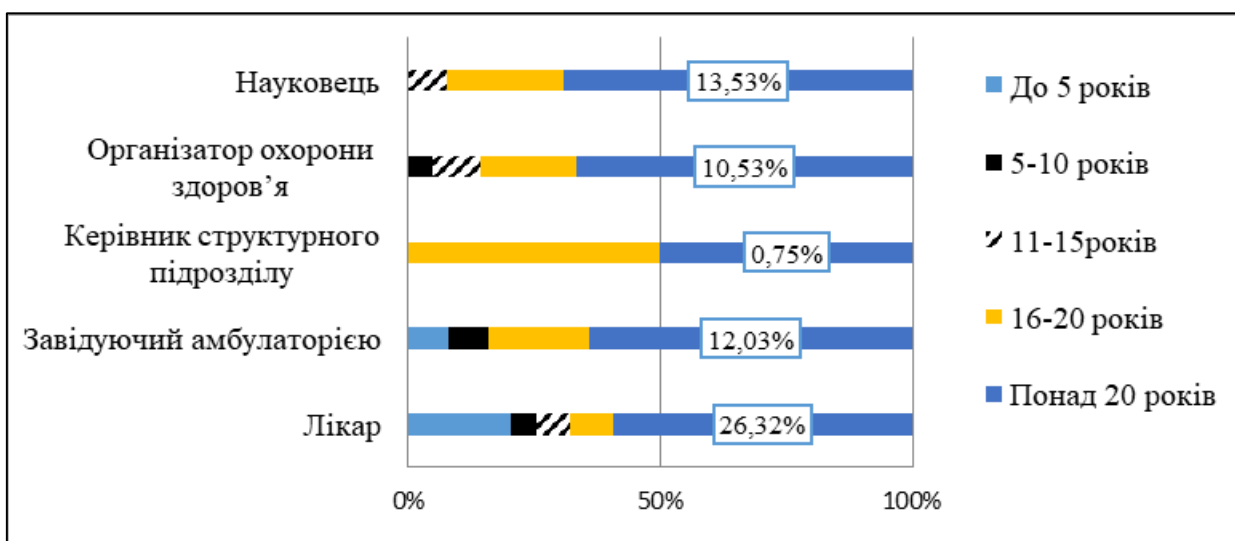


Рис. 5.9. Розподіл експертів за стажем роботи в галузі «Медицина», (у %)

Вищу кваліфікаційну категорію серед організатори охорони здоров'я мали 33 (24,81 %) експертів та 30 (22,56 %) експертів-лікарів (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Розподіл експертів за кваліфікаційними категоріями, осіб, абс., (%)

Кваліфікаційна категорія	Організатори охорони здоров'я			Практикуючі лікарі	
	науковці	організатори охорони здоров'я	керівники структурних підрозділів	завідувачі амбулаторій	лікарі первинної ланки
Відсутня	5 (3,76)	–	1 (0,75)	4 (3,01)	18 (13,53)
Друга	–	–	–	4 (3,01)	6 (4,51)
Перша	3 (2,26)	7 (5,26)	–	11 (8,27)	11 (8,27)
Вища	18 (13,53)	14 (10,53)	1 (0,75)	6 (4,51)	24 (18,05)

Відповіді експертів щодо ефективності моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу підсумовано у таблиці 5.3.

Таблиця 5.3

Розподіл відповідей експертів на питання анкети, осіб (%)

Запитання	Відповіді за групами осіб (%)						P(χ^2)*
	група №1 (організатори охорони здоров'я)			група №2 (практикуючі лікарі)			
	так	ні	інше	так	ні	інше	
Чи потрібно лікарю сприяти підвищенню рівня інформованості пацієнта щодо факторів ризику впливу на перебіг та розвиток розладів психосоматичного здоров'я?	47(95,92)	1(2,04)	1(2,04)	81(96,43)	3(3,57)	–	0,376
Чи є профілактичні заходи на рівні ПМД ефективним інструментом збереження здоров'я населення?	46(93,88)	2(4,08)	1(2,04)	80(95,24)	4(4,76)	–	0,416
Чи є профілактичні заходи щодо збереження здоров'я населення на рівні ПМД економічно доцільними?	47(95,92)	1(2,04)	1(2,04)	73(86,90)	8(9,52)	3(3,57)	0,214
На Вашу думку, чи необхідно включити до програми підготовки (підвищення) лікарів первинної ланки окремого додаткового комплексного модуля «Психічне здоров'я» з дисциплін «Психологія» та «Психіатрія»?	46(93,88)	2(4,08)	1(2,04)	80(95,24)	3(3,57)	1(1,19)	0,916
Чи достатньо лікарю ПМД використання загальних психометричних методик для виявлення тривоги та депресії?	32(65,31)	13(26,53)	4(8,16)	52(61,90)	17(20,24)	15(17,86)	0,268

Примітка: * – оцінка суттєвості різниці між групами експертів

Так, більшість експертів вважала, що лікар повинен сприяти підвищенню рівня інформованості пацієнта щодо чинників ризику впливу на перебіг та розвиток розладів психосоматичного здоров'я (47 (95,92 %) – група № 1 та 81 (96,43 %) – група № 2). 46 (93,88 %) організаторів охорони здоров'я та 80 (95,24 %) практикуючих лікарів вважала профілактичні заходи ефективним інструментом збереження здоров'я населення на рівні ПМД.

Група № 1 (95,92 %) та група № 2 (86,90 %) визнали економічно доцільними профілактичні заходи щодо збереження здоров'я населення. Підтримали включення до програми підготовки (підвищення) лікарів первинної ланки окремого додаткового комплексного модуля «Психічне здоров'я» з дисциплін «Психологія» та «Психіатрія» 46 (93,88 %) фахівці з організації охорони здоров'я та 80 (95,24 %) практикуючих лікарів. Підтримали використання лікарями ПМД психометричних методик для виявлення тривоги та депресії у групах 32 (65,31 %) та 52 (61,90 %) експертів відповідно (рис. 5.10).

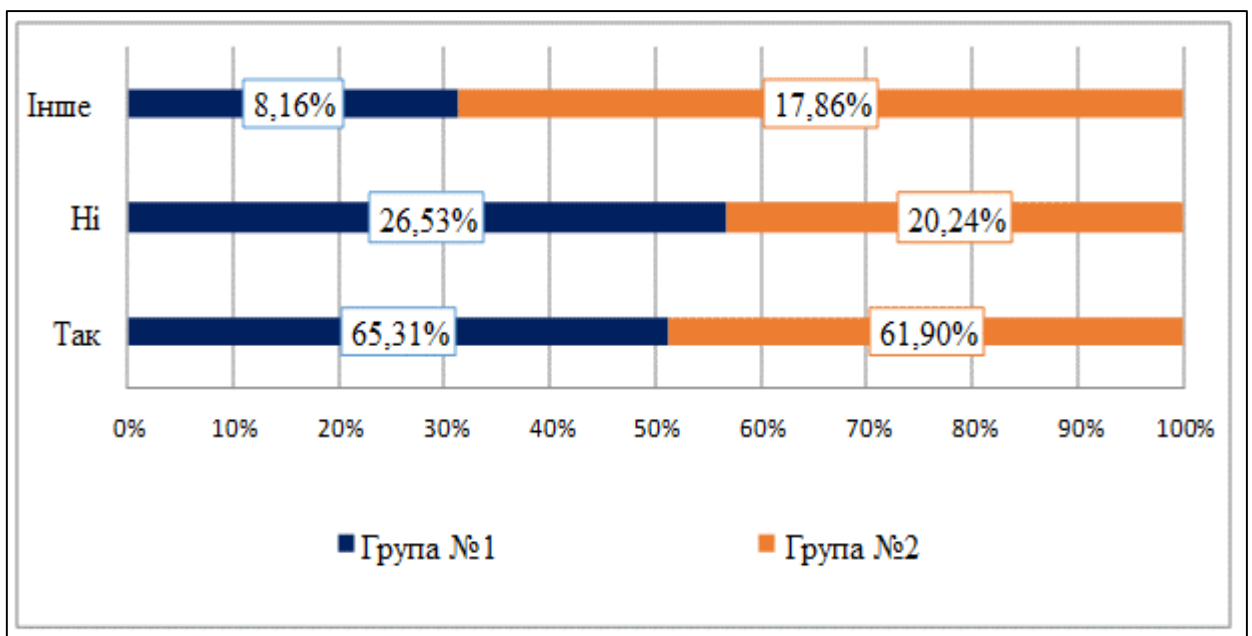


Рис. 5.10. Розподіл відповідей експертів на питання «Чи достатньо лікарю ПМД використання загальних психометричних методик для виявлення тривоги та депресії?» (у %)

Отримані результати для групи 1 та 2 практично співпадали ($p > 0,05$) за всіма питаннями. Частота позитивних відповідей складала більше 90 % за всіма питаннями, що засвідчило про високий ступінь узгодженості думок експертів. Коефіцієнт конкордації не визначався, тому що кожне питання запитника вивчалось самостійно і узгодженість відповідей за кожним питанням фактично відображалась частотою позитивних оцінок (ТАК), яка в 1-й групі експертів за питаннями 1-4 коливалася в межах 93,9 – 95,9 %. В 2-й групі (практичні лікарі) частота позитивних оцінок (співпадіння результатів опитування) за питаннями 1-4 складала 86,9 – 96,4 %. Варіабельність оцінок в обох групах була меншою 10 %, що відповідало низькому ступеню розбіжності думок експертів із кожного окремого питання.

Дещо вищу різноманітність (варіабельність) мали варіанти оцінок моделі за запитанням «Чи достатньо лікарю ПМД використання загальних психометричних методик для виявлення тривоги та депресії?», які за позитивними відповідями (ТАК) співпадали у 65,3 % в групі 1-й та 61,9 % в групі 2-й. Розбіжності оцінок за даним питанням в 1/3 респондентів свідчили про недостатнє використання даних методик в практичній охороні здоров'я чи відсутність досвіду їх застосування.

Висновки до розділу 5

1. Результати дослідження, отримані на чотирьох його етапах, дозволили на п'ятому і шостому етапах обґрунтувати та розробити модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, впровадити окремі елементи запропонованої моделі в практику роботи закладу первинної медичної допомоги та надати оцінку її ефективності, що передбачалось метою і завданнями дослідження.

2. Суттєвими складовими моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу стали алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень

психічного здоров'я та функціонально-організаційна модель профілактики розладів психіки та поведінки, структурована за трьома рівнями її реалізації: індивідуальним, груповим (родинним) та популяційним.

3. Алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я представлено як основну організаційну технологію для закладу первинної медичної допомоги. Алгоритм передбачає оцінку психологічного стану пацієнта за допомогою стандартизованих шкал та діагностику макро-і мікросоціальних чинників ризику порушень психічного здоров'я, за результатами якої лікар загальної практики-сімейний лікар може визначити подальшу тактику організації медичної допомоги в залежності від ступеня вираженості тривоги та депресії у хворого: проведення профілактичних освітніх заходів на індивідуальному рівні, лікування порушень легкого ступеня важкості в умовах закладу ПМД, організацію консультативної допомоги лікарем-психологом, скерування на обстеження й лікування в заклади вторинної/третинної медичної допомоги при проявах тривоги та депресії середнього і важкого ступеня.

4. На популяційному рівні профілактична складова моделі передбачає розробку, відновлення й продовження функціонування державних програм з виховання засад здорового способу життя населення та державних заходів з мінімізації впливу макросоціальних стрес-асоційованих чинників на здоров'я населення в усіх сферах суспільного життя.

5. На груповому (родинному) рівні в межах запропонованої моделі передбачається широке запровадження профілактичних технологій з популяризації психічного здоров'я, залучення до реалізації державних програм місцевих громад та використання сучасних засобів комунікацій (мобільний і цифровий зв'язок) з громадянським суспільством з питань попередження психічних розладів.

6. Інноваційним елементом запропонованої моделі слід вважати впровадження в закладах первинної медичної допомоги міжнародної

класифікації первинної медичної допомоги ІСРС-2, яка передбачає не лише встановлення діагнозу, але й визначення причини звернення пацієнта.

7. Невід'ємним елементом моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу стало підвищення кваліфікації лікарів зі спеціальностей «Загальна практика-сімейна медицина», «Терапія», «Педіатрія» в частині надання первинної медичної допомоги шляхом включення додаткового модуля «Психічне здоров'я» в програми безперервного професійного розвитку організаторів охорони здоров'я.

8. Результати впровадження окремих елементів запропонованої моделі довели її соціальну ефективність: готовність першочергово звертатись до лікаря загальної практики-сімейного лікаря в разі ознак тривоги та депресії висловили 76,37 % пацієнтів закладу ПМД, опитаних після впровадження, проти 53,45 % пацієнтів, опитаних до впровадження; відсоток пацієнтів, готових дотримуватись рекомендацій лікаря загальної практики-сімейного лікаря, зріс на 13,44 %; відповідність отриманої медичної допомоги очікуваній підтвердили 67,27 % пацієнтів проти 53,74 % осіб, опитаних до впровадження.

9. Медична ефективність підтверджена зменшенням числа направлень пацієнтів лікарем загальної практики - сімейним лікарем на консультацію до лікарів вторинної/третинної медичної допомоги з 13,8 % до 10,91 % осіб після впровадження алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я, оскільки лікар загальної практики – сімейний лікар самостійно призначав відповідний обсяг лікування хворим з проявами тривоги і депресії легкого ступеня важкості.

10. Організаційні заходи з впровадження алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я довели, що використання алгоритму не потребує додаткових фінансових витрат і може бути здійснено за рахунок існуючих ресурсів закладу первинної медичної допомоги шляхом їх використання у більш раціональний спосіб.

11. Обґрунтована, розроблена і частково впроваджена модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу високо оцінена кваліфікованими експертами: результати експертних оцінок двох незалежних груп експертів в цілому виявились конкордантними ($p > 0.05$) та співпадали в межах діапазону 65,31-95,92 % проти відповідей «Ні» в межах діапазону від 2,04 % до 26,53 % в першій групі експертів, та відповідно 61,90%-96,43 %, проти 3,57 %-20,24 % другій групі експертів.

За матеріалами, які викладенні в розділі, опубліковано наступні наукові публікації [308, 317, 318, 319, 320].

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результатами проведеного дослідження встановлено, що основними проявами впливу стресових чинників на організм людини є тривога і депресія. Поширеність розладів тривожно-депресивного спектру у країнах Європи і США становить близько 5-10 %, а у загальній медичній практиці сягає 22-33 %, які є основною причиною безробітності (ВООЗ, 2002) та 45-60 % усіх випадків самогубств [121]. Зростання захворюваності пов'язують з впливом стресогенних чинників таких як глобалізація, урбанізація і пов'язані з ними масові та інші стресори (фізичні, хімічні, біологічні, екологічні, соціальні й психологічні). Не менш важливу роль відіграє стан соматичного захворювання та особливості соціально-психологічної структури особистості [12, 149].

Ризик розвитку тривоги та депресії поглиблюється через фізичні хвороби, залежність від наркотиків чи алкоголю, негативні життєві обставини, безробіття, бідність, розрив відносин чи втрату близької людини, стихійні лиха, війни тощо. Так за даними МОЗ України, з 2008 р. по 2012 р. поширеність депресивних розладів зросла з 65,37 до 73,6, а захворюваність – з 8,74 до 9,06 на 100 тис. нас. Впродовж останніх десятиріч прослідковувалась тенденція зростання випадків непсихотичних психічних розладів, зокрема депресивних. За 1973-2000 роки кількість зареєстрованих випадків депресивних розладів серед загальної кількості звернень до лікаря у перерахунку на кількість населення зросла з 2,3 до 3,8 % (за даними Державного комітету статистики України) [62, 121, 187].

Дана проблема стала фундаментом завдань даної наукової роботи, виконання яких привело до досягнення встановленої мети – науково обґрунтувати модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу.

Протягом останніх чотирьох років внаслідок воєнних дій Україна зіткнулась із великою кількістю тимчасово переміщених осіб та військовослужбовців, які приймають участь у воєнному конфлікті; переважна більшість отримали фізичні та психологічні травми, які відображаються на психічному здоров'ї. За даними ВООЗ, під час надзвичайних ситуацій внаслідок дії депресії та тривожних розладів потерпає кожна п'ята особа [54, 187]. До групи ризику щодо психічних порушень відносяться особи, які перебувають у нестабільній життєвій ситуації (незабезпеченість матеріальними та фінансовими ресурсами, внутрішні сімейні проблеми, несприятливі обставини) [95].

В роботі проаналізовано динаміку захворюваності та поширеності хвороб серед населення України та, зокрема, Київської області за період 2012-2016 рр. Виявлено тенденцію щодо зростання показників поширеності хвороб на 4,49 %, захворюваності – на 6,12 % населення Київської області [49, 142, 155], а також показників поширеності та первинної захворюваності населення України [94, 101].

Показник поширеності хвороб населення Київської області в розрізі адміністративних одиниць (район/місто) за 2016 р. на 10 тис. нас. коливався від 17750,1 до 28902,3, а серед міст обласного значення – від 9817,6 до 22021,7. Вищі показники поширеності хвороб від обласного показника (20872,3 на 10 тис. нас.) спостерігалися у м. Буча – 22021,7 на 10 тис. нас. [32, 49].

В м. Буча спостерігався найвищий показник захворюваності у 2016 р. (11365,8 на 10 тис. нас.), що у 1,76 раз перевищувало загальноукраїнський показник, незважаючи на зниження рівня захворюваності 6,62 % проти 2015 р. [32, 49].

В 2016 р. в Київській області в структурі поширеності за класами хвороб перше місце посідали хвороби системи кровообігу – 30,8 % в загальній структурі хвороб, по Україні – 30,67 %; друге – хвороби органів дихання – 22,6 %, по Україні – 20,68 %; третє – хвороби органів травлення – 10,3 %, по Україні – 9,74 %; четверте – хвороби ендокринної системи, розладу

харчування – 6,3 %, по Україні – 4,96 % і п'яте – хвороби кістково-м'язової системи – 4,9 %, по Україні – 5,39 % [49, 62, 94, 101, 142, 188].

У структурі захворюваності населення Київської області в 2016 р. переважали хвороби: органів дихання (51,0 %), системи кровообігу (5,9 %), шкіри та підшкірної клітковини (5,7 %), сечостатевої системи (4,5 %), ока та додаткового апарату (3,8 %), кістково-м'язової системи (3,5 %); на відміну від поширеності, де провідне місце належало хворобам системи кровообігу (30,80 %) [32].

