

УДК 614.2.001.2:616-058-082

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.124703

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ПРИКЛАДІ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

© В. М. Корнацький, В. М. Михальчук, Л. О. Дяченко

У статті наведені дані стану здоров'я населення, проведеного аналізу поширеності хвороб та захворюваності серед населення м. Буча, Київської області та України в цілому за період 2012–2016 рр. Розглянуто структуру захворюваності населення Київської області за 2016 р., зокрема, встановлено, що стан психічного здоров'я населення України є незадовільним

Ключові слова: показники здоров'я, поширеності та захворюваності населення, первинна медична допомога

1. Вступ

За визначенням ВООЗ термін психічне здоров'я вживають не лише через відсутність психічного розладу. Це стан благополуччя, за якого кожна людина може впоратись з повсякденними життєвими стресами, реалізувати свій власний потенціал, приносити користь спільноті та плідно працювати, а тому є одним з важливих складових громадського здоров'я і має значний вплив на людський, суспільний, економічний потенціал та стан країни взагалі.

Протягом останніх років прослідковується зростання випадків неспсихотичних психічних розладів [1], що породжує потребу у створенні відповідної нормативної бази щодо організаційних засад надання медичної допомоги на первинній ланці таким пацієнтам, та відповідної інформаційної бази про скринінг, оцінку (у тому числі індивідуальних здібностей), встановлення діагнозу та розробці плану лікування, реабілітації та переліку рекомендацій з належної практики.

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед населення є однією з важливих складових стратегічного планування медичної галузі. Оцінка стану здоров'я населення, зокрема психічного здоров'я, викликає занепокоєння усього світового товариства та підлягає дослідженню.

2. Обґрунтування дослідження

Відповідно до статті 3 Конституції України зазначено що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються найвищою соціальною цінністю, [2] саме стан здоров'я людей, який є основним із соціальних індикаторів суспільного прогресу потребує активізації виховання почуття свідомого ставлення до нього [3, 4].

Так як збереження здоров'я є важливою умовою щодо забезпечення вимог соціального та економічного розвитку країни, то інформація про його стан набуває особливого статусу [5, 6], а одним з основних компонентів планування розвитку медичної галузі є вивчення динаміки показників поширеності та захворюваності населення [7]. Саме поширеність психічних та поведінкових розладів в Україні, за даними П. В. Волошина та Н. О. Марути (2015), ха-

рактеризується постійним збільшенням (на 2,9 % за 10 років) [8].

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 [9].

З метою збереження тенденції до зниження показників захворюваності населення перш за все слід звернути увагу на пріоритетність вектору реформування системи надання медичної допомоги. Основним є:

- розвиток первинної ланки медичної допомоги;
- перехід надання медичної допомоги на контрактні умови;
- розвиток страхової медицини; забезпечення державою фінансових гарантій оплати обсягу медичної допомоги; впровадження фармацевтичної та кадрової політики.

Саме реалізація останніх та наявність Національної політики щодо охорони психічного здоров'я дасть можливість поліпшити не тільки усі соціально – економічні показники, а й здоров'я населення в цілому [10].

Держава має усвідомлювати, що значний вплив на створення та реалізацію її політики має психічне здоров'я, яке виступає важливою складовою національної безпеки, отже основним напрямком державної політики, а саме в галузі охорони здоров'я має бути його збереження.

За останні десятиліття в багатьох країнах світу спостерігається погіршення стану психічного здоров'я населення, простежується й зміна самих захворювань, хоча деякі з психопатологічних розладів не входять до жодної з нозологічних форм [11]. В кожен даний період часу рівень психічного здоров'я людини визначається впливом багатьох соціальних, біологічних та психологічних факторів. До основних детермінант збільшення психічних розладів за даними досліджень: погіршення природного середовища, збільшення частоти виникнення надзвичайних ситуацій (НС), щільність населення, інтенсивне старіння населення урбанізація, ускладнення освітніх та ви-

робничих технологій, наростаючий інформаційний пресинг негативною інформацією, у т. ч. воєнних дій, збільшення кількості травм головного мозку та родових травм, погіршення стану фізичного здоров'я. Не аби який вплив мають соціально-культурні тенденції, але найбільш уразливими щодо схильності до психічних розладів є групи осіб, що знаходяться в несприятливій життєвій ситуації і найменш забезпечені ресурсами [12].

Внаслідок виконаних досліджень ВООЗ було підтверджено комплексний взаємозв'язок між психічними та фізичними порушеннями. Неліковані психічні розлади у більшості випадків є причиною несприятливих наслідків коморбідних соматичних захворювань [13]. Схильність осіб з психічними розладами до збільшення ризику соматичних захворювань може посилюватись через зниження імунного захисту, недбалого ставлення до власного здоров'я, в тому числі недотримання призначеного лікування [1].

Згідно з останніми даними ВООЗ 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. Останнім часом ВООЗ приділяє значну увагу даній проблемі через її негативні тенденції [14, 15].

За даними 2014 р. в Україні, через розлади психіки несприятливого характеру страждають (з переважною більшістю депресивних розладів) 481 763 особи [16]. 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. Останнім часом спостерігається незначне зростання випадків несприятливого психічного розладу, а саме, депресивних і свідчить про неналежну організацію виявлення, реєстрації та надання допомоги людям із депресивними розладами [17]. 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 серйозних депресивних станів лишаються без лікування [14].

Важливим фактом є те, що протягом останніх двох років внаслідок воєнних дій в Україні вперше серйозно зіткнулась із великою кількістю біженців (близько 2 млн осіб) та кількістю військових, переважна більшість з яких зазнали впливу сильних стресових факторів, які відображаються на психічному здоров'ї і потребують обов'язкової корекції та лікування. За даними ВООЗ, під час надзвичайних ситуацій внаслідок дії депресії і тривожних розладів потерпає кожна п'ята особа.

Як показує досвід країн світу, вирішити вище перераховані проблеми можливе лише за умови використання системного підходу, який визначається державною стратегією (програмою) психічного здоров'я нації.

Програма психічного здоров'я нації є стратегією держави, яка передбачає визнання психічного здоров'я як пріоритету суспільства та визначає конкретні кроки щодо його зміцнення. Подібні програми діють у Данії, Німеччині, Польщі та інших країнах. Треба зазначити, що основними можливими важелями впливу на ситуацію у сфері психічного здоров'я є визначені у документах, розроблених Всесвітньою психіатричною асоціацією (WPA), Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), та Європейською психіатричною асоціацією (ЕРА).

3. Мета дослідження

Оцінити стан здоров'я населення в цілому, зокрема проаналізувати показники поширеності та захворюваності серед населення м. Буча, Київської області та України за період 2012–2016 рр.

4. Об'єкт і методи дослідження

Спостереженням було охоплено період 2012–2016 рр. Проведено аналіз даних щорічних статистичних звітів медичних закладів Київської області, підпорядкованих системі МОЗ України. Досліджено динаміку, структуру показників поширеності та захворюваності адміністративно-територіальних одиниць Київської області у порівнянні з Україною. Використано такі методи: медичної статистики, аналітичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Аналіз поширеності та захворюваності серед населення Київської області за період 2012–2016 рр. свідчить про тенденцію до зростання показників (поширеності на 4,49 %, захворюваності на 6,12 %) [18, 19].

Аналогічна ситуація щодо показників поширеності та первинної захворюваності спостерігається на рівні України в цілому (рис. 1) [7, 20].

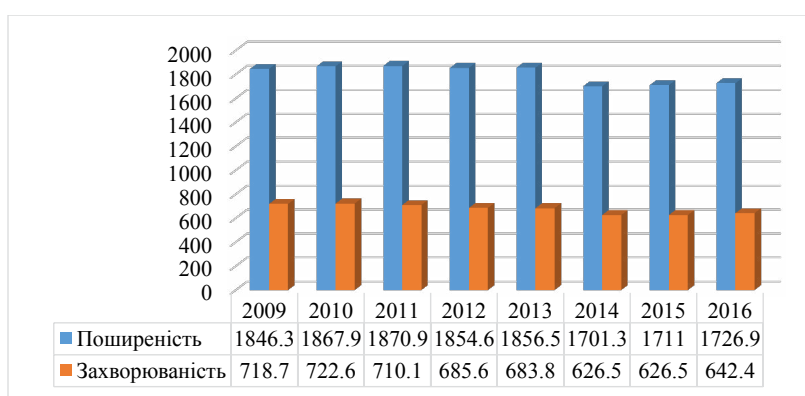


Рис. 1 Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед населення України, 2009–2016 рр. (на 1000 населення). Джерело: [7, 20]

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 Борзнянському 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 спостерігається негативна тенденція щодо зростання рівня поширеності захворювань зазначених районів, 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 %) [18, 19].