За останні десятиліття спостерігалось погіршення стану психічного здоров'я населення [32]. Підтверджено комплексний взаємозв'язок між психічними та фізичними порушеннями, несприятливими наслідками коморбідних соматичних захворювань [54, 187, 249, 302].

Відповідно до статистичних даних, питома вага у структурі поширеності хвороб серед населення за провідними класами хвороб за 2016 р. на розлади психіки та поведінки становила 2,30 %, а по Київській області – 2,10 %; захворюваність – 0,48 % та 0,7 % відповідно [94].

Аналіз динаміки поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки населення України продемонстрував тенденцію до зниження: поширеність у 2016 р. становила 3916,0 на 100 тис. нас., що на 0,42 % менше порівняно з попереднім роком (3932,4); захворюваність – 191729 осіб, що на 1,01 % менше, ніж у 2015 р., проте в порівнянні з попередніми роками носить хвилеподібний характер [49, 62, 94, 101, 142, 188].

Поширеність розладів психіки та поведінки серед населення Київської області протягом п'ятирічного періоду поступово знижувалась, зафіксовано зменшення показника на 0,37 % у 2016 р. відносно попереднього року (431,9 на 10 тис. нас.) та на 4,44 % (450,3) відносно 2012 р. Захворюваність, незважаючи на поступове її зниження, в 2016 р. незначно зросла на 0,59 % (з 51,2 у 2015 р. до 51,5 у 2016 р.) [32, 49, 141, 142, 155].

Спостереженням динаміки поширеності розладів психіки та поведінки серед населення м. Буча встановлено найвище її зростання у 2016 р. на 7,33 % відносно 2015 р. (450,9 на 10 тис. нас.), так і проти 2012 р. на 24,59 % (361,9).

Найвищий показник захворюваності населення Київської області на розлади психіки та поведінки встановлено також у м. Буча – 72,5 на 10 тис. нас. [32, 49, 141, 142, 155].

Таким чином з'ясовано, що стан психічного здоров'я населення України, зокрема, Київської області та м. Буча, незадовільний, що потребує перегляду існуючого стану та оптимізації первинної медичної допомоги із врахуванням потреб населення у ранній діагностиці, лікуванні, реабілітації [23, 86].

Ще однією не менш важливою проблемою здоров'я була та залишається смертність населення, власне її негативна динаміка, що підтримує демографічну кризу в Україні як за рахунок природних причин, так і за рахунок військових подій і соціально-економічної кризи. Стресові макросоціальні чинники, здійснюють внесок у смертність від хвороб системи кровообігу, нещасних випадків і травм. Інформаційно-аналітичні дані свідчать, що починаючи з 2011 р., спостерігається зростання рівня смертності населення Київської області з 15,7 ‰ до 16,5 ‰ (2015 р.).

Спостерігалася позитивна динаміка коефіцієнта смертності в Україні за останні декілька років, проте у 2015 р. він залишався одним із найвищих у Європі [25, 94].

За даними ВООЗ, найбільшої уваги щодо формування тривоги та депресії заслуговують: біологічні фактори ризику; наявність шкідливих звичок; оцінка пацієнтом рівня свого здоров'я, рівня фізичної активності; соціально-економічних умов [297].

Проведено аналіз впливу наявних соматичних захворювань на формування тривоги та депресії у пацієнтів. З усіх респондентів, які звертались з приводу захворювань, переважали хворі на хвороби органів дихання – 80 (15,0 %), травлення – 106 (19,9 %), системи кровообігу –

92 (17,3 %). Було виявлено, що 138 (25,9 %) осіб мали одночасно прояви тривоги та депресії.

Зокрема, тривога виявлялася дещо рідше, ніж депресія – у 176 (33,1 %) хворих, депресія у 252 (47,4 %). Зважаючи на значну частоту виявлення тривожності в амбулаторних пацієнтів, вивчено закономірності формування тривоги у соматичних хворих.

Частота виявлення тривоги суттєво не відрізнялася у чоловіків – 125 (31,6 %) та жінок – 51 (37,5 %), $p = 0,204$.

Виявлення депресії у жінок зустрічалось частіше 196/396 (49,5 %), ніж у чоловіків 56/136 (41,2 %), оцінка шансів $OR=1,40$ (0,94-2,08), $p=0,094$.

При відсутності соматичних захворювань частота виявлення депресії була найнижчою та складала 14 (29,2 %) випадків, а їх наявність підвищувало ризик формування стресового статусу й розвитку депресії. Статистично значимий несприятливий вплив здійснювали наступні захворювання: органів травлення – виявлення депресії у 65 (61,3 %) осіб, $OR=3,85$ (1,85-8,03), $p=0,001$; новоутворення – у 22 (62,9 %) респондентів, $OR= 4,11$ (1,63-10,38), $p=0,002$; хвороби ендокринної системи – у 39 (54,9 %) опитаних, $OR=2,96$ (1,36-6,45), $p=0,006$; хвороби системи кровообігу – у 47 (51,1 %) хворих, $OR=2,54$ (1,20-5,34), $p=0,013$.

Наявність у пацієнтів поєднаної патології (2 та більше діагнозів) характерно для більшості хворих – 423 (79,5 %), при поєднаній патології частота депресій реєструвалась у 218 (51,5 %) випадків, а ризик зростав у 2,58 рази – $OR=2,58$ (1,35-4,95), $p=0,003$.

Аналогічно депресії за відсутності соматичних захворювань частота виявлення тривоги була найнижчою та складала 8 (16,7 %) випадків. Тоді як наявність соматичних захворювань підвищувала ризик формування тривожного статусу пацієнтів, як індикатора стресового стану. Приріст частоти тривоги характерний для всіх соматичних захворювань, проте при патології органів дихання, хворобах нервової системи та сечостатевої не був статистично значимим ($p>0,05$).

При інших класах захворювань (хворобах органів травлення, ендокринної системи, системи кровообігу) суттєво ($p < 0,05$) зростав ризик розвитку тривоги у хворих (більше, ніж 3 рази). Наявність 2 та більше діагнозів супроводжувалося приростом частоти розвитку тривоги у 2,79 рази – $OR=2,79$ (1,27-6,09), $p=0,008$.

Встановлено, що частота виявлення депресії суттєво відрізнялась залежно від віку хворих. Найнижчий рівень депресії реєструвався у віці до 30 років – 45 (33,1 %) з поступовим підвищенням ризику відповідно у кожній наступній віковій групі, виходячи з чого у соматичних хворих пенсійного віку реєструвалось значне підвищення ризику – у 2,81 рази.

Подібну ситуацію можна розглянути щодо тривоги, частота виявлення якої теж суттєво змінювалась залежно від віку хворих. Мінімальний рівень тривоги виявлявся до 30 років – 23 (16,9 %) з поступовим підвищенням ризику у наступних вікових групах, а починаючи з віку старше 50 років приріст частоти виявлення був статистично значимим – 51-60 років – 34 (45,3%), $OR=4,07$ (2,15-7,72), $p=0,0001$; старше 60 років – 69 (71,9 %), $OR=12,56$ (6,68-23,61), $p=0,0001$.

Інвалідність, як чинник ризику стресового стану, виявлялась у 44 (8,3 %) обстежених. Підвищення ризику депресії визначено у 30 (68,2 %) осіб з інвалідністю, тривоги у 27 (61,4 %) осіб.

Встановлено, що відсутність вищої освіти є несприятливим прогностичним чинником розвитку депресії, яка виявлялась у 141 з 265 обстежених (53,2 %), тривоги – 111 (41,9 %). За наявності вищої освіти депресія зустрічалась суттєво рідше та складала тільки 41,6 %, ($p=0,007$); тривога виявлялась тільки у 24,3 % хворих, ($p=0,0001$). Отже, у хворих без вищої освіти у 1,6 рази був вищим ризик підвищеного стресу з розвитком депресії – $OR=1,60$ (1,12-2,28), а тривоги у 2,24 рази мав вище ризик виявлення тривоги – $OR=2,24$ (1,55-3,25).

Крім освіти, важливим чинником для формування стресового стану хворих є регулярна фізична активність, при наявності якої з метою

оздоровлення спостерігалось зниження частоти тривоги – у 16 (16,2 %) хворих, тоді як в групі без такої даний показник суттєво зростав і виявлявся у 160 (37,0 %) опитаних, аналогічно при депресії: 37 (37,4 %) та 215 (49,6 %). Відсутність регулярної фізичної активності з метою оздоровлення підвищувала ризик розвитку тривоги у 3,04 рази ($p < 0,001$) а депресії у 1,65 рази – $OR = 1,65$ (1,06-2,59), $p = 0,027$.

Паління та зловживання алкоголем можна розглядати як причину, так і наслідок формування стресового стану у хворих. Серед осіб, які споживали тютюнові вироби частота виявлення депресії становила 46 осіб (49,5 %), а тривоги – 32 (34,4 %). Проте слід відмітити, що за результатами дослідження тривога та депресія виявлялися практично з однаковою частотою серед тих, хто палив 32 (34,4 %) та не палив 143 (32,7 %), $p = 0,743$.

Серед хворих, хто не вживав алкоголь, чи вживав його епізодично кілька разів на рік, частота виявлення тривоги та депресії також суттєво не відрізнялись, як показали результати нашого дослідження.

У пацієнтів, які працювали в несприятливих санітарно-технічних умовах, прояви тривоги виявлено у 71 (46,7 %) осіб, при покращення умов праці спостерігалось зниження частоти її виявлення – у 105 (27,6 %) опитаних, $p = 0,001$, прояви депресії – у 87 (60,4 %) та 165 (42,5 %) відповідно. Таким чином, незадовільні умови праці у 2,3 рази підвищують ризик розвитку тривоги – $OR = 2,3$ (1,55-3,39), і у 2,06 рази ($p = 0,0001$) – депресії на фоні соматичних захворювань.

У хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням частота виявлення депресії склала 140 осіб (53,0 %), $OR = 1,57$ (1,12-2,22) $p = 0,009$, а тривоги 103 (39,9 %), $OR = 1,71$ (1,19-2,46) $p = 0,004$.

Надмірну фізичну активність виявлено у 280 (52,6 %) пацієнтів, а прояви депресії спостерігали у 150 (53,6 %), осіб цієї групи, без надмірної активності – у 102 (40,5 %) осіб, що дозволило зробити висновок про несприятливий прогностичний вплив цього чинника – $OR = 1,70$ (1,20-2,39), $p = 0,003$.

При аналізі таких соціальних чинників як сім'я та релігія, встановлено, що незадоволеність стосунками з рідними у сімейних респондентів була причиною розвитку депресії у 74 (13,9 %) обстежених, тривоги у 31 (61,7 %) осіб.

За наявності проблем в сім'ї частота виявлення депресії складала 46 (62,2 %) та 206 (45,0 %) осіб, при відсутності такого $OR=2,01$ (1,21-3,33), $p=0,006$. Тоді як при сприятливому сімейному кліматі тривога виявлялася тільки у 139 (29,4 %) респондентів, $OR=3,85$ (2,21-6,73), $p=0,001$.

Встановлено, що ризик виявлення тривоги серед військовослужбовців та учасників АТО більше, у 2 рази, ніж для цивільних професій з психо-емоційним навантаженням.

В роботі проаналізовано вплив демографічних, соціальних, побутових, професійних чинників на розвиток депресії та тривоги у хворих з соматичними захворюваннями. Проте, наявність вказаних стресових чинників не тільки виявляється у хворих, але й впливає на організацію надання первинної та інших видів медичної допомоги.

Отримані результати засвідчили, що при наявності проявів порушень психічного здоров'я зменшувалась частота диспансерного спостереження (27,6 %) та зростала частота різних форм лікування пацієнтів.

Так, частота первинного звернення до лікарів загальної практики – сімейних лікарів була суттєво вищою в групі хворих без проявів порушень психічного здоров'я – у 55,2 % у порівнянні з групою з наявними ознаками тривоги та депресії – у 39,7 % осіб ($p=0,001$). Суттєво вищою також виявилась обґрунтованість звернення до лікарів загальної практики – 83,1 % проти 72,2 % в групі з проявами тривоги та депресії ($p=0,029$). Пацієнти з ознаками тривоги та депресії частіше первинно зверталися до вузьких спеціалістів – у 60,3 % хворих проти 33,9 % в групі без їх проявів ($p=0,001$). При цьому обґрунтованість при первинному зверненні була нижчою за наявності стресових чинників і складала 73,7 % проти 85,4 % в іншій групі ($p=0,037$)

Показано, що виявлені стрес-асоційовані чинники ризику впливають на перебіг основного соматичного захворювання та тривалість ремісії при хронічних соматичних хворобах. Тривалість безрецидивного періоду для хворих з досліджуваних груп визначається наявністю чи відсутністю впливу стрес-асоційованого чинника ризику розладів психічного здоров'я.

Результати аналізу наукових світових даних та даних власного дослідження, стану психічного здоров'я населення та організації первинної медичної допомоги хворим з проявами тривоги та депресії в Україні довели доцільність наукового обґрунтування, розробки моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу та впровадження окремих елементів запропонованої моделі в практику діяльності закладу первинної медичної допомоги.

Суттєвими елементами моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу стали алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я та функціонально-організаційна модель профілактики розладів психіки та поведінки.

Алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я дозволяє лікарю загальної практики-сімейному лікарю надати оцінку психологічного стану пацієнта за допомогою стандартизованих шкал та провести діагностику макро-і мікросоціальних чинників ризику порушень психічного здоров'я з подальшою розробкою тактики організації медичної допомоги в залежності від ступеня вираженості тривоги та депресії у хворого. Легкі форми тривоги та депресії підлягають лікуванню в закладах ПМД, але за умови обов'язкового консультування лікарем-психологом, яке організовує лікар загальної практики-сімейний лікар.

Прояви тривоги та депресії середнього й важкого ступеня мають бути проліковані в закладах вторинної та третинної медичної допомоги. В будь-якому разі, навіть за відсутності проявів тривоги та депресії або впливу стрес-

асоційованих чинників їх ризику на хворого, лікар загальної практики-сімейний лікар, відповідно до алгоритму, проводить профілактичні освітні заходи на індивідуальному рівні.

Використання методу системного підходу дозволило розробити функціонально-організаційну модель профілактики розладів психіки та поведінки на трьох рівнях: індивідуальному, груповому (родинному) та популяційному (державному).

Профілактика розладів психіки та поведінки на індивідуальному рівні здійснюється в межах алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я в умовах закладу ПМД.

На популяційному рівні модель профілактики передбачає продовження програмного підходу до формування засад здорового способу життя населення та заходи державного рівня з мінімізації впливу макросоціальних стрес-асоційованих чинників на здоров'я населення в усіх сферах суспільного життя.

На груповому (родинному) рівні передбачається широке запровадження профілактичних технологій з популяризації психічного здоров'я, залучення до реалізації державних програм місцевих громад та використання сучасних засобів комунікацій (мобільний і цифровий зв'язок) з громадянським суспільством з питань попередження психічних розладів.

Інноваційними елементами запропонованої моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу слід вважати також обґрунтування впровадження в закладах первинної медичної допомоги міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ІСРС-2 та підвищення кваліфікації лікарів зі спеціальностей «Загальна практика-сімейна медицина», «Терапія», «Педіатрія» в частині надання первинної медичної допомоги шляхом включення додаткового модуля «Психічне здоров'я» в програми безперервного професійного розвитку фахівців в сфері охорони здоров'я.

У результаті впровадження моделі через правові, економічні, організаційні, інформаційно-аналітичні та кадрові механізми, очікуємо вирішення наступних завдань:

- поліпшення основних показників, що характеризують психічне і соматичне здоров'я населення;
- побудови пацієнтоорієнтованої моделі медичної допомоги;
- раннього виявлення психосоматичних порушень лікарями первинної ланки через використання основних психометричних опитувальників;
- комплексної взаємодії лікарів загальної практики – сімейних лікарів з вузькопрофільними спеціалістами щодо охорони психічного здоров'я пацієнтів;
- оптимізації закладами охорони здоров'я заходів щодо розбудови системи профілактики та відповідального ставлення до здоров'я населення;
- удосконалення рівня підготовки лікарів з питань скринінгу, профілактики та ранньої діагностики розладів психічного здоров'я;
- розбудови інформаційного медичного простору в напрямку координації діяльності лікарів закладів ПМД, ВМД, ТМД, дотичних до профілактики, діагностики, лікування розладів психічного здоров'я в залежності від ступеня важкості їх перебігу.

В роботі підтверджено існування комплексного взаємозв'язку між психічними та фізичними порушеннями, встановлено чинники, що визначають їх формування, зокрема, макро – та мікросоціальні стрес-асоційовані чинники ризику.

Обґрунтована, розроблена і частково впроваджена в діяльність закладу первинної медичної допомоги модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу високо оцінена кваліфікованими експертами, довела свою соціальну, медичну та економічну ефективність та може бути рекомендована до впровадження в діяльність інших закладів первинної медичної допомоги України.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість організації первинної медичної допомоги хворим з проявами тривоги та депресії, що потребувало нових науково обґрунтованих підходів до вирішення завдань з поліпшення психічного здоров'я населення шляхом теоретичного узагальнення світового і вітчизняного досвіду та медико-соціального обґрунтування та розробки моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, впровадження окремих елементів якої довело свою медичну, соціальну та економічну ефективність, що передбачалось метою дослідження.

1. Встановлено, що проблема психічного здоров'я населення не втрачає своєї актуальності як в світовому вимірі, так і в Україні, за рахунок впливу макро-і мікросоціальних стрес-асоційованих чинників. Українська популяція впродовж останніх п'яти років зазнає важкого впливу макросоціальних стрес-асоційованих чинників внаслідок військового конфлікту на сході країни, тривалої політичної і економічної кризи.

2. З'ясовано, що світовий досвід організації медичної допомоги хворим з тривожно-депресивними станами, як найбільш частими проявами розладів психіки та поведінки, передбачає залучення лікарів різних спеціальностей, зокрема, лікаря загальної практики-сімейного лікаря, внаслідок значної частки хворих з непсихотичними психічними розладами та легкої форми перебігу цих захворювань. Значна роль відводиться лікарю загальної практики-сімейної медицини в частині профілактики психічних захворювань, раннього їх виявлення, організації міждисциплінарній взаємодії фахівців з метою надання медичної допомоги хворим з важкими формами психічних розладів та їх медичної реабілітації в амбулаторних умовах.