Найвищий показник захворюваності за підсумками 2016 р. спостерігається в м. Буча (11365,8 на 10 тис. населення), що у 1,76 раз перевищує загальноукраїнський рівень, найнижчий – Бориспільський район (5402,3). Слід відзначити, що у 2016 р. зниження рівня спостерігаємо тільки у Богуславському (на 3,29 %), Борзнянському (7,57 %), Обухівському (0,12 %) районах та містах: Буча (6,62 %), Ірпінь (1,05 %), Березань (0,93 %).

Дослідження проблем здоров'я проводилось на території м. Буча, демографічна характеристика якої представляється із врахуванням постраждалих внаслідок збройного конфлікту на протязі з 2014 року, тобто в умовах стресової суспільно-політичної та соціально-економічної ситуації.

Саме в м. Буча неабиякий вплив на рівень захворюваності та поширеності хвороб мали особи, які отримали статус «Переселенця», приймали участь в АТО, члени сімей загиблих та особи, які переїхали з тимчасово окупованої території на постійне місце проживання. Простежити в повній мірі за станом здоров'я даного контингенту дуже важко так, як за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я такі пацієнти звертаються рідко – близько третини від загалу. З першого дня звернення за амбулаторною допомогою лікування сімейним лікарем обов'язково проводиться психосвітня робота з родиною.

В 2016 р. у структурі поширеності за класами хвороб традиційно перше місце посідають системи кровообігу 6425,6 на 10 тис. населення, що становить 30,8 %, Україна – 5297,0 (30,67 %); друге – органів дихання – 4718,4 (22,6 %), Україна – 3570,9 (20,68 %); третє – травлення – 2158,3 (10,3 %), Україна – 1682,6 (9,74 %); четверте – ендокринної системи, розладу

харчування – 1310,9 (6,3 %), Україна – 856,9 (4,96 %) і п'яте – кістково-м'язової – 1028,89 (4,9 %), Україна – 931,3 (5,39 %) (рис. 2).

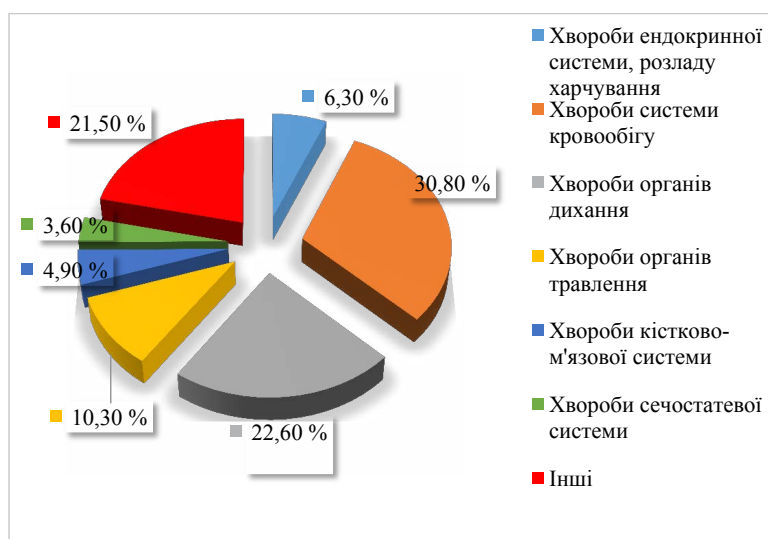


Рис. 2. Структура поширеності захворювань населення області, 2016 р.

Поширюваність у 2016 р. відносно 2012 р. збільшилась: новоутворення на 10,00 % (з 407,2 на 10 тис. населення у 2012 р. до 455,8 у 2016 р.), органів дихання – 7,11 % (з 4221,7 до 4718,4), хвороби ока та придаткового апарату – 2,94 % (з 685,9 до 738,2), ендокринної системи, розладу харчування – 1,61 % (з 1247,7 до 1310,9); знизилась - на 9,09 % у післяпологовий період (з 785,1 у 2012 р. до 768,9 на 10 тис. населення у 2016 р.), на 8,70 % на розлади психіки та поведінки (з 450,3 до 430,3), на 6,45 % на травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (з 621,6 до 603,2), на 5,56 % на інфекційні та паразитарні хвороби (369,4 до 365,2), на 4,63 % органів травлення (2148,5 до 2158,2), на 3,92 % кістково-м'язової системи (1022,2 до 1028,8), на 3,03 % нервової (662,9 до 667,9), на 2,7 % сечостатевої системи (746,0 до 746,0), на 0,96 % на хвороби кровообігу (6209,1 до 6425,6) [21].

За результатами аналізу, рівні поширеності у 2016 р. відносно 2012 р. зросли за 4-ма класами хвороб та знизились за 8-ма класами, а у 2016 р. відносно 2015 р. зростання за 3-ма (органів травлення, системи кровообігу, ока та придаткового апарату), та зниження лише за 1-м – органів дихання.

У структурі захворюваності населення Київської області в 2016 р. (рис. 3), лідируюче місце належить хворобам системи кровообігу, на відміну від поширеності, де переважають: органів дихання (51,0 %), системи кровообігу (5,9 %), шкіри та підшкірної клітковини (5,7 %), сечостатевої системи (4,5 %), ока та придаткового апарату (3,8 %), кістково-м'язової системи (3,5 %) (рис. 3). Показники захворюваності за останні п'ять років за класами мають тенденцію до зниження: на розлади психіки та поведінки – на 12,5 % (55,0 на 10 тис. населення); у 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 зовніш-

ніх причин (-9,41 % по відношенню до 2012 р., -2,53 % до 2015 р.); хвороби системи кровообігу - на 7,81 % по відношенню до 2012 р. (448,3) та на 3,28 % порівняно з попереднім (442,1); сечостатевої системи (-6,25 % по відношенню до 2012 р., -2,17 % до 2015 р.); шкіри та підшкірної клітковини (-3,4 % та -3,39 % відповідно); інфекційні та паразитарні (-3,33 % та -3,57 % відповідно); хвороби ока та придаткового апарату (-2,56 % та -5,0 % відповідно); органів травлення на 3,13 % по відношенню до 2012 р. (224,5 на 10 тис. населення); кістково-м'язової системи на 7,89 % (266,0). В той же час, зросла питома вага хвороб вуха та сосковидного відростку - на 7,69 % (185,4) та органів дихання - на 5,15 % (3419,5).

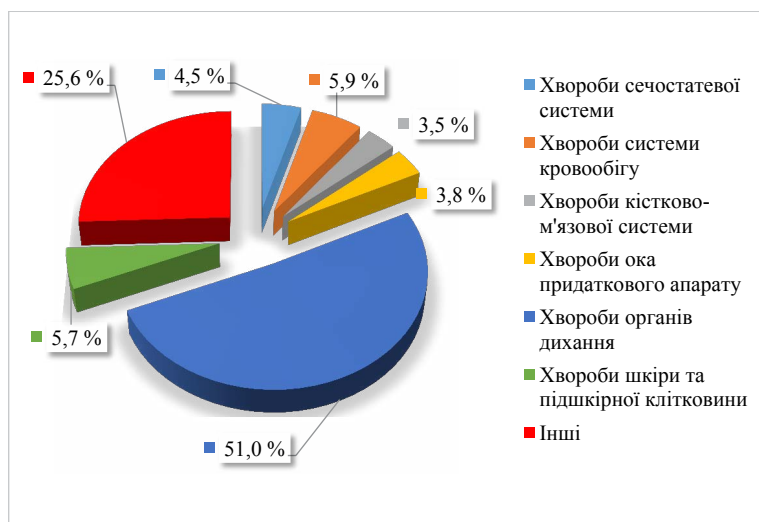


Рис. 3 Структура захворюваності населення Київської області, 2016 р.

5. Результати дослідження

Відповідно до статистичних даних, питома вага у структурі поширеності хвороб серед населення України за провідними класами хвороб за 2016 р. на розлади психіки та поведінки становить 2,30 %, а по Київській області - 2,10 %; захворюваність - 0,48 % та 0,7 % відповідно (табл. 3) [7].

Аналіз динаміки поширеності та захворюваності на розлади психіки та поведінки населення України демонструє тенденцію до їх 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); захворюваність - 191729 осіб, або 450,2 на 100 тис. населення, що на 1,01 % менше, ніж у 2015 р., проте в порівнянні з попередніми роками носить хвилеподібний характер (рис. 4, 5) [7, 16].