3. Показано, що результати впливу макросоціальних стрес-асоційованих чинників ризику негативно відобразились на демографічних процесах, рівнях захворюваності й поширеності хвороб, зокрема, розладів психіки та поведінки

в українській популяції, що обумовило зростання потреб населення у медичній допомозі. Так, спостерігалось скорочення загальної чисельності населення з 43289,4 тис. осіб у 2012 р. до 42760,5 тис. осіб у 2016 р. (на 1,01 %), утримувався високий показник смертності – 16,3 на 1000 нас., мав місце від’ємний природній приріст населення (-5,3). Виявлено тенденцію щодо зростання показників поширеності хвороб серед населення України на 1,5 %, захворюваності – на 2,5 %, населення Київської області – відповідно на 4,49 %, захворюваності – на 6,12 %. Найвищі показники захворюваності населення у 2016 р. спостерігались у м. Буча Київської області (у 1,76 разів вище, ніж по країні), де відбувалась концентрація постраждалих осіб внаслідок збройного конфлікту на сході країни.

4. Виявлено, що поширеність розладів психіки та поведінки серед населення України зменшилась з 466,0 на 10 тис. нас. у 2012 р. до 391,6 на 10 тис. нас. у 2016 р., серед населення Київської області – відповідно з 450,3 на 10 тис. нас. до 430,3 на 10 тис. нас. В той же час у м. Буча, куди найбільш активно прибувало постраждале населення, відповідні показники зросли з 361,9 на 10 тис. нас. до 450,9 на 10 тис. нас. Показник захворюваності населення на розлади психіки та поведінки по країні зріс з 40,5 на 10 тис. нас. до 45 на 10 тис. нас., по області помірно знизився з 55 на 10 тис. нас. до 51,5 на 10 тис. нас., а у м. Буча зріс з 32,9 до 72,5 на 10 тис. нас. Захворюваність населення м. Буча на розлади психіки та поведінки виявилась у 2016 році найвищою в області (72,5 на 10 тис. нас.).

5. Доведено, що на формування і розвиток тривоги та депресії впливали такі медико-соціальні чинники ризику, як надлишкова маса тіла та ожиріння – у 103 (39,0 %) та 140 (53,0 %) хворих відповідно; хронічні соматичні захворювання – у 168 (31,58 %) та 238 (44,74 %) осіб; наявність інвалідності – у 27 (61,4 %) та 30 (68,2 %) пацієнтів; відсутність вищої освіти - у 111 (41,9 %) та 141 (53,2 %) досліджених; незадовільне матеріальне забезпечення – у 88 (59,5 %) та 91 (61,5 %) пацієнтів, а також нераціональний характер харчування й низька економічна доступність ліків.

6. Встановлено, що прояви тривоги та депресії негативно впливали на якість життя хворих: низький рівень самооцінки якості життя за визначеними параметрами був характерним для 48,1% - 66,7% хворих з ознаками тривоги та 10,2% - 32,2% хворих за її відсутності, та відповідно для 8,6 % - 72,6 % хворих з проявами депресії та 1,4 % - 43,9 % хворих без них.

7. Доведено недосконалість існуючої системи первинної медичної допомоги населенню з проявами тривоги та депресії, про що свідчили низький рівень обґрунтованості первинних звернень до лікарів загальної практики-сімейних лікарів і до вузькопрофільних спеціалістів, несвоєчасність первинних звернень, висока частота відвідувань лікаря загальної практики – сімейного лікаря, високі обсяги самолікування, високі ризики виникнення рецидивів хронічних соматичних захворювань, низька фінансова доступність лікарських засобів для корекції розладів психіки та поведінки в амбулаторних умовах. Виявлені недоліки засвідчили необхідність медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу, в основу якого покладались програмні документи ВООЗ, світовий і вітчизняний досвід організації первинної медичної допомоги хворим з розладами психіки та поведінки та результати власного дослідження.

8. Основними відмінностями запропонованої моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу стали її нові складові елементи: алгоритм медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та чинників ризику порушень психічного здоров'я та функціонально-організаційна модель профілактики розладів психіки та поведінки.

9. Відправною точкою алгоритму є оцінка психологічного стану пацієнта за допомогою стандартизованих шкал та діагностика макро-і мікросоціальних чинників ризику порушень психічного здоров'я, що дозволяє лікарю загальної практики – сімейному лікарю визначити подальшу тактику організації комплексної медичної допомоги в залежності від ступеня

вираженості тривоги та депресії у хворого. Функціонально-організаційна модель профілактики розладів психіки та поведінки охоплює індивідуальний, груповий (родинний) та популяційний рівні її реалізації з запровадженням в якості нових елементів профілактичних технологій з популяризації психічного здоров'я серед місцевих громад, залучення їх до реалізації державних програм з підтримки здорового способу життя та використання сучасних засобів комунікацій (мобільний і цифровий зв'язок) з громадянським суспільством з питань попередження психічних розладів.

10. Невід'ємними елементами моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу слід вважати впровадження в закладах первинної медичної допомоги міжнародної класифікації первинної медичної допомоги ICPC-2 та підвищення кваліфікації лікарів зі спеціальностей «Загальна практика-сімейна медицина», «Терапія», «Педіатрія» в частині надання первинної медичної допомоги шляхом включення додаткового модуля «Психічне здоров'я» в програми безперервного професійного розвитку фахівців в сфері охорони здоров'я.

11. Результати впровадження окремих елементів запропонованої моделі в закладі первинної медичної допомоги довели її ефективність: соціальну (готовність першочергово звертатись до лікаря загальної практики-сімейного лікаря висловили 76,37 % пацієнтів з проявами тривоги та депресії, опитаних після впровадження, проти 53,45 % пацієнтів, опитаних до впровадження; відсоток пацієнтів, готових дотримуватись рекомендацій лікаря загальної практики-сімейного лікаря, зріс на 13,44 %; відповідність отриманої медичної допомоги очікуваній підтвердили 67,27 % пацієнтів проти 53,74 % осіб, опитаних до впровадження); медичну (кількість випадків направлень пацієнтів лікарем загальної практики - сімейним лікарем на консультацію до лікарів вторинної/третинної медичної допомоги зменшилось з 13,8 % до 10,91 % осіб за рахунок використання розробленого в межах моделі алгоритму); економічну (використання алгоритму та профілактичних заходів на індивідуальному рівні не потребує додаткових фінансових витрат і може бути

здійснено за рахунок існуючих ресурсів закладу первинної медичної допомоги шляхом їх використання у більш раціональний спосіб).

12. Обґрунтована, розроблена і частково впроваджена модель оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу високо оцінена кваліфікованими експертами: результати експертних оцінок двох незалежних груп експертів в цілому виявились конкордантними ($p > 0.05$) та співпадали в межах діапазону 65,31-95,92 % проти відповідей «Ні» в межах діапазону від 2,04 % до 26,53 % в першій групі експертів, та відповідно 61,90 %-96,43 %, проти 3,57 %-20,24 % другій групі експертів.

Результати оцінки ефективності моделі оптимізації первинної медичної допомоги населенню в умовах стресу підтвердили її дієздатність і дозволяють рекомендувати подальше впровадження в закладах охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу в Україні.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Міністерству охорони здоров'я:

- розробити та затвердити медико-технологічний документ щодо надання медичної допомоги при «Тривозі» на основі практики доказової медицини;

- здійснити перегляд Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія».

Регіональним органам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та м. Києва та керівникам закладів ПМД:

- внести доповнення до клінічних маршрутів пацієнтів в разі виявлення тривоги та депресії лікарем загальної практики-сімейним лікарем;

- забезпечити заклади охорони здоров'я первинної медичної допомоги основними психометричними опитувальниками для впровадження в практику.

Закладам вищої медичної освіти, в тому числі післядипломної:

- включити до навчальних планів та програм підготовки слухачів питання щодо ранньої діагностики, лікування, реабілітації та індивідуальної профілактики психосоматичних порушень в умовах первинної медичної допомоги;

Керівникам закладів первинної медичної допомоги:

- внести доповнення до посадових інструкцій лікарів ЗП-СЛ, щодо використання психометричних опитувальників у разі виявлення стресових чинників ризику розвитку тривоги та депресії;

- проводити роз'яснювальні та інформаційно-просвітницькі заходи щодо профілактики психосоматичних порушень та чинників ризику розвитку тривоги та депресії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаев АА. Суммарная оценка доминантных социально-поведенческих факторов риска формирования артериальной гипертонии. Україна. Здоров'я нації. 2011;(2):138-41.
2. Агаєв НА, Кокун ОМ, Пішко ІО, Лозінська НС, Остапчук ВВ, Ткаченко ВВ. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. [Інтернет]. Київ: НДЦ ГП ЗСУ; 2016 [цитовано 2017 Січ 18]. 234 с. Доступно: http://lib.iitta.gov.ua/107163/1/Посібник%20НПС_16.pdf.
3. Акентьев ПВ, Яхонтов ВИ, Климова ТП. Психологическая работоспособность в пожилом возрасте: метод. пособ. М.: Спутник+; 2016. 65 с.
4. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: КАНОН+; 2016. 352 с.
5. Александров ОО, Ольвінська ЮО. Статистичний аналіз захворюваності населення України. В: Матеріали студ. наук. конф. Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень. Одеса: ОНЕУ; 2015, с. 32-6.
6. Александровский ЮА, редактор. Пограничная психиатрия. М.: РЛС-2006; 2006. 1280 с.
7. Амирджанова ВН, Эрдес ШФ. Валидация русской версии общего опросника EuroQol-5D (EQ-5D). Науч.-практ. ревматология. 2007;45(3):69-76.
8. Андреева ІА, Лугова ОВ, Нашиванько ОВ, Черняк ЮС, Шевченко ОА. Система громадського здоров'я – сучасний стан та світовий досвід. Мед. перспективи. 2016;21(3):70-6.
9. Бабаева СВ, Медик ЯВ. Психологическая помощь при соматических заболеваниях: взгляд из настоящего в будущее. Психотерапия.2011;(11): 13-20.
10. Бабич ПН, Чубенко АВ, Лапач СН. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение

третьє. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация. Укр. мед. часоп. 2005;(2):113-9.

11. Байбарак НА. Клініко-типологічний підхід до прогнозування особливостей перебігу рекурентного депресивного розладу. ScienceRise. Мед. науки. 2015;(12/3):60-65.

12. Байгузіна ІЧ, Демченко МІ, Кондратюк АІ, Кривоніс ТГ. Вивчення циклу психологічних дисциплін, як основа формування професійно-орієнтованих особистісних якостей лікаря загальної практики. В: Тези доп. метод. конф. Підготовка лікарів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна медицина» у відповідності до «Наскрізної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року [Інтернет]; 2013 Квіт 24. м. Вінниця. Київ; 2013 [цитовано 2017 Жовт 25]; с. 10-1. Доступно: <https://www.vnmu.edu.ua/матеріали-навчально-методичної-конференції>.

13. Бібик ІГ. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи надання психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини [автореферат дисертації]. Київ: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика; 2015. 22 с.

14. Білінська ММ, Радиш ЯФ, редактори. Державна політика у сфері охорони здоров'я: у 2 ч. Київ: НАДУ; 2013;1. 396 с.

15. Боговин ЛВ, Перельман ЮМ, Колосов ВП. Психологические особенности больных бронхиальной астмой. Владивосток: Дальнаука; 2013. 246 с.

16. Болотов ДМ. Клініко-психопатологічні особливості хворих на посттравматичні стресові розлади і розлади адаптації та їх комплексне лікування [автореферат дисертації]. Харків: Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України; 2008. 18 с.

17. Борисюк АС. Психічне здоров'я як соціально-психологічна проблема. В: Збірник наукових праць Теоретичні і прикладні проблеми психології. Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля; 2006;(5), с. 27-30.

18. Васютин АМ. Бронхиальная астма: психологическая профилактика. Ростов-н/Д.: Феникс; 2015. 94 с.
19. Виявлення і корекція факторів ризику найбільш поширених неінфекційних захворювань [Интернет]. [цитовано 2018 Січ 14]. Доступно: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/therapy_fpo/classes_stud/uk/фпо/Інтерни/Загальна%20практика%20-%20сімейна%20медицина/1%20рік/02.%20Виявлення%20і%20корекція%20факторів%20ризикy.htm.
20. Віговська О. Якість життя особистості: теоретико-емпіричні доробки сучасної психології. Освіта регіону. Політологія, психологія, комунікації. 2013;(2):161-5.
21. Вітенко ІС, редактор. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих: навч. посіб. Тернопіль: Укрмедкн.; 2002. 186 с.
22. Войтенко ВП, Писарук АВ, Кошель НМ, Мєхова ЛВ, Ахаладзе МГ. Медико-демографічний атлас України. Київ: Фенікс; 2014; Вип 16: Україна в європейському контексті: вплив соціально-економічних чинників на смертність від пов'язаної з віком патології. 43 с.
23. Волошин ПВ, Марута НО. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. Укр. вісн. психоневрології. 2015;(1):5-11.
24. Всемирная организация здравоохранения. Европейский план действий по охране психического здоровья Проблемы и пути их решения. 2005. [Интернет]. [обновлено 2016 Июль 15; цитировано 2017 Ноябрь 12]. Доступно: <https://c2n.biz/registration/content/ua1725/pages/f38909.pdf>.
25. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. База данных «Здоровье для всех» (HFA-DB) [Интернет]. [цитировано 2018 Окт 20]. Доступно: <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-health-for-all-database/>.

26. Всемирная организация здравоохранения. Здоровье 2020. Основы европейской политики и стратегии для XXI века [Интернет]. 2013. [цитировано 2017 Ноябрь 12]. Доступно: http://www.ndphs.org///documents/3239/NCD_5_6_3-Info_2_rus__Health_2020_WHO-EURO_short.pdf.
27. Всемирная организация здравоохранения. Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. Основное внимание - действиям общества по укреплению общественного здоровья. Видение стратегии с позиций CINDI. Женева: ВОЗ. Европ. регион. бюро; 2004. 52 с.
28. Всесвітня організація охорони здоров'я. Всесвітній день здоров'я [Интернет]. [цитовано 2017 Листопад 20]. Доступно: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/ru/>.
29. Гайворонская ЕБ, Шалиткина ЛА. Возрастные психосоматические кризисы как элементы возрастной психосоматики. Науч.-мед. вестн. Центр. Черноземья. 2010;(1):35-41.
30. Гарганеева НП, Тюкалова ЛИ, Белокрылова МФ, Рахматуллина ЮА, Лукьянова МА. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с тревожными и депрессивными расстройствами: пути оптимизации. Учен. записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2013;20(3): 26-8.
31. Гланц С. Медико-биологическая статистика; пер. с англ. М.: Практика; 1999. 459 с.
32. Глушаниця ОФ, головний редактор. Основні показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Київській області за 2016 р. Київ: Київ. обл. центр мед. статистики; 2017. 122 с.
33. Гнатієнко ГМ, Снитюк ВЄ. Експертні технології прийняття рішень. Київ: Маклаут; 2008. 444 с.
34. Голованова ІА, Лисак ВП, Закрутько ЛІ, Хорош МВ, укладачі. Науково-методичні підходи до модернізації способу життя людей, що мають фактори ризику артеріальної гіпертензії: метод. рек. (87.16/193.16). [Интернет].

Київ; 2016 [цитовано 2018 Лют 11]. 42 с. Доступно: http://elib.umsa.edu.ua/jspui/bitstream/umsa/3991/1/MR_Nauk_metod_podx_k_m_odern_sp_zhizni.pdf.

35. Горачук ВВ, Вороненко ЮВ, Гойда НГ, Криштопа БП, Матюха ЛФ, Карета ОО, укладачі. Організація соціологічних опитувань пацієнтів/їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я: метод. рек. Київ: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України; 2012. 23 с.

36. Горбась ІМ. Високий серцево-судинний ризик населення України: вирок чи точка відліку. Львів. клін. вісн. 2013;(3):45-8.

37. Горбась ІМ. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування. Практ. ангіологія. 2010;(9/10):6-9.

38. Грабовецький БЄ. Методи експертних оцінок: теорія, методологія, напрямки використання. Вінниця: ВНТУ; 2010. 171 с.

39. Гріффітс Ру, редактор. Національна доповідь про людський розвиток 2011. Україна: на шляху до соціального залучення [Інтернет]. Київ: Ін-т демографії та соц. досліджень ім. М. В. Птухи; 2011. [цитовано 2018 Січ 25]. Доступно: https://issuu.com/undpukraine/docs/ua_2011_ukr.

40. Громова ЕА. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (Обзор литературы). Сиб. мед. журн. 2012;(2):22-9.

41. Грушевский НП. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей (опыт работы терапевта). Психотерапия. 2016;(8):80-7.

42. Гутор ТГ. Пацієнти первинного рівня медичного забезпечення про громадське здоров'я та про чинники, від котрих залежить стан здоров'я людини (за даними соціального дослідження). Вісн. наук. досліджень. 2007;(1):32-4.

43. Денисенко ЮА. Демографічна ситуація в Україні в контексті соціологічного аналізу. Сучас. суспільство. 2012;(1):120-6.

44. Денисенко ЮА. Стан здоров'я населення сучасної України: соціологічний вимір. Сучас. Суспільство. 2012;(2):143-9.
45. Державна служба статистики України. Природний рух населення за 2016 рік: стат. бюл. Київ: Держ служба статистики України; 2017. 57 с.
46. Державна служба статистики України. Соціальні індикатори рівня життя населення: стат. зб. Київ; 2016. 198 с.
47. Децик ОЗ. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень. Гал. лікар. вісн. 2011;18(2):5-8.
48. Дегтяр ОА. Розвиток соціальної сфери як основа забезпечення якості життя населення Держ. будівництво [Інтернет]. 2012 [цитовано 2017 Січ 17]; (2):1-9. Доступно: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2012-2/doc/6/06.pdf>.
49. Дикун ОП, укладач. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Київській області за 2015-2016 роки: стат. дані/архів мед.-стат. інформації [Інтернет]. Київ: Київ. обл. центр мед. статистики; 2017 [цитовано 2018 Січ 22]. Доступно: http://kosms.kiev.ua/?page_id=11494.
50. Дищук ІП, Калущкий ВВ, Ніколенко ПТ. До питання організації медичної допомоги хворим на соматоформні та психосоматичні розлади у Чернівецькій області. Укр. вісн. психоневрології. 2010;(3):123-4.
51. Дороженко И. Клинико-терапевтические аспекты психосоматических расстройств. Врач. 2011;(9):14-9.
52. Дробижев МЮ, Мачильская ОВ. Кардиопсихиатрия. Проблемы перевода. Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. 2016;(4):88-97.
53. Друзь ОВ, Аймедов КВ, Луньов ВС, Черненко Ю. Психосоматичні та соматопсихічні розлади в практиці медичного психолога. Одеса: Прес-кур'єр; 2016. 372 с.
54. Дудник С. Замкнуте коло психічного здоров'я українців. Ваше здоров'я [Інтернет]. 2016 Трав 13 [цитовано 2017 Жовт 10]. Доступно: <http://www.vz.kiev.ua/zamknute-kolo-psyhichnogo-zdorov-ya-ukrayintsiv/>.

55. Евсегнеев РА. Патологическая тревога: что изменилось за последние три десятилетия. Психиатрия, психотерапия и клин. психология. 2016;(3):365-76.
56. Евсина ОВ. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы). Электрон. научн. журн. Рязан. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова [Интернет]. 2013 [цитировано 2017 Авг 22]; (1):119-33. Доступно: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=24>.
57. Евсюков АА, Петрова ММ, Гарганеева НП, Каскаева ДС. Депрессивные расстройства в кардиологии. Кардиосоматика. 2014;5(2):40-2.
58. Ждан ВМ, Кайдашев ІІ, Невоїт ГВ. Психосоматичні розлади в практиці лікаря-інтерніста: навч. посіб. Полтава; 2011. 342 с.
59. Зайцев ВМ, Лифляндский ВГ, Маринкин ВИ. Прикладная медицинская статистика. СПб.: ФОЛИАНТ; 2003. 432 с.
60. Замотаев ЮН. Медико-социальные факторы, влияющие на течение артериальной гипертензии и качество жизни. Клин. медицина. 2012;(4):25-31.
61. Кадыров РВ. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь. СПб.: Речь; 2012. 447 с.
62. Квіташвілі О, редактор. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік. Київ: УІСД МОЗ України; 2015. 460 с.
63. Келасьев ВН, Первова ИЛ. Человек как биопсихосоциальная целостность. Вестн. Санкт-Петербур. ун-та. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. 2014;(3):163-70.
64. Клименко ВІ. Організаційні заходи щодо профілактики хвороб системи кровообігу, коморбідно пов'язаних зі стресом. Запоріж. мед. журн. 2008;(2): 9-13.

65. Князевич ВМ, головний редактор. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. Київ: УІСД МОЗ України; 2009. 384 с.
66. Коваленко ВМ, Корнацький ВМ, редактори. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращання в сучасних умовах: посіб. для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики. Київ : Друкарня "Гордон"; 2016. 261 с.
67. Коваленко ВМ, Корнацький ВМ, редактори. Стрес і хвороби системи кровообігу: посіб. Київ: Коломішин В.Ю.; 2015. 352 с.
68. Коваль ІА. Віддалені результати ефективності застосування медико-психолого-педагогічних прийомів при курації соматичних хворих з коморбідними межовими психічними розладами. Наук. вісн. Миколаїв. держ. ун-ту ім. В.О. Сухомлинського. Сер. Психол. науки. 2013;2(10):156-60.
69. Коваль ІА. Вплив психоедукації на адаптацію соматичних хворих з коморбідними психічними розладами. В: Зб. наук. праць К-ПНУ ім. Івана Огієнка Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України Проблеми сучасної психології. Запоріжжя; 2013;(21), с. 258-67.
70. Кожевников ВН, Фусу ЛИ, Кожевникова ТА, Костарев ВВ. Психосоматические расстройства в клинической практике психолога. Сиб. вестн. спец. образования. 2013;(1):71-83.
71. Кокун ОМ., Агаєв НА, Пішко ІО, Лозінська НС. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. метод. посіб. [Інтернет]. Київ: НДЦ ГП ЗСУ; 2018 [цитовано 2018 Жовт 17]. 310 с. Доступно: http://lib.iitta.gov.ua/710955/1/ПОСІБНИК_НДЦ_2018.pdf.
72. Колесников ДБ, Рапопорт СИ, Вознесенская ЛА. Современные взгляды на психосоматические заболевания. Клини. медицина. 2014;(7):12-8.
73. Колмакова ОМ, Смачило ВВ. Демографічні аспекти національної безпеки України. Вісн. економіки транспорту і промисловості. 2013;(42.): 225-9.

74. Комина АВ, Брянцев АП. Медико-психологические предикторы психосоматической проблемы. Перспективы науки. 2010;(4):5-10.
75. Конституція України: закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР [Интернет]. Київ; 1996 [цитовано 2018 Лют 11]. Доступно: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
76. Королюк ЕГ, Калинин МН, Жуков СВ. Хронический социальный стресс: этиология и патоаутокинез. Тверь: Твер. гос. мед. акад.; 2011. 102 с.
77. Коростий ВИ, Соколова ИМ, Тимченко АВ, Бровко ТП. Модель реализации мультидисциплинарного подхода к лечению психосоматических заболеваний в научно-практическом медицинском центре Харьковского национального медицинского университета. Укр. вісн. психоневрології. 2010;(3):130-1.
78. Краснов ВН, составитель. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники: метод. рек. № 2000/107. М.: Медпрактика; 2000. 18 с.
79. Крушельницька ОВ. Методологія та організація наукових досліджень: навч. посіб. Київ: Кондор; 2006. 206 с.
80. Кулаженко АИ. Социально-стрессовые расстройства и проблемы социально-психологической адаптации индивида в социуме. Наук. праці Чорномор. держ. ун-та ім. Петра Могили. Сер. Соціологія. 2012;184(172): 111-5.
81. Кутько ИИ, Панченко ОА, Линева АН. Психосоматические расстройства в общей практике. Укр. мед. часоп. 2015;(5):42-4.
82. Куценко В. Здоров'я нації як стратегічний ресурс держави. Вісн. Нац. акад. наук України. 2009;(6):44-51.
83. Лаврищева ГА. Управление процессом модернизации первичной медико-санитарной помощи. Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2012;(28):87-90.
84. Лапач СН, Чубенко АВ, Бабич ПН. Статистика в науке и бизнесе: практ. руководство. Киев: МОРИОН; 2002. 640 с.

85. Левицька ЛВ. Вплив емоцій на стан здоров'я особистості. В: Чайковський МЄ, редактор. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна". Хмельницький: ХІСТ; 2010;(2), с. 234-7.
86. Лехан ВМ, Слабкий ГО, Шевченко МВ. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ: Четверта хвиля; 2009. 353 с.
87. Литвинчук ЛМ. Дослідження депресивних епізодів осіб, залежних від опіоїдів. Наук. вісн. Херсон. держ. ун-ту. Сер. Психол. науки. 2017;2(2): 171-5.
88. Лібанова ЕМ, Гладун ОМ, Лісогор ЛС, Ткаченко ЛГ, Ковтун Н.В. Вимірювання якості життя в Україні. Київ; 2013. 48 с.
89. Мавлетова АМ. Социологические опросы в сети Интернет: возможности построения типологии. Социология: методология, методы, математ. моделирование. 2010;(31):115-6.
90. Малкина-Пых ИГ. Психосоматика: спр. практ. психолога. М.: Эксмо; 2005. 992 с.
91. Маркова МВ, Козира ПВ. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. Мед. психологія. 2015;(1):8-13.
92. Медведовська НВ, Дячук ДД. Стан здоров'я дорослого населення України, діяльність та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я в регіональному аспекті. Україна. Здоров'я нації. 2012;(1):30-9.
93. Медведовська НВ. Регіональні особливості захворюваності на онкологічну патологію та її профілактика в сучасних умовах. Україна. Здоров'я нації. 2012;(4):9-14.
94. Мельник ПС, Слабкий ГО, Дзюба ОМ, Чепелевська ЛА, Кудренко МВ, редактори. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. Київ: УІСД МОЗ України; 2017. 516 с.

95. Мехтиева ЛГ. Посттравматическое стрессовое расстройство в сложные социальные периоды. Псих. здоровье. 2014;(1):63-5.
96. МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Интернет]. [цитировано 2018 Май 24]. Доступно: <http://mkb-10.com/index.php?pid=5325>.
97. Мозгова ТП, Лещина ІВ, Федорченко СВ. Стрес і розлади адаптації. Укр. вісн. психоневрології. 2015;(3):152.
98. Москаленко ВФ, Грузева ТС, Галієнко ЛІ. Передчасна смертність населення як глобальна соціально-медична проблема. Охорона здоров'я України. 2008;(2):9-19.
99. Москаленко ВФ, редактор. Біостатистика: підручн. Київ: Кн. плюс; 2009. 184 с.
100. Москаленко ВФ. Здоровье и здравоохранение. Ключевые императивы: рук. Киев: Авіцена; 2011. 250 с.
101. Мусій ОС, редактор. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. Київ: УІСД МОЗ України; 2014. 438 с.
102. Надута-Скринник ОК. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої інноваційної моделі первинної медичної допомоги на засадах загальної практики - сімейної медицини [автореферат дисертації]. Київ: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика; 2012. 24 с.
103. Накатис ЯА, Ванчакова НП, Попов АП. Проблемы организации работы и финансирования центров психосоматической медицины. Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер. 11. Медицина. 2008;(1):241-6.
104. Напреенко АК, Латчман Н. Депрессивные расстройства в амбулаторной общесоматической практике. Укр. вісн. психоневрології 2002;(3):46-8.
105. Некрасова НН. Применение психотерапии при тревожно-депрессивных расстройствах и ятрогенных реакциях у амбулаторных пациентов соматического профиля. Вестн. психотерапии. 2013;(48):9-15.

106. Оганов РГ, Погосова ГВ, Колтунов ИЕ, Ромасенко ЛВ, Деев АД, Юферева ЮМ. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца. Кардиология. 2011;51(2):59-66.
107. Окладников ВИ. Психодиагностика и психокоррекция в лечении нейросоматических расстройств. Сиб. мед. журн. 2014;(8):120-2.
108. Осауленко ОГ, редактор. Статистичний щорічник України за 2013 рік. Київ: Консультант; 2014. 533 с.
109. Осипова ИВ, Пырикова НВ, Антропова ОН, Комиссарова ИН, Мирошниченко АИ. Влияние психосоциального стресса на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин. Кардиология. 2014;(3):42-5.
110. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України: постанова Верховної Ради від 19.11.1992 р. № 2802-ХІІ (із змінами) [Інтернет]. Київ; 1992 [цитовано 2017 Жовт 25]. Доступно: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
111. Парахонский АП. Связь психологических и соматических нарушений при гастроэнтерологической патологии. Фундам. исслед. 2007;(2):42.
112. Педак АА. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики - семейной медицины. Николаев: Илион; 2011. 694 с.
113. Пінчук ІЯ, Богачев РМ, Хобзей МК, Петриченко ОО. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2008-2012 рр. та перспективи розвитку психіатричної допомоги країни. Архів психіатрії; 2013(1):11-7.
114. Пінчук ІЯ, Степанова НМ, Суховій ОО, Сулімовська ГС. Вплив психосоціальних факторів на психічне здоров'я. Нейронews. 2015;(1):8-11.
115. Пінчук ІЯ. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2010;(3):16-23.

116. Погосова НВ, Довженко ТВ, Бабин АГ, Курсаков АА, Выгодин ВА. Русскоязычная версия опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики. Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. 2014;13(3):18-24.

117. Показники здоров'я населення [Інтернет]. Київ; 2011 [цитовано 2018 Січ 21]. Доступно: http://medu.pp.ua/valeologiya_739/pokazateli-zdorovya-naseleniya.html.

118. Приходько ВЮ, Микропуло ІР, Олейник МВ, Кононенко ЕА, Морева ДЮ, Гоголь ОВ, и др. Соматоформные расстройства в практике семейного врача. Часть 1. Мед. перспективи. 2013;18(3):15-24.

119. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII [Інтернет]. Київ; 2017 [цитовано 2018 Лют 18]. Доступно: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#n137>.

120. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 19.02.2018 р. № 504 [Інтернет]. Київ; 2018 [цитовано 2018 Жовт 15]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>.

121. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії: наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 [Інтернет]. Київ; 2015 [цитовано 2018 Січ 12]. Доступно: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20141225_1003.html.

122. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів: наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 601 [Інтернет]. Київ; 2012 [цитовано 2018 Трав 15]. Доступно: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0601282-12>.

123. Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення: закон

України від 22.09.2005 р. № 2899-IV [Інтернет]. Київ; 2005 [цитовано 2017 Січ 20]. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2899-15>.

124. Про місцеве самоврядування в Україні: закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР (зі змінами та доповненнями) [Інтернет]. Київ; 1997 [цитовано 2018 Січ 11]. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр>.

125. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація": указ Президента України від 09.02.2016 р. № 42/2016 [Інтернет]. Київ; 2016 [цитовано 2018 Трав 18]. Доступно: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016>.

126. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII [Інтернет]. Київ; 2017 [цитовано 2018 Лют 13]. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

127. Про рекламу: закон України від 03.07.1996 р. № 270/96-ВР (зі змінами) [Інтернет]. Київ; 1996 [цитовано 2017 Січ 21]. Доступно: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/270/96-вр/page2>.

128. Про співробітництво територіальних громад: закон України від 17.06.2014 р. № 1508-VII [Інтернет]. Київ; 2014 [цитовано 2018 Січ 10]. Доступно: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1508-18>.

129. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015 [Інтернет]. Київ; 2015 [цитовано 2018 Січ 29]. Доступно: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.

130. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»: розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р [Інтернет]. Київ; 2011 [цитовано 2018 Січ 21]. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-р?test=4/UMfPEGznhhgly.Zig080vMHI4w2s80msh8Ie6>.

131. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2025 р.: проект розпорядження Кабінету Міністрів України [Інтернет]. Київ [цитовано 2018 Жовт 05]. Доступно: <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-1895/Proekt-Koncepciyi-Zagalnoderzhavnoyi-programi-ohoroni-psiichnogo-zdorov-ya-v-Ukrayini-na-period-do-roku#gsc.tab=>.

132. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. [Інтернет]. Київ; 2016 [цитовано 2018 Лют 14]. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p>.

133. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1018-р. [Інтернет]. Київ; 2018 [цитовано 2018 Січ 21]. Доступно: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-p>.

134. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р [Інтернет]. Київ; 2016 [цитовано 2017 Жовт 20]. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-p>.

135. Проневич ОС. Імплементация засад європейської політики 'Здоров'я-2020' як правовий інструмент модернізації системи охорони здоров'я України. Право і безпека. 2018; 65(2):47-53.

136. Путилина МВ. Тревожно-депрессивные расстройства и инсульт. Возможные этиологические и патогенетические корреляции. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;(6):86-92.

137. Пушкар МГ. Здоров'я населення та функціонування трудових ресурсів. Сталій розвиток економіки. 2013;(3):170-3.

138. Пыко АА, Григоренко ЕА, Пыко АВ, Мукалова ОА, Митьковская НП. Внезапная сердечная смерть: эпидемиологические аспекты, возможности профилактических технологий. Кардиология в Беларуси. 2016;8(4):534-52.

139. Рабінович МЛ. Європейські стандарти права особи на психічне здоров'я: до постановки проблеми. Наук. вісн. Міжнар. гуманітар. ун-ту. Сер. Юриспруденція. 2013;(6/1):242-5.

140. Рассудова ЛА. Современные представления о психологическом здоровье личности. Психология и педагогика: методика и проблемы практ. применения. 2016;(49):11-5.

141. Ременник ОІ, головний редактор. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Київській області за 2005-2012 роки: стат. дані/архів мед.-стат. інформації [Інтернет]. Київ: Київ. обл. центр мед. статистики; 2013 [цитовано 2018 Січ 21]. Доступно: http://kosms.kiev.ua/?page_id=11494.

142. Ременник ОІ, головний редактор. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Київській області за 2012-2014 роки: стат. дані/архів мед.-стат. інформації [Інтернет]. Київ: Київ. обл. центр мед. статистики; 2015 [цитовано 2018 Січ 22]. Доступно: http://kosms.kiev.ua/?page_id=11494.

143. Романів ОП, Хаустова ОО. Комбінована дія тразодону як факторпідвищення терапевтичної ефективності при лікуванні депресивних та тривожно-депресивних розладів у порівнянні з препаратами групи СІЗЗС. Укр. вісн. психоневрології. 2013;21(1):95-9.

144. Русина НА. Проблемы клинического психолога в системе здравоохранения. Бюл. мед. интернет-конференций. 2011;(7):24-8.

145. Рутц В. Проблема содействия психическому здоровью во времена перемен. Соц. и клин. психиатрия. 2007;(2):99-102.

146. Савчин МВ. Психічне та особистісне здоров'я громадян як чинник національної безпеки. Наук. вісн. Львів. держ. ун-ту внутр. справ. Сер. Психологічна. 2012;(2):142-50.

147. Сайко ОВ. Психологічний та соматичний захист інсультних хворих – дві складові однієї. Міжнар. неврол. журн. 2013;(4):119-24.

148. Самойлов НГ, Алешичева АВ, Лысяк ВН, Рощина СН. Физическое и психическое здоровье: пути созидания и сохранения. Харьков: С. А. М.; 2013. 232 с.
149. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс; 1982. 127 с.
150. Сидоров ПИ, Парняков АВ. Клиническая психология: учебник. 3-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 880 с.
151. Симаненков ВИ, редактор. Психосоматические расстройства в практике терапевта: рук. СПб.: СпецЛит; 2008. 335 с.
152. Ситенко ОР. Загальні закономірності стану здоров'я населення України. Україна. Здоров'я нації. 2014;(1):21-7.
153. Скворцов НЛ, Иванова ГА, Сергеева ЛС, Улупова ТО, Исаева ИР, Латышева ОО, и др. Психосоматическое отделение городской больницы № 32: опыт создания и перспективы лечения. В: Материалы конф. Психиатрия консультирования и взаимодействия; 2003 Март 28; Санкт-Петербург. СПб.; 2003, с. 6-7.
154. Слабкий ГА, Пархоменко ГЯ, Астахова НЮ. Здоровье 2020 – новая европейская политика и стратегия в интересах здоровья населения. Вісн. проблем біології і медицини. 2014;(3):16-20.
155. Слабкий ГО, Глушаниця ОФ, Лисенко ПМ, Слабкий ВГ. Характеристика стану здоров'я населення та системи охорони здоров'я. 2015 рік. Київська область: стат.-аналіт. Матеріали. Київ: УІСД МОЗ України; 2016. 40 с.
156. Смулевич АБ, Сыркин АЛ, Дробижев МЮ, Иванов СВ. Психокardiология. М.: Мед. информ. агентство (МИА); 2005. 777 с.
157. Соснин ВА. Последствия террористических актов: проблема оценки и психологического реагирования (зарубежный опыт). Психол. журн. 2010;(1):100-12.
158. Спіріна ІД, Леонов СФ, Рокутов СВ, Ніколенко АС, Шустерман ТЙ. Мультидисциплінарний підхід в організації надання психотерапевтичної

та медико-психологічної допомоги хворим з психосоматичними та соматопсихічними розладами. Укр. вісн. психоневрології. 2012;(3):225.