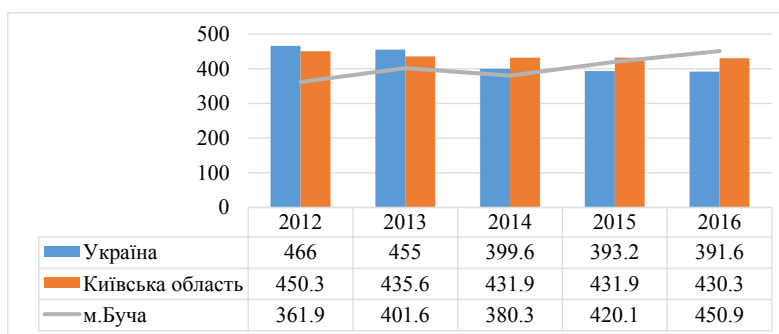


Рис. 4. Показники поширеності на розлад психіки та поведінки, 2012–2016 рр. (на 10 тис. відповідного населення)

Як видно з рис. 4 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 4,44 % (450,3 у 2012 р.) (табл. 2). Захворюваність незважаючи на поступове її зниження, в 2016 р. спостерігаємо невеликий підйом на 0,59 % (з 51,2 у 2015 р. до 51,5 у 2016 р.) (рис. 5) (табл. 3).

Рангові показники поширеності і захворюваності на розлади психіки та поведінки населення у Київській області у 2016 р. наведено у табл. 1. Найменші показники поширеності серед всього населення області зафіксовані у Поліському (296,2 на 10 тис. населення), Києво-Святошинському (346,7) районах та м. Славутич (345,6); найбільші - Вишгородський (468,7), Згурівський (470,8), Сквирський (487,4). Різниця між найменшим і найбільшим рівнями показників поширеності становила 191,2 на 10 тис. населення, тобто 1,65 разу. Щодо захворюваності серед всього населення спостерігається подібна тенденція, так найменші: 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 входить до трійки лідерів, як поширеності, так захворюваності.

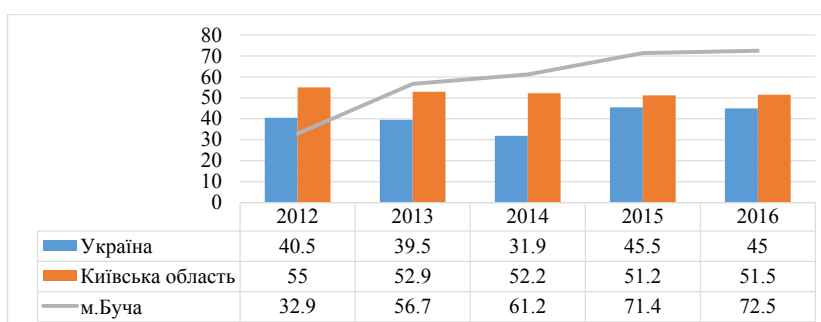


Рис. 5. Показники захворюваності на розлад психіки та поведінки, 2012–2016 рр. (на 10 тис. відповідного населення)

Нижчі за обласні (430,3 на 10 тис. населення) показники поширеності на розлади психіки та поведінки населення мають 11 адміністративно-територіальних одиниць, із них 4 менше загальноукраїнських (391,6): Поліський (292,6), Києво-Святошинський (346,7), Бориспільський (389,4) райони та м. Славутич (346,5); вищі – зареєстровано в 20 адміністративно-територіальних одиницях. Щодо захворюваності, то 16 адміністративно-територіаль-

них одиниць мають нижчі показники за обласні (51,5 на 10 тис. населення), серед них 11 територій у яких 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. 1).

Таблиця 1

Розріз рангових показників поширюваності та захворюваності на розлади психіки та поведінки серед населення Київської області у 2016 р. (на 10 тис. відповідного населення)

Поширеність		Захворюваність	
Все населення		Все населення	
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

6. Обговорення результатів дослідження

Динаміку змін поширеності на розлади психіки та поведінки в Київській області по районах (містам) подано в табл. 2, 3. Рівень поширеності на розлади психіки та поведінки в порівнянні з попереднім роком зменшився у 19 адміністративно-територіальних (район/місто) одиницях (від $-0,16\%$ у Ставищенському районі до $-5,4\%$ у Богуславському), в інших адміністративно-територіальних одиницях показник зріс: у Бородянському районі на $0,09\%$, Макарівському ($+0,2\%$), Яготинському ($+0,48\%$), Вишгородському