159. Старинець НГ. Сучасні аспекти психосоматичної медицини. Вісн. морфології. 2013;(1):220-5.

160. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я ВООЗ; Статут, Міжнародний документ від 22.07.1946. - [Інтернет]. Київ; 2016 [цитовано 2017 Жовт 20]. Доступно: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_599.

161. Сторожаков ГИ, Шамрей ВК, редакторы. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение: рук. для врачей. СПб.: СпецЛит; 2014. 303 с.

162. Сурмач МЮ. Социология медицины: предмет, методология и сферы применения в Республике Беларусь. Гродно: ГрГМУ; 2016. 316 с.

163. Сыропятов ОГ, Дзеружинская НА. Клиническая феноменология психосоматики: пособ. для врачей и психологов. Киев: Полиграф плюс; 2016. 93 с.

164. Тарасова ВВ. Кореляційний аналіз стану охорони здоров'я населення України. Наук. вісн. Нац. акад. статистики, обліку та аудиту. 2013;(4):67-75.

165. Творогова НД, редактор. Клиническая психология: словарь. М.: ПЕР СЭ; 2007. 416 с.

166. Тимошенко ТВ. Психическое здоровье человека как актуальная проблема современности. Евраз. союз ученых. 2014;(5/6):120-2.

167. Ткач ЄЮ. Сучасний стан та наслідки негативних тенденцій у сфері охорони здоров'я в Україні. Держава та регіони. Сер. Держ. управління. 2013;(4):145-51.

168. Токман АА. Теоретичні і методологічні основи психології здоров'я. Наук. пр. МАУП. 2013;(1):220-5.

169. Тополянский ВД. Психическое и соматическое – мнимый дуализм. Независимый психиатр. журн. 2014;(4):13-7.

170. Управління розвитку людини Регіон Європи та Середньої Азії, Світовий банк. Здоров'я людини та демографія. Основні причини високого рівня смертності в Україні [Інтернет]. Київ: ВЕРСО-04; 2010 [цитовано 2018 Січ 15]; 60 с. Доступно: <https://studfiles.net/preview/5201579/>.

171. Усова СВ, Родионова ТИ, Петранина ЕА, Дедова ТА, Чувашова МС. Концепция психосоциальных факторов в возникновении сахарного диабета. *Вопр. науки.* 2015;(1):83-8.

172. Устінов О. Як вберегти психічне здоров'я в умовах інформаційної війни?: інтерв'ю з І. Пінчук. *Укр. мед. часоп.* 2014;(2):45-6.

173. Устінов ОВ. В Україні буде створено Центр психічного здоров'я. *Укр. мед. часоп.* [Інтернет]. 2017 [цитовано 2018 Лют 18]. Доступно: <https://www.umj.com.ua/article/106792/v-ukrayini-bude-stvoreno-tsentr-psihichnogo-zdorov-ya>.

174. Устінов ОВ. Психічне здоров'я як складова національної безпеки. *Укр. мед. часоп.* 2013;(1):16-8.

175. Федосеев ВА, Селюкова ТВ. Клинические особенности психических расстройств при экстремальных ситуациях. *Проблеми екстрем. та криз. психології.* 2013;(14):372-81.

176. Фойгт НА. Державне управління охороною суспільного здоров'я в умовах демографічного старіння в Україні. Київ; 2011. 319 с.

177. Франкова Ю. Життя на межі: стрес, травма та психопатологія. *НейроNEWS.* 2017;(3):20-5.

178. Хаустова ОО, Коваленко НВ. Аналіз психопатологічних особливостей розладів психіки та поведінки у вимушених переселенців. *Архів психіатрії.* 2016;22(1):17-21.

179. Цвігун ІА. Індексний аналіз смертності населення України: регіональний аспект. *Університет. наук. зап.* 2010;(2):373-7.

180. Ціборовський ОМ. Захворюваність як показник стану здоров'я населення України і основні ризики її підвищення в сучасних історичних умовах (1991-2008 рр.): статистичний матеріал. Київ; 2010. 63 с.

181. Чабан ОС, Хаустова ЕА, Жабенко ЕЮ, Жабенко НЮ, Олеиник АО. Тревога: История сверхбеспокойных людей. Киев; 2012. 130 с.
182. Чабан ОС. Стрес: який препарат призначив би Ганс Сельє? Здоров'я України. 2017;(1):25-7.
183. Чабан ОС. Якість життя пацієнта з позицій медичної психології. Мистецтво лікування. 2008;(5):40-3.
184. Чазов ЕИ, Оганов РГ, Погосова ГВ, Шальнова СА, Ромасенко ЛВ. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных Артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. Кардиология. 2007;45(3):28-37.
185. Чепелевська ЛА, Рудницький ОП. Зміни в чисельності та статеві-віковому складі населення України. Україна. Здоров'я нації. 2014;(3):33-40.
186. Черенько ЛМ, редактор. Рівень життя населення України. Київ: Консультант; 2006. 428 с.
187. Шафранський ВВ, Дудник СВ. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2016;(3):12-8.
188. Шафранський ВВ, редактор. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. Київ: УІСД МОЗ України; 2016. 452 с.
189. Шмаргун ВМ, Шмаргун ТМ. Психосоматична парадигма інтеграції психології і медицини. Наук. вісн. Нац. ун-ту біоресурсів і природокористування України. Сер. Педагогіка, психологія, філософія. 2015;(220):307-19.
190. Шостак ВИ, Лытаев СА, Березанцева МС. Психофизиология: учеб. пособ. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2007. 352 с.
191. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина

[Інтернет]. Київ; 2014 [цитовано 2016 Груд 24]; 552 с.
Доступно:http://www.ombudsman.gov.ua/files/Dopovidi/dopovid_2014b.pdf.

192. Adili F, Larijani B, Haghghatpanah M. Diabetic patients: Psychological aspects. *Ann NY Acad Sci*. 2006 Nov;1084:329-49.

193. Alboni P, Alboni M. Psychosocial factors as predictors of atherosclerosis and cardiovascular events: contribution from animal models. *G Ital Cardiol (Rome)*. 2006 Nov;7(11):747-53.

194. American Psychological Association. Guidelines for clinical supervision in health service psychology. *m Psychol*. 2015 Jan;70(1):33-46. doi: 10.1037/a0038112.

195. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatry*. 2015 Jul;28(4):307-11. doi: 10.1097/YCO.0000000000000167.

196. Balint EM, Boseva P, Schury K, Guendel H, Rottbauer W, Waller C. High prevalence of posttraumatic stress in patients with primary hypertension. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 Jan-Feb;38:53-8. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.10.002.

197. Barley E, Lawson V. Using health psychology to help patients: theories of behaviour change. *Br J Nurs*. 2016 Sep 8;25(16):924-7. doi: 10.12968/bjon.2016.25.16.924.

198. Beutel ME, Schulz H. Comorbid psychological disorders in patients with chronic somatic diseases. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2011 Jan;54(1):15-21. doi: 10.1007/s00103-010-1191-z.

199. Blank L, Grimsley M, Goyder E, Ellis E, Peters J. Community-based lifestyle interventions: changing behaviour and improving health. *J Public Health (Oxf)*. 2007 Sep;29(3):236-45.

200. Boyce MS, Haridas CV, Lee CT. Demography in an increasingly variable world. *Trends Ecol Evol*. 2006 Mar;21(3):141-8.

201. Capistrant BD, Kowal P. Social epidemiology of hypertension stages. *Hypertension*. 2013 Dec;62(6):e41. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.02356.

202. Carmassi C, Dell'Osso L, Manni C, Candini V, Dagani J, Iozzino L, et al. Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *J Psychiatr Res*. 2014 Dec;59:77-84. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.09.006.
203. Celik C, Ozdemir B, Oznur T. The effect of stress and depression on gastrointestinal diseases. *J Neurogastroenterol Motil*. 2015 Jul 30;21(3):452. doi: 10.5056/jnm15073.
204. Chen MH, Pan TL, Li CT, Lin WC, Chen YS, Lee YC, et al. Risk of stroke among patients with post-traumatic stress disorder: nationwide longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2015 Apr;206(4):302-7. doi: 10.1192/bjp.bp.113.143610. Epub 2015 Feb 19.
205. Cooper B. Epidemiology in a changing world: implications for population-based research on mental disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014 Jun;23(2):141-6. doi: 10.1017/S2045796013000644.
206. Crome E, Baillie AJ. Better Access and equitable access to clinical psychology services: what do we need to know? *Med J Aust*. 2016 May 16;204(9):341-3.
207. Curtis R, Groarke A, Coughlan R, Gsel A. Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns*. 2005 Nov;59(2):192-8. 8.
208. Darves-Bornoz JM, Alonso J, De Girolamo G, De Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress*. 2008 Oct;21(5):455-62. doi: 10.1002/jts.20357.
209. Dawson A, Tylee A, editors; World Health Organization. Europe. Depression: Social and economic timebomb: strategies for quality care. Proceedings of an international meeting. Copenhagen; London: WHO; 2001.191 p.
210. De Bruin AF, Buys M, De Witte LP, Diederiks JP. The sickness impact profile: SIP68, a short generic version. First evaluation of the reliability and reproducibility. *J Clin Epidemiol*. 1994 Aug;47(8):863-71.

211. Eller NH, Netterstrøm B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A, et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev*. 2009 Mar-Apr;17(2):83-97. doi: 10.1097/CRD.0b013e318198c8e9.
212. EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument [Internet]. [cited 2017 Nov 10]. Available from: https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf.
213. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine. *Int J Clin Pract*. 2010 Jul;64(8):1155-61. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02266.x.
214. Feldman MD. Managing psychiatric disorders in primary care: 1. Depression. *Hosp Pract* (1995). 2000 Jun 15;35(6):75-8, 81-4, 90.
215. Fissette CL, Snyder DK, Balderrama-Durbin C, Balsis S, Cigrang J, Talcott GW, et al. Assessing posttraumatic stress in military service members: improving efficiency and accuracy. *Psychol Assess*. 2014 Mar;26(1):1-7. doi: 10.1037/a0034315.
216. Franklin BA. Impact of psychosocial risk factors on the heart: changing paradigms and perceptions. *Phys Sportsmed*. 2009 Oct;37(3):35-7. doi: 10.3810/psm.2009.10.1727.
217. Gallagher J, Parenti G, Doyle F. Psychological Aspects of Cardiac Care and Rehabilitation: Time to Wake Up to Sleep? *Curr Cardiol Rep*. 2015 Dec;17(12):111. doi: 10.1007/s11886-015-0667-8.
218. Gettings L. Psychological well-being in rheumatoid arthritis: a review of the literature. *Musculoskeletal Care*. 2010 Jun;8(2):99-106. doi: 10.1002/msc.171.
219. Gnanavel S, Robert R. Psychoeducation: the dual advantage! *Clin Teach*. 2014 Oct;11(6):494. doi: 10.1111/tct.12265.
220. Golden SH. A review of the evidence for a neuroendocrine link between stress, depression and diabetes mellitus. *Curr Diabetes Rev*. 2007 Nov;3(4):252-9.

221. Golinowska D, Florkowski A, Juszcak D. Analysis of the causes and determinants of reaction to severe stress and adjustment disorder patients on mental health clinics. *Pol Merkur Lekarski*. 2010 May;28(167):387-94.
222. Gubb K. Psychosomatics today: a review of contemporary theory and practice. *Psychoanal Rev*. 2013 Feb;100(1):103-42. doi: 10.1521/prev.2013.100.1.103.
223. Guess KF. Posttraumatic stress disorder: early detection is key. *Nurse Pract*. 2006 Mar;31(3):26-7, 29-33; quiz 33-5.
224. Guiraud V, Amor MB, Mas JL, Touzé E. Triggers of ischemic stroke: a systematic review. *Stroke*. 2010 Nov;41(11):2669-77. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.597443.
225. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer R, Szecsenyi J, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res*. 2009 Sep;67(3):189-97. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013.
226. Henningsen P. Still modern? Developing the biopsychosocial model for the 21st century. *J Psychosom Res*. 2015 Nov;79(5):362-3. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.09.003.
227. Holden C. Psychology. Survey finds U.S. mental health holds steady. *Science*. 2005 Jun 10;308(5728):1527.
228. Honig A. Cardiopsychiatry. *Acta Neuropsychiatr*. 1999 Dec;11(4):114-6. doi: 10.1017/S0924270800035833.
229. Hornstein C. Stress, anxiety and cardiovascular disease: an interdisciplinary approach. *Vertex*. 2004;15 Suppl 1:21-31.
230. Hörnsten C, Lövheim H, Nordström P, Gustafson Y. The prevalence of stroke and depression and factors associated with depression in elderly people with and without stroke. *BMC Geriatr*. 2016 Oct 7;16(1):174.
231. Horsman J, Furlong W, Feen D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI): concepts, measurement properties and applications. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Oct 16;1:54.

232. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*. 1981 May;15(3 Pt 1):221-9.

233. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures: instruction manual. [Internet]. [cited 2018 Oct 1]. Available from: <http://www.phqscreeners.com>.

234. Iyer HV. Emotional stress and sudden death – the role of catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia. *Eur J Intern Med*. 2009 Dec;20(8):e160. doi: 10.1016/j.ejim.2009.09.002.

235. Jakovljević M. Psychopharmacotherapy and comorbidity: conceptual and epistemological issues, dilemmas and controversies. *Psychiatr Danub*. 2009 Sep;21(3):333-40.

236. Jiang W. Emotional triggering of cardiac dysfunction: the present and future. *Curr Cardiol Rep*. 2015 Oct;17(10):91. doi: 10.1007/s11886-015-0635-3.

237. Kachur S, Menezes AR, De Schutter A, Milani RV, Lavie CJ. Significance of Comorbid Psychological Stress and Depression on Outcomes After Cardiac Rehabilitation. *Am J Med*. 2016 Dec;129(12):1316-1321. doi: 10.1016/j.amjmed.2016.07.006.

238. Kaplan RM, Sieber WJ, Ganiats TG. The quality of well-being scale: comparison of the interviewer-administered version with a self-administered questionnaire. *Psychology and Health*. 1997;12:783-91.

239. Karavanaki K, Tsoka E, Liacopoulou M, Karayianni C, Petrou V, Pippidou E, et al. Psychological stress as a factor potentially contributing to the pathogenesis of Type 1 diabetes mellitus. *J Endocrinol Invest*. 2008 May;31(5):406-15.5.

240. Katsarou AL, Triposkiadis F, Panagiotakos D. Perceived stress and vascular disease: where are we now? *Angiology*. 2013 Oct;64(7):529-34. doi: 10.1177/0003319712458963.

241. Klemt AC, Heuft G. A longitudinal analysis of the inpatient treatment of the elderly in psychosomatic departments. *Z Psychosom Med Psychother.* 2013;59(3):290-300.
242. Kocalevent RD, Mierke A, Danzer G, Klapp BF. Adjustment disorders as a stress-related disorder: a longitudinal study of the associations among stress, resources, and mental health. *PLoS One.* 2014 May 13;9(5):e97303. doi: 10.1371/journal.pone.0097303.
243. Kotłęga D, Gołąb-Janowska M, Masztalewicz M, Cieciewicz S, Nowacki P. The emotional stress and risk of ischemic stroke. *Neurol Neurochir Pol.* 2016 Jul-Aug;50(4):265-70. doi: 10.1016/j.pjnns.2016.03.006.
244. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010 Jul-Aug;32(4):345-59. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006.
245. Kukihara H, Yamawaki N, Uchiyama K, Arai S, Horikawa E. Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2014 Jul;68(7):524-33. doi: 10.1111/pcn.12159.
246. Kumar S, Rashmi. Psychosomatic illness among patients attending medical outpatient department. *J Indian Med Assoc.* 2004 Jun;102(6):330-1.
247. Lee A, Kiyu A, Milman HM, Jimenez J. Improving health and building human capital through an effective primary care system. *J Urban Health.* 2007 May;84(3 Suppl):i75-85.
248. Lee SP, Sung IK, Kim JH, Lee SY, Park HS, Shim CS. The effect of emotional stress and depression on the prevalence of digestive diseases. *J Neurogastroenterol Motil.* 2015 Mar 30;21(2):273-82. doi: 10.5056/jnm14116.
249. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005 Jul 21;1:9.

250. Liberzon I, Abelson JL. Context processing and the neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Neuron*. 2016 Oct 5;92(1):14-30. doi: 10.1016/j.neuron.2016.09.039.
251. Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*. 2007;40(3):135-46.
252. Marinova Z, Maercker A. Biological correlates of complex posttraumatic stress disorder-state of research and future directions. *Eur J Psychotraumatol*. 2015 Apr 16;6:25913. doi: 10.3402/ejpt.v6.25913.
253. Matthews G. Multidimensional profiling of task stress states for human factors: A brief review. *Hum Factors*. 2016 Sep;58(6):801-13. doi: 10.1177/0018720816653688.
254. Maxmen A. Stress: The privilege of health. *Nature*. 2016 Mar 17;531(7594):S58-9. doi: 10.1038/531S58a.
255. McBain R, Salhi C, Morris JE, Salomon JA, Betancourt TS. Disease burden and mental health system capacity: WHO Atlas study of 117 low- and middle-income countries. *Br J Psychiatry*. 2012 Dec;201(6):444-50. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112318.
256. McIntyre RS. Understanding needs, interactions, treatment, and expectations among individuals affected by bipolar disorder or schizophrenia: the UNITE global survey. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 3:5-11. doi: 10.4088/JCP.7075su1c.02.
257. Melhem-Bertrandt A, Sood AK. New directions in reducing stress effects on cancer. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2012 Feb;5(2):147-9. doi: 10.1158/1940-6207.CAPR-11-0579.
258. Menon V, Sarkar S, Thomas S. Establishing a psychosomatic clinic in a low resource setting: Process, challenges, and opportunities. *J Neurosci Rural Pract*. 2016 Jan-Mar;7(1):171-5. doi: 10.4103/0976-3147.172157.

259. Munk-Jørgensen P, Jørgensen P. Brug af PRESENT STATE EXAMINATION (PSE) i psykiatriuddannelsen-en pilotundersøgelse. Nord Psykiatr Tidsskr. 1985;39(3):189-94.
260. Nagaraja AS, Armaiz-Pena GN, Lutgendorf SK, Sood AK. Why stress is BAD for cancer patients. J Clin Invest. 2013 Feb;123(2):558-60. doi: 10.1172/JCI67887.
261. Nakao M, Takeuchi T. Clinical characteristics and referral patterns of outpatients visiting a Japanese psychosomatic medicine clinic. Int J Behav Med. 2016 Oct;23(5):580-8. doi: 10.1007/s12529-015-9520-0.
262. Nau JY. Management of psychophysiologic disorders. Rev Med Suisse. 2007 May 9;3(110):1211.
263. Niizeki K, Saitoh T. Incoherent oscillations of respiratory sinus arrhythmia during acute mental stress in humans. Am J Physiol Heart Circ Physiol. 2012 Jan 1;302(1):H359-67. doi: 10.1152/ajpheart.00746.2011.
264. Nomura S. Primary care for depression. Nihon Rinsho. 2007 Sep;65(9):1609-13.
265. Oliván-Blázquez B, Rubio-Aranda E, García-Sanz O, Magallón-Botaya R. Correlation between diagnosis of depression and symptoms present in primary care patients. Actas Esp Psiquiatr. 2016 Mar-Apr;44(2):55-63.
266. Ory MG, Chesney M. Aging and the life-course: advancing psychosomatic medicine research. Psychosom Med. 2002 May-Jun;64(3):367-9.
267. Pommer P. Psychosomatic aspects. Dtsch Arztebl Int. 2016 Jul 1;113(26):462. doi: 10.3238/arztebl.2016.0462a.
268. Portegies ML, Bos MJ, Koudstaal PJ, Hofman A, Tiemeier HW, Ikram M. Anxiety and the risk of stroke: The Rotterdam study. Stroke. 2016 Apr;47(4):1120-3. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.012361.
269. Post MW, de Bruin A, De Witte L, Schrijvers A. The SIP68: a measure of health-related functional status in rehabilitation medicine. Arch Phys Med Rehabil. 1996 May;77(5):440-5.

270. Proietti R, Mapelli D, Volpe B, Bartoletti S, Sagone A, Dal Bianco L, et al. Mental stress and ischemic heart disease: evolving awareness of a complex association. *Future Cardiol.* 2011 May;7(3):425-37. doi: 10.2217/fca.11.13.
271. Rajna P. Neuro-psychiatric conditions in rural Hungary. *Ideggyogy Sz.* 2008 Mar 30;61(3-4):76.
272. Regier DA. Somatic presentations of mental disorders: refining the research agenda for DSM-V. *Psychosom Med.* 2007 Dec;69(9):827-8.
273. Sánchez-Reales S, Tornero-Gómez MJ, Martín-Oviedo P, Redondo-Jiménez M, Del-Arco-Jódar R. Clinical psychology in primary care: a descriptive study of one year of operation. *Semergen.* 2015 Jul-Aug;41(5):254-60. doi: 10.1016/j.semerg.2014.06.001.
274. Saxena S. Challenges and opportunities in global mental health: a perspective from WHO. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016 Dec;25(6):495-8.
275. Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabil Psychol.* 2011 Aug;56(3):161-70. doi: 10.1037/a0024509.
276. Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D [Internet]. [cited 2017 Nov 10]. Available from: https://eq-5dpublications.euroqol.org/download?id=0_54006&fileId=54415
277. Servant D, Pelissolo A, Chancharme L, Le Guern ME, Boulenger JP. Adjustment disorders with anxiety. Clinical and psychometric characteristics in patients consulting a general practitioner. *Encephale.* 2013 Oct;39(5):347-51. doi: 10.1016/j.encep.2012.10.004.
278. Shand LK, Cowlshaw S, Brooker JE, Burney S, Ricciardelli LA. Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology.* 2015 Jun;24(6):624-34. doi: 10.1002/pon.3719. 4.
279. Sieber WJ, Groessl EJ, David KM, Ganiats TG, Kaplan RM. Quality of Well Being Self-Administered (QWB-SA) Scale. User's Manual [Internet]. 2008

[cited 2017 Oct 10]. 41 p. Available from: <https://hoap.ucsd.edu/qwb-info/QWB-Manual.pdf>.

280. Singh AN, Katsuhisa N. Recent advances in the psychopharmacology of psychosomatic medicine. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003;105(4):441-7.

281. Sipetic S, Vlajinac H, Marinkovi J, Kocev N, Milan B, Ratkov I, et al. Stressful life events and psychological dysfunctions before the onset of type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2007 Apr;20(4):527-34.

282. Sneed RS, Cohen S. Negative social interactions and incident hypertension among older adults. *Health Psychol*. 2014 Jun;33(6):554-65. doi: 10.1037/hea0000057.

283. Sörös P, Hachinski V. Cardiovascular and neurological causes of sudden death after ischaemic stroke. *Lancet Neurol*. 2012 Feb;11(2):179-88. doi: 10.1016/S1474-4422(11)70291-5.

284. Stewart JC, Hawkins MA, Khambaty T, Perkins AJ, Callahan CM. Depression and anxiety screens as predictors of 8-year incidence of myocardial infarction and stroke in primary care patients. *Psychosom Med*. 2016 Jun;78(5):593-601. doi: 10.1097/PSY.0000000000000315.

285. Strauss M, Pierer M, Schönknecht P. Adjustment disorders in internal medicine diseases. *Internist (Berl)*. 2012 Nov;53(11):1271-2, 1274-5. doi: 10.1007/s00108-012-3066-x.

286. 36-Item Short Form Survey (SF-36) [Internet]. [cited 2017 Nov 16]. Available from: https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html.

287. Tsai SL, Chen MB, Yin TJ. A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness. *J Nurs Res*. 2005 Sep;13(3):165-73.

288. Van der Wall EE. Cardiac disease and depression; a direct association? *Neth Heart J*. 2016 Sep;24(9):495-7. doi: 10.1007/s12471-016-0868-9.

289. Van Weel C, König-Zahn C, Touw-Otten FWMM, Van Duijn NP, Meyboom de Jong B. Measuring functional status with the COOP/WONCA charts:

a manual [Internet]. Groningen; 2012 [cited 2017 Oct 21]. 51 p. Available from: https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handleiding_coopwonca2edruk.pdf.

290. Verdeli H. Global Mental Health: An Introduction. *J Clin Psychol*. 2016 Aug;72(8):761-5. doi: 10.1002/jclp.22357.

291. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.

292. Wise TN, Balon R. Psychosomatic medicine in the 21st century: understanding mechanisms and barriers to utilization. *Adv Psychosom Med*. 2015;34:1-9. doi: 10.1159/000369043.

293. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 Sep;21(9):655-79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.

294. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: WHO; 2011. 164 p.

295. World Health Organization. Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions [Internet]. [update 2016 June 15; cited 2017 Nov 10]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf?ua=1.

296. World Health Organization. Division of Mental Health. WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [cited 2017 Nov 6]. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/63529>.

297. World Health Organization. Europe. Realizing our vision: report of the Regional Director on the work of WHO in the European Region in 2012-2013. Copenhagen: WHO; 2014. 67 p.

298. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013. 103 p.
299. World Health Organization. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO; 2008. 206 p.
300. World Health Organization. The European Mental Health Action Plan 2013–2020 [Internet]. [update 2017 Sep 11; cited 2017 Nov 15]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf?ua=1.
301. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 11]. 107 p. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/#.
302. World Health Organization. WHO methods and data sources for global causes of death 2000-2015: Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7. [Internet]. Geneva; 2017 [cited 2017 Oct 10]. 85 p. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
303. World Health Organization. WHO mortality database documentation. [Internet]. Geneva; 2013 [cited 2017 Oct 11]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/.
304. Wu Z. S. Epidemiological studies on the relationship between psychosocial factors and cardiovascular disease. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*. 2001 Feb;23(1):73-7, 82.
305. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70.
306. Zipfel S, Herzog W, Kruse J, Henningsen P. Psychosomatic medicine in Germany: more timely than ever. *Psychother Psychosom*. 2016;85(5):262-9. doi: 10.1159/000447701.

Публікації автора за темою дисертації:

307. Дяченко ЛО. Методологія профілактики та ранньої діагностики хвороб на рівні первинної медичної допомоги в умовах впливу підвищеного стресу. Сучас. мед. технології. 2017;(4):30-6.

308. Дяченко ЛО. Сімейний лікар – пацієнт в системі охорони психічного здоров'я. В: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю Полтавські дні громадського здоров'я; 2018 Трав 24-25; Полтава. Полтава: Техсервіс; 2018, с. 79-81.

309. Дяченко ОО, Васильєв АГ, Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Оцінка пацієнтів задоволеності первинною медичною допомогою. В: Матеріали Міжнар. мед.конгр. Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України; 2019 Квіт 17-19; Київ. Київ, с. 14-5.

310. Коваленко ВМ, Корнацький ВМ, редактори; Дяченко ЛО, Манойленко ТС, Ревенько ІЛ, Дорохіна ГМ, Гандзюк ВА, Беляєва ТВ, робоча група. Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні: посіб. для кардіологів, ревматологів, терапевтів, неврологів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики. Київ; 2018. 214 с.

311. Корнацький ВМ, Дяченко ЛО, Михальчук ВМ. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення. Укр. кардіол. журн. 2017;(2):106-13.

312. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Ведення соматичного пацієнта з урахуванням наявності тривоги та депресії. Україна. Здоров'я нації. 2018;(2). Тези доп. учасників Міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні питання надання медичної допомоги на засадах ПМСД, 2018 Квіт 18-19): 86-7.

313. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛА. Влияние нарушений психического здоровья и наличие стрессового состояния у амбулаторного

пациента на течение захворювань. Психіатрія, психотерапія і клініч. психологія. 2018;(2):177-84.

314. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Вплив стресу на розвиток і перебіг захворювань. Світ медицини та біології. 2017;(1):194-202.

315. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Вплив факторів ризику на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення на рівні первинної медичної допомоги. Укр. журн. медицини, біології та спорту. 2018;3(1):144-50.

316. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Дослідження рівня здоров'я населення України на прикладі Київської області. ScienceRise. Мед. науки. 2018;(2):35-42.

317. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Концептуальні підходи оптимізації медичної допомоги на етапі розвитку сімейної медицини. Світ медицини та біології. 2019;(2):75-9.

318. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Медико-соціальне обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги в умовах впливу підвищеного стресу. В: Матеріали Міжнар. конгр. з мед. і психол. Реабілітації Med&Psy Rehab; 2017 Жовт 30-31; Київ. Київ; 2017, с. 57-9.

319. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Медико-соціальне обґрунтування алгоритму ранньої діагностики та профілактики психосоматичних порушень на рівні первинної медичної допомоги. Укр. мед. часоп. 2019;(1):45-8.

320. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Перспективи впровадження системи охорони психічного здоров'я на первинному рівні. Укр. журн. медицини, біології та спорту. 2018;3(4):145-8.

321. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Удосконалення первинної медичної допомоги на підвищення ефективності. J Educ Health Sport. 2017;7(2):345-68.

ДОДАТКИ

Додаток А-1

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АВТОРА ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких опубліковані основні результати дисертації:

1. Дяченко ЛО. Методологія профілактики та ранньої діагностики хвороб на рівні первинної медичної допомоги в умовах впливу підвищеного стресу. Сучас. мед. технології. 2017;(4):30-6.

2. Корнацький ВМ, Дяченко ЛО, Михальчук ВМ. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення. Укр. кардіол. журн. 2017;(2):106-13. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

3. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛА. Влияние нарушений психического здоровья и наличие стрессового состояния у амбулаторного пациента на течение заболеваний. Психиатрия, психотерапия и клин. психология. 2018;(2):177-84. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

4. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Вплив стресу на розвиток і перебіг захворювань. Світ медицини та біології. 2017;(1):194-202. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

5. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Вплив факторів ризику на розвиток та перебіг розладів психосоматичного здоров'я населення на рівні первинної медичної допомоги. Укр. журн. медицини, біології та спорту. 2018;3(1):144-50. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

6. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Дослідження рівня здоров'я населення України на прикладі Київської області. ScienceRise. Мед.

науки. 2018;(2):35-42. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

7. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Концептуальні підходи обґрунтування моделі оптимізації медичної допомоги на етапі розвитку сімейної медицини. Світ медицини та біології. 2019;(2):75-9 *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

8. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Медико-соціальне обґрунтування алгоритму ранньої діагностики та профілактики психосоматичних порушень на рівні первинної медичної допомоги. Укр. мед. часоп. 2019;(1):45–8. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

9. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Перспективи впровадження системи охорони психічного здоров'я на первинному рівні. Укр. журн. медицини, біології та спорту. 2018;3(4) 145-8. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

10. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Удосконалення первинної медичної допомоги на підвищення ефективності. J Educ Health Sport. 2017;7(2):345-68. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка статті до публікації).*

Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:

11. Дяченко ЛО. Сімейний лікар – пацієнт в системі охорони психічного здоров'я. В: Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю Полтавські дні громадського здоров'я; 2018 Трав 24-25; Полтава. Полтава: Техсервіс; 2018, с. 79-81.

12. Дяченко ОО, Васильєв АГ, Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Оцінка пацієнтів задоволеності первинною медичною допомогою. В: Матеріали Міжнар. мед. конгр. Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України; 2019 Квіт 17-19; Київ. Київ, с. 14-

5. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації).*

13. Коваленко ВМ, Корнацький ВМ, редактори; Дяченко ЛО, Манойленко ТС, Ревенько ІЛ, Дорохіна ГМ, Гандзюк ВА, Беляєва ТВ, робоча група. Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні: посіб. для кардіологів, ревматологів, терапевтів, неврологів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики. Київ; 2018. 214 с. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка до публікації).*

14. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Ведення соматичного пацієнта з урахуванням наявності тривоги та депресії. Україна. Здоров'я нації. 2018;(2). Тези доп. учасників Міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні питання надання медичної допомоги на засадах ПМСД, 2018 Квіт 18-19):86-7. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації).*

15. Корнацький ВМ, Михальчук ВМ, Дяченко ЛО. Медико-соціальне обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги в умовах впливу підвищеного стресу. В: Матеріали Міжнар. конгр. з мед. і психол. Реабілітації Med&Psy Rehab; 2017 Жовт 30-31; Київ. Київ; 2017, с. 57-9. *(Дисертантові належить збір, обробка та аналіз матеріалу, підготовка тез до публікації).*

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Міжнародний конгрес з медичної і психологічної реабілітації «Med&Psy Rehab» – *публікація тез.*

2. Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання надання медичної допомоги на засадах ПМСД» (Ужгород, 2018) – *публікація тез.*

3. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» (Полтава, 2018) – *публікація тез.*

4. Посібник «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні» (Київ, 2018) – *розділ 3 посібника.*

5. XIX Національний конгрес кардіологів України (Київ, 2018) – *усна доповідь.*

6. VIII Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» (Київ, 2019) – *публікація тез.*

7. XX Національний конгрес кардіологів України (Київ, 2019) – *усна доповідь.*

Анкета
вивчення медико-соціальних факторів впливу на розвиток і перебіг хвороб

Дайте, будь-ласка, відверті відповіді на запитання, будьте щирі та правдиві. Ми гарантуємо конфіденційність повідомлених Вами даних, використання їх лише з діагностичною та лікувальною метою Вашого захворювання в рамках наукового дослідження.

Я погоджуюсь відповісти на поставленні питання _____

Підпис

Дата заповнення « _____ » _____ 201_ р.

Історія хвороби/ медична картка амбулаторного хворого № _____

1. П.І.Б. _____
2. Вік (число повних років) _____
3. Стать - чоловіча - жіноча
4. Зріст (см) _____
5. Вага (кг) _____
6. Адреса (телефон) _____
7. Професія _____
8. Освіта _____

Неповна середня	Середня	Середня спеціальна	Незакінчена вища	Вища	Науковий ступінь

9. Основне захворювання (початок, ускладнення - дати) _____
10. Супутні захворювання _____
11. Інвалідність _____

Група, дата		
1	2	3
		Відсутня

12. Характер лікування

Регулярне	Курсове	Періодичне	Диспансерний нагляд
-----------	---------	------------	---------------------

13. Характер перебігу хвороби (протягом останнього року):

	Щотижня	Щомісяця	Щокварталу	1-2 рази в тиждень
Частота госпіталізації				
Загострення, кризи				
Виклики невідкладної або екстреної допомоги				

14. В якій мірі Ви дотримуетесь призначеного лікування?

Повністю	Частково
----------	----------

15. Дайте відповіді на запитання

	Так	Ні
1. Чи доступні препарати за вартістю?		
2. Чи відміняли прийом препаратів через побічні дії?		

16. Як ви оцінюєте своє матеріальне становище?

Дуже погане	Погане	Середнє	Добре	Дуже добре

17. Які препарати Ви приймаєте на даний період?

18. Рівень Вашої фізичної активності з метою оздоровлення?

Регулярно	Інколи	Не займаюся
-----------	--------	-------------

19. Хто з родичів хворів таким захворюванням, що і Ви?

	Мати	Батько	Дід	Баба	Брати/Сестри
Так					
Ні					
Не знаю/ Не пам'ятаю					

20. Відмітьте, як часто Ви вживаєте

	Кожного дня	2-3 рази на тиждень	1 раз на тиждень	2-3 рази на місяць	1 раз на місяць	Інше
Овочі та фрукти						
Морську рибу						
Солоне, гостре						

21. Скільки грам солі на добу Ви вживаєте?

- до 5 г	- більше 5 г
----------	--------------

22. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?

Щоденно	2-3 рази на тиждень	Кілька разів на місяць	Кілька разів на рік	Не вживає
---------	---------------------	------------------------	---------------------	-----------

23. Чи палите Ви?

Так	Ні
-----	----

24. Професійна зайнятість:

Учень/студент	Працює повний день	Часткова зайнятість	Безробітний	Пенсіонер
---------------	--------------------	---------------------	-------------	-----------

25. Чи задоволені Ви нинішньою роботою?

Так	Ні	Частково
-----	----	----------

26. В якій мірі Ви задоволені санітарно-технічними умовами на роботі? (0 - дуже погані, 10 - дуже гарні)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

27. В якій мірі Ви задоволені психологічними умовами на роботі? (0 - дуже погані, 10 - дуже гарні)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

28. Сімейний стан

Заміжня, одружений	Повторний шлюб
Розлучена (ний)	Цивільний шлюб
Вдова (вдівець)	Незаміжня, неодружений

29. З ким Ви проживаєте:

Один/одна	З батьками	З чоловіком (дружиною)	З дітьми	З чоловіком (дружиною) та дітьми	З чоловіком (дружиною), дітьми та батьками	Інше

30. В якій мірі Ви задоволені стосунками з рідними? (0 - взагалі не задоволений, 10 - дуже задоволений/-на)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

31. Чи вірите Ви в Бога? - Так Ні**32. Як часто Ви відвідуєте богослужіння?**

Щотижня	На свята	Не відвідую
---------	----------	-------------

33. Чи дотримуетесь Ви посту? Так Ні

**АНКЕТА
(ГОСПІТАЛЬНА ШКАЛА ТРИВОГИ І ДЕПРЕСІЇ HADS)**

Дайте, будь-ласка, відверті відповіді на запитання, будьте щирі та правдиві. Ми гарантуємо конфіденційність повідомлених Вами даних, використання їх лише з діагностичною та лікувальною метою Вашого захворювання в рамках наукового дослідження.

Я погоджуюсь відповісти на поставленні питання _____

Підпис

Дата заповнення « ____ » _____ 201__ р.

Історія хвороби/ медична картка амбулаторного хворого № _____

1. П.І.Б. _____

2. Вік (число повних років) _____
3. Стать - чоловіча - жіноча
4. Зріст (см) _____
5. Вага (кг) _____
6. Адреса (телефон) _____

7. Професія _____
8. Освіта _____

D	A	Симптоми
	A	1. Я ВІДЧУВАЮ НАПРУЖЕНІСТЬ
	3	Увесь час
	2	Часто
	1	Час від часу, іноді
	0	Зовсім не відчуваю
D		2. ТЕ, ЩО ПРИНОСИЛО МЕНІ ВЕЛИКЕ ЗАДОВОЛЕННЯ, І ЗАРАЗ ВИКЛИКАЄ В МЕНЕ ТАКІ Ж ПОЧУТТЯ
0		Безумовно це так
1		Напевно, це так
2		Це так лише в дуже малому ступені
3		Це зовсім не так
	A	3. Я ВІДЧУВАЮ СТРАХ, ЗДАЄТЬСЯ, НАЧЕБТО ЩОСЬ ЖАХЛИВЕ МОЖЕ ОТ-ОТ СТАТИСЯ
	3	Безумовно це так, і страх дуже сильний
	2	Так, це так, але страх не дуже сильний
	1	Іноді страх буває, але це мене майже не турбує
	0	Зовсім не відчуваю страху
D		4. Я ЗДАТНИЙ РОЗСМІЯТИСЯ І ПОБАЧИТИ В ТОЙ ЧИ ІНШІЙ ПОДІЇ СМІШНЕ
0		Безумовно це так
1		Напевно, це так
2		Це так лише в дуже малому ступені
3		Зовсім не здатний
	A	5. НЕСПОКІЙНІ ДУМКИ КРУТЯТЬСЯ В МЕНЕ В ГОЛОВІ
	3	Постійно
	2	Велику частину часу
	1	Час від часу
	0	Зрідка

D		6. Я ВІДЧУВАЮ БАДЬОРІСТЬ
3		Зовсім не відчуваю
2		Дуже рідко
1		Іноді
0		Практично увесь час
	A	7. Я ЛЕГКО МОЖУ СІСТИ І РОЗЛАБИТИСЯ
	0	Безумовно це так
	1	Напевно, це так
	2	Лише зрідка це так
	3	Зовсім не можу
D		8. МЕНІ ЗДАЄТЬСЯ, ЩО Я СТАВ ВСЕ РОБИТИ ДУЖЕ ПОВІЛЬНО
3		Практично увесь час
2		Часто
1		Іноді
0		Зовсім ні
	A	9. Я ВІДЧУВАЮ ВНУТРІШНЄ НАПРУЖЕННЯ ЧИ ТРЕМТІННЯ
	0	Зовсім не відчуваю
	1	Іноді
	2	Часто
	3	Дуже часто
D		10. Я НЕ СТЕЖУ ЗА СВОЄЮ ЗОВНІШНІСТЮ
3		Безумовно це так
2		Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
1		Може бути, я став менше приділяти цьому увагу
0		Я стежу за собою так само, як і раніше
	A	11. Я ВІДЧУВАЮ НЕПОСИДЛИВІСТЬ, НЕМОВ МЕНІ ПОСТІЙНО ПОТРІБНО РУХАТИСЯ
	3	Безумовно це так
	2	Напевно, це так
	1	Це так лише до деякої міри
	0	Зовсім не відчуваю
D		12. Я ВВАЖАЮ, ЩО МОЇ СПРАВИ (ЗАНЯТТЯ, ЗАХОПЛЕННЯ) МОЖУТЬ ПРИНЕСТИ МЕНІ ПОЧУТТЯ ЗАДОВОЛЕННЯ
0		Точно так само, як і звичайно
1		Так, але не в тому ступені, як раніше
2		Значно менше, ніж звичайно
3		Зовсім не вважаю
	A	13. У МЕНЕ БУВАЄ РАПТОВЕ ПОЧУТТЯ ПАНІКИ
	3	Дуже часто
	2	Досить часто
	1	Не так вже часто
	0	Зовсім не буває
D		14. Я МОЖУ ОТРИМАТИ ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД ГАРНОЇ КНИГИ, РАДІО- АБО ТЕЛЕПРОГРАМИ
0		Часто
1		Іноді
2		Рідко
3		Дуже рідко

**АНКЕТА
(ШКАЛА ОЦІНКИ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ)**

(оцінка за останні 3 місяці) відмічає пацієнт

Дайте, будь-ласка, відверті відповіді на запитання, будьте щирі та правдиві. Ми гарантуємо конфіденційність повідомлених Вами даних, використання їх лише з діагностичною та лікувальною метою Вашого захворювання в рамках наукового дослідження.

Я погоджуюсь відповісти на поставленні питання _____

Підпис

Дата заповнення « ____ » _____ 201__ р.

Історія хвороби/ медична картка амбулаторного хворого № _____

1. П.І.Б. _____
2. Вік (число повних років) _____
3. Стать: - чоловіча - жіноча
4. Зріст (см) _____
5. Вага (кг) _____
6. Адреса та телефон _____

7. Професія _____

Оцінка себе здоровим	0 - немає здоров'я	1 - погане	2 - добре	3 - чудове
Реалізованість	0 - нереалізований	1 - частково	2 - реалізований в основному	3 - реалізований надпланово
Любов	0 - ніхто не любив і не любить	1 - в минулому любили	2 - люблять лише близькі	3 - люблять рідні, близькі та інші люди
Задоволення	0 - відсутність радості від життя	1 - іноді депо приносить задоволення	2 - отримую задоволення від життя	3 - постійно задоволений життям
Друзі	0 - не було і немає	1 - були, зараз немає	2 - є, але рідкі зустрічі	3 - є, і зустрічі часті
Соціальна активність	0 - повна відсутність	1 - незначна	2 - активний, але не постійно	3 - активний і постійно
Фінансове благополуччя	0 - значні проблеми	1 - недостатне	2 - задоволений, але частково	3 - повністю задоволений
Сумісне проведення часу з сім'єю, з друзями	0 - відсутнє	1 - іноді	2 - доволі часто	3 - дуже часто
Задоволення від роботи, діяльності	0 - незадоволений	1 - частково	2 - задоволений	3 - дуже задоволений
Соціальний статус	0 - незадоволений	1 - частково	2 - задоволений	3 - дуже задоволений

АНКЕТА**оцінки задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою****Шановний пацієнте!**

З метою вивчення питання якості медичного обслуговування на первинній ланці системи охорони здоров'я, просимо Вас відповісти на запитання анкети. Результати будуть враховані як складова опитування, та будуть використанні для наукових цілей на користь пацієнтів і медичних працівників.

Анкета є анонімною.

Щиро дякуємо за Вашу участь та надані відповіді!

1. **Стать:** - чоловіча - жіноча
2. **Вік** (число повних років) _____
3. **Оцініть своє загальне самопочуття:**
 Погане Добре Чудове
4. **На вашу думку, чи вважаєте Ви за потрібне звертатися до сімейного лікаря на консультацію при наявності відчуття неспокою, тривоги, депресії тощо:**
 Так Ні Інше
5. **До якого лікаря ви звернетесь у разі порушення сну, відчуття неспокою, тривоги тощо:**
 Сімейний лікар
 Психолог
 Психіатр
 Інший
6. **Чи скеровував Вас сімейний лікар в разі звернення з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії на консультацію до психолога або психіатра:**
 Так Ні
7. **Чи дотримуетесь Ви рекомендацій сімейного лікаря в разі звернення з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії?**
 Так Ні Інше
8. **Висловіть загальну думку стосовно доцільності залучення лікаря-психолога при наданні первинної медичної допомоги з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії:**
 Так Ні Інше
9. **Чи справдився Ваш рівень очікувань від отриманої медичної допомоги:**
 Так Більше так, ніж ні Більше ні, ніж так Ні

Дата заповнення _____

АНКЕТА

експертної оцінки доцільності та ефективності впровадження оптимізованої моделі надання допомоги пацієнтам з психосоматичними порушеннями на етапі первинної медичної допомоги

Вельмишановний експерте!

Просимо прийняти участь в експертній оцінці доцільності та ефективності впровадження оптимізованої моделі надання допомоги пацієнтам з психосоматичними порушеннями на етапі первинної медичної допомоги. Результати експертної оцінки будуть використанні в узагальненому вигляді виключно з науковою метою.

Щиро дякуємо за Вашу участь та надані відповіді!

1. П.І.Б. _____
 2. Місце роботи: _____

3. Посада _____

1.1. Категорія посади:

- практикуючий лікар - організатор охорони здоров'я
 - керівник структурного підрозділу - науковець

4. Науковий ступінь:

Відсутній	Кандидат наук (доктор філософії)	Доктор наук

5. Стаж роботи:

До 5 років	5 – 10 років	11 – 15 років	16 – 20 років	Понад 20 років

6. Кваліфікаційна категорія:

Відсутня	Друга	Перша	Вища

7. Чи потрібно лікарю сприяти підвищенню рівня інформованості пацієнта щодо факторів ризику впливу на перебіг та розвиток розладів психосоматичного здоров'я?

- Так Ні Інше

8. Чи є профілактичні заходи на рівні ПМД ефективним інструментом збереження здоров'я населення?

- Так Ні Інше

9. Чи є профілактичні заходи щодо збереження здоров'я населення на рівні ПМД економічно доцільними?

- Так Ні Інше

10. На Вашу думку, чи необхідно включити до програми підготовки (підвищення) лікарів первинної ланки окремого додаткового комплексного модуля «Психічне здоров'я» з дисциплін «Психологія» та «Психіатрія»?

- Так Ні Інше

11. Чи достатньо лікарю ПМД використання загальних психометричних методик для виявлення тривоги та депресії?

- Так Ні Інше

Дата _____

Підпис _____

Список експертів

№	П.І.Б.	Місце роботи	Посада	Кваліфікаційна категорія	Науковий ступінь
1	2	3	4	5	6
1	Авраменко О.І.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	професор кафедри радіології	відсутня	д.м.н.
2	Бабяк Ю.Ю.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	друга	відсутній
3	Балагурчик О.І.	КЗ «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	головний лікар	вища	відсутній
4	Берташ М.М.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	відсутня	відсутній
5	Богущ Н.І.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	вища	відсутній
6	Божинська Є.В.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	вища	відсутній
7	Бойко С.Б.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-педіатр	відсутня	відсутній
8	Бондарчук Л.К.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній
9	Буга В.А.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	перша	відсутній
10	Бухановська Т.М.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги	перша	к.м.н.
11	Бучинський Л.Я.	КНП «Бучанський консультативно-діагностичний центр»	головний лікар	вища	відсутній
12	Буша Л.Г.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
13	Варенюк В.В.	КЗ «Київська міська клінічна лікарня № 12»	Заступник головного лікаря	перша	відсутній
14	Вилиш А.А.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній

Продовж. додатку В-1

1	2	3	4	5	6
15	Волошин О.А.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології	вища	д.м.н.
16	Глуценко К.А.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	перша	відсутній
17	Гнатюк Н.О.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	вища	відсутній
18	Годна Н.П.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	перша	відсутній
19	Гойда Н.Г.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	професор кафедри управління охороною здоров'я	вища	д.м.н.
20	Головаш А.В.	КЗ «Бородянська центральна лікарня»	завідувач інформаційно-аналітичним відділом	відсутня	відсутній
21	Голубчиков М.В.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	завідувач кафедри медичної статистики	вища	д.м.н.
22	Гомольська І.В.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	вища	відсутній
23	Горалечко Г.В.	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
24	Горачук В.В.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	учений секретар	вища	д.м.н.
25	Грищенко Г.В.	Чорноморський національний університет імені Петра Могили	директор медичного інституту	вища	к.м.н.
26	Гульчій О.П.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	проректор з міжнародних зв'язків та науково-педагогічної роботи з іноземними громадянами	відсутня	д.м.н.
27	Гусаренко В.О.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	заступник головного лікаря	перша	відсутній

Продовж. додатку В-1

1	2	3	4	5	6
28	Децик О.З.	Івано-Франківський національний медичний університет	завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я	вища	д.м.н.
29	Дзісь В.О.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
30	Диндар С.В.	Київська міська клінічна лікарня № 12	заступник головного лікаря	вища	відсутній
31	Довгань О.М.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
32	Довгопол А.М.	КЗ «Бородянська центральна районно лікарня»	заступник головного лікаря	перша	відсутній
33	Древаль Т.М.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	вища	відсутній
34	Дулич М.Д.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	друга	відсутній
35	Дяковська О.Є.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	друга	відсутній
36	Дятренко І.О.	КЗ «Приморський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
37	Єнін А.А.	КЗ «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
38	Зак М.Ю.	Чорноморський національний університет імені Петра Могили	професор кафедри медичної біології та хімії, біохімії, фізіології та мікробіології	вища	д.м.н.
39	Захаренко Н.Г.	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній
40	Золочевський І.С.	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
41	Зубик О.М.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
42	Іванченко Л.П.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній

Продовж. додатку В-1

1	2	3	4	5	6
43	Івденко Ю.І.	КЗ «Приморський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
44	Капустянська І.О.	КЗ «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
45	Карпунь В.І.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
46	Кашенко Н.М.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
47	Кереченко В.В.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
48	Кістіньова М.В.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-педіатр	перша	відсутній
49	Клименко В.А.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній
50	Клименко М.О.	Чорноморський національний університет імені Петра Могили	проректор з НПР та питань розвитку	відсутня	д.м.н.
51	Коваленко І.М.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-педіатр	відсутня	відсутній
52	Козка Н.В.	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
53	Коломієць Н.І.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
54	Комісарова І.В.	КЗ «Ірпінська центральна міська лікарня»	заступник головного лікаря	вища	к.м.н.
55	Кононов О.Є.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної роботи	вища	к.м.н.
56	Копилець М.М.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	друга	відсутній
57	Коржупов О.Г.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	вища	відсутній
58	Короленко В.В.	Національний медичний університет імені О. О. Богомольця	доцент кафедри дерматології та венерології	вища	к.м.н.

Продовж. додатку В-1

1	2	3	4	5	6
59	Короленко І.В.	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	відсутня	відсутній
60	Крестянов М.Ю.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	асистент кафедри хірургії та судинної хірургії	вища	відсутній
61	Кривенко К.Ф.	КЗ «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-педіатр	відсутня	відсутній
62	Кухарук Н.О.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	головний лікар	перша	відсутній
63	Левчук В.О.	КЗ «Ірпінська центральна міська лікарня»	заступник головного лікаря	вища	відсутній
64	Лега Л.І.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
65	Лисенко К.М.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	перша	відсутній
66	Литвинов І.І.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	заступник головного лікаря	вища	відсутній
67	Литвинова Т.І.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
68	Лінчук Ж.В.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	заступник головного лікаря	перша	відсутній
69	Лукаччук Т.В.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	вища	відсутній
70	Мазур І.М.	КЗ «Приморський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
71	Мальцева Л.В.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
72	Марухно Ю.І.	КЗ «Київська обласна клінічна лікарня»	заступник головного лікаря	вища	к.м.н.
73	Марченко В.О.	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній

Продовж. додатку В-1

1	2	3	4	5	6
74	Матюха Л.Ф.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги	вища	д.м.н.
75	Медведовська Н.В.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги	вища	д.м.н.
76	Мишанич О.М.	КЗ «Київська обласна клінічна лікарня»	завідувач поліклінікою	вища	відсутній
77	Моїсеєнко Р.О.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи	вища	д.м.н.
78	Мороз Ю.В.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	друга	відсутній
79	Москальова В.М.	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	відсутня	відсутній
80	Мусинська О.В.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
81	Мусій О.І.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	перша	відсутній
82	Мушинський В.В.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	перша	відсутній
83	Найда О.В.	КЗ «Приморський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	головний лікар	вища	відсутній
84	Наливайко С.І.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
85	Нужна О.К.	Чорноморський національний університет імені Петра Могили	доцент кафедри анатомії, гістології, клінічної анатомії і оперативної хірургії	відсутня	к.м.н.
86	Оладько В.О.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	вища	відсутній
87	Орел А.В.	Київська міська клінічна лікарня № 12	Заступник головного лікаря	вища	відсутній

Продовж. додатку В-1

1	2	3	4	5	6
88	Орлова Н.М.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	професор кафедри медичної статистики	вища	д.м.н.
89	Остапець О.М.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній
90	Паляничка О.Д.	КЗ «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
91	Пантюхіна Г.А.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
92	Печонка В.С.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	перша	відсутній
93	Піщиков В.А.	Державне управління справами	начальник управління охорони здоров'я та медичного забезпечення	вища	д.м.н.
94	Погоріла О.І.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги	вища	відсутній
95	Полякова Т.І.	КЗ «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-педіатр	вища	відсутній
96	Присяжнюк Л.П.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-педіатр	друга	відсутній
97	Прокопчук В.І.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-педіатр	перша	відсутній
98	Процок О.В.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги	перша	д.м.н.
99	Путря Г.В.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	перша	відсутній
100	Радченко К.Д.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	вища	відсутній
101	Рассомагіна О.С.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній

Продовж. додатку В-1

1	2	3	4	5	6
102	Риков С.О.	Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	завідувач кафедри офтальмології	вища	д.м.н.
103	Ростовська Г.Г.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
104	Ростовський В.І.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	відсутня	відсутній
105	Сайдакова Н.О.	ДУ «Інститут урології» Національної академія наук України	завідувач відділом епідеміології та організаційно-методичної роботи	відсутня	д.м.н.
106	Сасько В.А.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	вища	відсутній
107	Светлова Л.А.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	вища	відсутній
108	Селігей Т.С.	КЗ «Приморський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній
109	Сіренко А.М.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	друга	відсутній
110	Сіренко І.І.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	друга	відсутній
111	Склонна З.Ф.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній
112	Скрипник Є.К.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	заступник головного лікаря	вища	відсутній
113	Слабкий Г.О.	Ужгородський національний університет	завідувач кафедри громадського здоров'я	вища	д.м.н.
114	Стецюк П.А.	КЗ «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	заступник головного лікаря	вища	відсутній
115	Столинець Н.М.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-педіатр	відсутня	відсутній
116	Сторчак О.М.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	вища	відсутній
117	Таращенко С.В.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	друга	відсутній

Продовж. додатку В-1

	2	3	4	5	6
118	Теркун В.А.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
119	Третьякова М.В.	КЗ «Приморський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	заступник головного лікаря	вища	відсутній
120	Фурса О.І.	КНП «Бучанський консультативно-діагностичний центр»	заступник головного лікаря	перша	відсутній
121	Хазірова Т.О	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній
122	Чепіженко Л.М.	КЗ «Драбівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній
123	Черненко Л.А.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	перша	відсутній
124	Шаповал В.В.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	головний лікар	вища	відсутній
125	Шарова Н.В.	КЗ «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	вища	відсутній
126	Шевченко О.В.	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	відсутній
127	Шептухіна Л.М.	КНП «Гадяцький центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	вища	відсутній
128	Шкробанець І.Д.	Національна академія медичних наук України	начальник лікувально-організаційного управління	вища	д.м.н.
129	Шульга В.П.	КНП «Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	відсутня	відсутній
130	Шунда О.І.	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	вища	відсутній
131	Яковенко Н.О.	Чорноморський національний університет імені Петра Могили	доцент кафедри анатомії, гістології, клінічної анатомії і оперативної хірургії	перша	к.м.н.
132	Яковенко О.В.	КЗ «Новосанжарський центр первинної медико-санітарної допомоги»	головний лікар	перша	відсутній
133	Янченко Б.С.	КНП «Летичівський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар ЗПСМ	друга	відсутній

Список експертів

№	П.І.Б.	Місце роботи	Посада	Кваліфікаційна лікарська категорія	Спеціальність
1	Блінова Катерина Євгенівна	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	відсутня	Загальна практика-сімейна медицини
2	Гаврилюк Яків Якович	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	вища	Терапія
3	Голік Тетяна Миколаївна	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності	вища	Терапія
4	Латкун Олена Валеріївна	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	перша	Загальна практика-сімейна медицини
5	Лінчук Жанна Володимирівна	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	заступник головного лікаря з материнства та дитинства	перша	Педіатрія
6	Оладько Валентина Олександрівна	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	лікар-терапевт	вища	Терапія
7	Петренко Емілія Михайлівна	КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»	завідувач амбулаторії	вища	Загальна практика-сімейна медицини

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар

КНП «Бучанський центр первинної
медико-санітарної допомоги»
Бучанської міської ради
Київської області

О.І. Джем

Експертний висновок

Експертна комісія КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради Київської області у складі:

голова - Голік Т.М., заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності;

секретар - Лінчук Ж.В., заступник головного лікаря з материнства та дитинства;

члени комісії:

- Блінова К.Є., завідувач амбулаторії загальної практики-сімейної медицини №3;

- Латкун О.В., завідувач Блоставицької амбулаторії загальної практики-сімейної медицини;

- Оладько В.О., лікар-терапевт амбулаторії групової практики №2;

- Гаврилюк Я.Я., завідувач Гаврилівської амбулаторії загальної практики-сімейної медицини;

- Петренко Е.М. завідувач Луб'янської амбулаторії загальної практики-сімейної медицини,

створена наказом головного лікаря КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради Київської області щодо проведення експертної оцінки обґрунтованості вибору спеціаліста хворими при первинному звертанні на підставі даних медичних карт амбулаторних хворих КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» зробила наступний висновок:

Показники	Хворих з порушеннями психічного здоров'я, абс., (%)		Всього хворих абс.=532
	відсутні абс.=242	наявні абс.=290	
Обсяг звернень до лікарів загальної практики	160/242 (55,2%)	115/290 (39,7%)	275/532 (51,7%)
В т.ч. обґрунтоване	133/160 (83,1%)	83/115 (72,2%)	216/275 (78,5%)
Обсяг звернень до вузьких спеціалістів	82/242 (33,9%)	175/290 (60,3%)	257/532 (48,3%)
Обґрунтовані звернення до спеціаліста при первинному зверненні	70/82 (85,4%)	129/175 (73,7%)	199/257 (77,4%)

Голова

Т. М. Голік

Секретар

Ж. В. Лінчук

15.02.2019

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

(керівник закладу)

Н.Н.Т. Дробідовський Центр первинноїмедико-санітарної допомогиТалочевський О.С.«12» березня

2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
(Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенко І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом:

ННЦ, Дробідовський Центр первинної медико-санітарної допомоги Дробідовського районної ради Черкаської обл.

4. Вказати кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) 18 лікарів з них: 10-лікарів ЗПСМ, 4-лікарів терапевти, 4 лікарів медіци

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків)

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів)

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо)

6. Пропозиції та зауваження: Відсутні

Відповідальний за впровадження Головний лікар
Смешков Т.К.
(П.І.Б., підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Г.В. Чабаново лікарка
(керівник закладу)

КЗ «Новосантарський Центр первинної медико-санітарної допомоги»

Яковенко О.В.

« 12 » вересня 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
(Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом: КЗ «Новосантарський Центр первинної медико-санітарної допомоги», с/п.т. Нові Сантарки, Івано-Франківська область.

4. Вказати кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) _____

12 - лікарі АЗПСМ

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків) _____

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів) _____

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо) _____

6. Пропозиції та зауваження: відсутні

* Відповідальний за впровадження Тарбана І.В.
(П.І.Б., підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Головний лікар
 (керівник закладу)
Г. Д. Д. Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги з Черкаської районної ради
 Д. М. Д. - Ч. Д. Р.
Гантимирова Т. А.
 вересень 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
 (Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом:

Н. Д. Д., Черкаський районний центр первинної медико-санітарної допомоги з Черкаської районної ради

4. Вказати кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) *15 лікарів із них: 4-медікар, 4-терапевти, 10-лікарів з Ф.М.*

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків)

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів)

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо)

6. Пропозиції та зауваження: *відсутні*

Відповідальний за впровадження

заступник головного лікаря
Гуца Л. Г.
 (П.І.Б., підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

(керівник закладу)

*КМД "Луцький районний**центр первинної медичної**допомоги " Волинської області**Чертовик О.Б.*

2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
(Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.*

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом:

КМД "Луцький районний центр первинної медично-санітарної допомоги" Волинської області

4. Вказати кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) 25

лікарів, із них 20 сімейних лікарів 5 терапевти

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків)

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів)

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо)

6. Пропозиції та зауваження: *визначити*

Відповідальний за впровадження *Гол. л.р. КМД "Луцький районний*

центр первинної медичної допомоги (П.М.Б., підпис)

Чертовик О.Б.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
(керівник закладу)

КНП «Трешорський районний
ЦПМСД» Трешорської районної
ради Запорізької області
« 18 » 09 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
(Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом:

КНП «Трешорський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Трешорської районної ради Запор.

4. Вказати кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) 15 лікарів

з них: 15- лікарі ЗПМ

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків)

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів)

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо)

6. Пропозиції та зауваження: відсутні

Відповідальний за впровадження

Заступник головного лікаря
Третьякова М.В.
(П.І.Б., підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

(керівник закладу)



НАЦІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Зверона Т.В

Львів 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні» (Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенко І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.*

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом: *ЖНЛ, Оршанський центр первинної медико-санітарної допомоги - Львівська область, с/мт Оршань*

4. Вказати кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) *лікарів; із них: 10- лікарів ЗБС.М., 1- медіатр*

5. Результати впровадження: *за вліт. адіарону*

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків) *Інфаркту м.св. - 14, отримана інфаркту - 6; ІКС - 62 стенокардія - 20; гострий інфаркт міокарда - 9*

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів) *Інфаркту м.св. хвороба - 4505, ІКС - 3095, інші хв. серця - 9*

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо) *Забезпечено процедури «Нострум» та «Синтез» вартість здійсненої АТ, покращення клінічного перебігу хвороби*

6. Пропозиції та зауваження: *Відсутні*

Відповідальний за впровадження

Заступник головної лікар

(П.І.Б., підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.О. Головишине лікарка
 (керівник закладу)
КНП "МЦС ПМСО" ШМРК
Григорук О.Ш.
 2018 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
 (Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом:

КНП "Трипільський міський центр первинної медико-санітарної допомоги" ШМРК, м.Васильків

4. Вказати кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) *56 лікарів*

із них: 6-терапевтів, 42-лікарів з сім'ї, 8-кардіологів

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків)

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів)

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо)

6. Пропозиції та зауваження: *відсутні*

Відповідальний за впровадження

Головишине В.О.
 (П.І.Б., підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар комунального
(керівник закладу)
некомерційного підприємства
«Летичівський центр первинної медико –
санітарної допомоги» Летичівської
селищної ради.



[Handwritten signature]
Кухарук Н.Л.

«12» вересня 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
(Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корняцького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Бєлєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.*

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом:

КНП «Летичівський центр первинної медико – санітарної допомоги»
Летичівської селищної ради

Хмельницька область, смт Летичів

4. Вказати кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці)

11 лікарів, в. т. ч.:

2 терапевти; 2 педіатри; 7 – сімейних лікарів

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків)

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів)

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо)

6. Пропозиції та зауваження:

Відсутні

Відповідальний за впровадження

Заступник головного лікаря

КНП «Летичівський ЦПМСД»



Бабяк Ю.Ю.

(П.І.Б., підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар КНП ВРР

(керівник закладу)



Васильківський районний центр

первинної медико-санітарної допомоги

Головний лікар

Авдотимович І.І.

вересня 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
(Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом:

КНП ВРР, Васильківський районний ЦПМСД
Київська обл., м. Васильків

4. Вказати кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) 23 лікарі

з них: 16 - лікарі ЦПМСД; 4 - терапевти; 3 - педіатри

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків).

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів)

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо)

6. Пропозиції та зауваження: відсутні

Відповідальний за впровадження Миско К.М.

(П.І.Б., підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар Комунального

(керівник закладу)

некомерційного підприємства «Гадяцький
центр первинної медико-санітарної
допомоги» Гадяцької районної ради

В.В.Шаповал

« 26 » вересня 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
(Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Беляєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.*

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом: КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ГАДЯЦЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ» ГАДЯЦЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ, Полтавська область, м. Гадяч

4. Вказати кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) 31 лікар, із них: 27 – лікарі ЗП-СЛ, 3- лікарі-педіатри дільничні, 1 – лікар-терапевт дільничний

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків)

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів)

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо)

6. Пропозиції та зауваження: відсутні

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря з медичного
обслуговування населення

В.О.Гусаренко

(П.І.Б., підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар
(керівник закладу)
ЖНТ Бузганський центр
першої медико-санітарної допомоги
Джасин О.І.
17/11 Борисів 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: «Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні»
(Посібник)

Під редакцією: Коваленка В.М., Корнацького В.М.

Підготовлено робочою групою: Дяченко Л.О., Манойленко Т.С., Ревенько І.Л., Дорохіна Г.М., Гандзюк В.А., Бельєва Т.В.

1. Ким пропонується пропозиція (адреса): ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ, вул. Народного ополчення, 5.

2. Мотиви впровадження: *підвищення якості, діагностики та лікування при хворобах системи кровообігу та інших захворюваннях.*

3. Назва медичного закладу регіону, де впроваджена пропозиція (вказати – лікарня, відділення в стаціонарі, поліклініка); за яким фахом:

ЖНТ Бузганський центр первинної медико-санітарної допомоги "БМР", Київська область, м. Буча

4. Вказати кількість лікарів, ознайомих з пропозицією (терапевти, кардіологи, лікарі загальної практики/сімейні лікарі, інші фахівці) *30 лікарів*
із них: 7-терапевтів, 3-кардіологів, 10-педіатрів.

5. Результати впровадження:

а) підвищення якості діагностики (вказати хвороби і кількість випадків)

б) підвищення прихильності до лікування (вказати хвороби і кількість пацієнтів)

в) ефективність лікування (вказати ефект – зниження артеріального тиску, нормалізація ліпідного профілю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, покращення клінічного перебігу хвороби, тощо)

6. Пропозиції та зауваження: *відсутні*

Відповідальний за впровадження: *Заступник головного лікаря*
Дяченко Л.О.
(П.І.Б., підпис)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар

КНП «Бучанський центр первинної
медико-санітарної допомоги»
Бучанської міської ради
Київської областіО.І. Джам
07 травня 2019 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

**Назва пропозиції: АЛГОРИТМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА ЧИННИКІВ РИЗИКУ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я**

Ким пропонується: аспіранткою кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, заступником головного лікаря з медичного обслуговування КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради Київської області Дяченко Лесею Олександрівною.

Мотиви впровадження: підвищення медичної грамотності пацієнта щодо його обізнаності з можливостями лікаря загальної практики-сімейного лікаря щодо скринінгової діяльності при проявах порушення психічного здоров'я; ознайомлення пацієнта (за згодою) з алгоритмом медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та факторів ризику порушень психічного здоров'я, психодіагностичне тестування (за згодою).

Назва закладу охорони здоров'я, де впроваджена пропозиція: комунальне некомерційне підприємство «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради Київської області.

Кількість пацієнтів, ознайомих з пропозицією – більше 1 500 чоловік, які зверталися за первинною медичною допомогою до комунального некомерційного підприємства «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради Київської області.

Заходи які здійснювалися для впровадження пропозиції:

1. Роз'яснення механізму застосування алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та факторів ризику порушень психічного здоров'я (за потребою пацієнта);
2. Індивідуальні інформаційно-роз'яснювальні бесіди лікарів з пацієнтами щодо психічного здоров'я;
3. Трансляція відео роликів щодо психічного здоров'я в місцях очікування пацієнтів в закладі охорони здоров'я;
4. Проведення Всесвітнього дня психічного здоров'я (10.10.2018);
5. Психодіагностичне тестування пацієнта.

Період впровадження: II півріччя 2018

Результати впровадження:

- покращення комунікативного клімату у взаємовідносинах «лікар-пацієнт» через збільшення позитивного рівня очікувань від отриманої медичної допомоги у пацієнта;
- зростання прихильності пацієнта до звертання до лікаря загальної практики-сімейного лікаря у разі відчуття неспокою, тривоги та депресії.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності Голік Т.М.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар

КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги»

Бучанської міської ради

Київської області

О.І. Дзам

07 травня 2019 року

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції: АЛГОРИТМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ТА ЧИННИКІВ РИЗИКУ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Ким пропонується: аспіранткою кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, заступником головного лікаря з медичного обслуговування КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради Київської області Дяченко Лесею Олександрівною.

Мотиви впровадження: опанування лікарями психодіагностичних методик оцінки психологічного стану пацієнта (Госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS, Шкала оцінки рівня якості життя (за Чабан О.С., 2008), їх застосування в практичній діяльності сімейної медицини, підвищення якості діагностики та лікування при проявах розладів психіки та поведінки.

Назва закладу охорони здоров'я, де впроваджена пропозиція: комунальне некомерційне підприємство «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради Київської області.

Кількість лікарів, ознайомлених з пропозицією (терапевти, педіатри, лікарі загальної практики/сімейні лікарі) – 25.

Заходи які здійснювалися для впровадження пропозиції:

1. Проведено тренінг-лекції для лікарів за наступними напрямками:
 - Оцінка психологічного стану пацієнта через психодіагностичні методики (18.07.2018);
 - Механізм застосування лікарями алгоритму медичної допомоги пацієнтам в залежності від психологічного стану та факторів ризику порушень психічного здоров'я (08.08.2018);
 - Особливості використання лікарями опитувальників - Госпітальна шкала тривоги та депресії – HADS та Шкала оцінки рівня якості життя (за Чабан О.С., 2008) (05.09.2018);
 - Вплив стресу на перебіг і тривалість хронічних соматичних захворювань в практичній діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря (10.10.2018);
 - Технологія навчання населення дотримуватися здорового способу життя в сучасних умовах (07.11.2018).
2. Індивідуальні інформаційно-роз'яснювальні бесіди лікарів з пацієнтами щодо психічного здоров'я.
3. Трансляція відеороликів щодо психічного здоров'я в місцях очікування пацієнтів в закладі охорони здоров'я.
4. Проведення Всесвітнього дня психічного здоров'я (10.10.2018).

Період впровадження: II півріччя 2018

Результати впровадження:

- покращення комунікативного клімату (відповідність отриманої медичної допомоги очікуваній підтвердили 67,27 % пацієнтів проти 53,74 % осіб, опитаних до впровадження; кількість випадків направлень пацієнтів лікарем загальної практики-сімейним лікарем на консультацію до лікарів вторинної/третинної медичної допомоги зменшилось з 13,8 % до 10,91 % осіб за рахунок використання розробленого в межах моделі алгоритму);
- готовність лікарями застосовувати методики в роботі, задоволеність результатами навчання 100% слухачів.

Відповідальний за впровадження:

Заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності Голік Т.М.