($+1,47\%$), Бориспільському ($+1,51\%$), Таращанському ($+1,78\%$), Фастівському ($+2,66\%$), Поліському ($+3,71\%$), Броварському ($+6,32\%$) та міст Біла Церква ($+0,30\%$), Ржищів ($+1,12\%$), Буча ($+7,33\%$). Спостереження щодо динаміки поширеності на розлади психіки та поведінки в Київській області протягом п'ятирічного періоду вказує, що м. Буча має найбільшу динаміку щодо зростання у 2016 р. на $7,33\%$ відносно 2015 р. (450,9 на 10 тис. населення), так і проти 2012 р. на $24,59\%$ (361,9). Крім цього, показники захворюваності свідчать, що м. Буча є одним з лідерів – $72,5$ на 10 тис. населення.

Таблиця 2

Динаміка показників поширеності на розлади психіки та поведінки населення у Київській 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	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

Таблиця 3

Динаміка показників захворюваності на розлади психіки та поведінки населення у Київській 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

Перспективи подальших досліджень базуються на подальшому спостереженні та вивченні показників здоров'я населення, в тому числі, основних класів хвороб.

7. Висновки

1. У ході проведення дослідження показників поширеності хвороб зафіксовано негативну тенденцію (2015–2016 рр.) щодо зростання показників поширеності та захворюваності населення області в порівнянні з 2014 р., але одночасно, залишаються нижчими за показники 2012 р. (на 4,49 % та на 6,12 % відповідно). Така епідеміологічна ситуація вказує на труднощі при своєчасності виявлення та наданні медичної допомоги, а саме, її ефективності на першому рівні.

2. В структурі захворюваності населення області за 2016 р. на відміну від поширеності переважають 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 %). Показники захворюваності за останні п'ять років за класами мають тенденцію до зниження, окрім хвороб органів дихання, вуха та сосковидного відростку. За результатами аналізу, змін стосовно розподілу рейтингових місць у структурі захворюваності у 2016 р. у порівнянні з попереднім роком не відбулося.

3. В загальному стан психічного здоров'я населення України є незадовільним, не виключене існування проблемного питання щодо браку як кадрів так і фінансових ресурсів, також відсутність

Національної політика щодо охорони психічного здоров'я. Адже сама сфера охорони психічного здоров'я потребує реформ, а саме, зміцнення ланки первинної медичної допомоги та забезпечення загальнодоступності служб охорони психічного здоров'я.

4. Причинами психічних та поведінкових розладів психіки, депресії, тривоги та стресогенних синдромів є негативна інформація, соціальні та еко-

логічні проблеми, тероризм та воєнні конфлікти, різноманітні катастрофи та значне зниження якості життя. Саме завдяки подіям на Сході України не тільки серед їх учасників та осіб тимчасово переміщених виникали такі різноманітні синдроми. Дані синдроми виникали і були частими серед студентів, лікарів, вчителів, а саме серед осіб з підвищеним чи високим рівнем депресії, агресії та тривоги.

Література

1. Дудник С. Замкнуте коло психічного здоров'я українців // Ваше здоров'я. 2016. № 13. URL: <http://www.vz.kiev.ua/zamknute-kolo-psyhichnogo-zdorov-ya-ukrayintsiv/>
2. Конституція України (Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 р.). Київ: Преса України, 1997. 80 с.
3. Здоров'я людини та демографія. Досвід Європи. Світовий банк, 2010. 72 с.
4. Александров О. О., Ольвінська Ю. О. Статистичний аналіз захворюваності населення України: мат. конф. // Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень. Одеса: ОНЕУ, 2015. С. 32–36.
5. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. Киев: ИД «Авиценна», 2011. 256 с.
6. Соціальні індикатори рівня життя населення: статист. зб. Київ: Державна служба статистики України, 2016. 198 с.
7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. Київ: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2017. 516 с.
8. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 1 (82). С. 5–11.
9. Токман А. А. Теоретичні і методологічні основи психології здоров'я // Наукові праці МАУП. 2013. № 1 (36). С. 220–225.
10. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ: Четверта хвиля, 2009. 353 с.
11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. Київ: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2009. 360 с.
12. Пінчук І. Як вберегти психічне здоров'я в умовах інформаційної війни? // Український медичний часопис. 2014. № 2. С. 45–46.
13. WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2015. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7. Geneva: WHO, 2014. 81 p. URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
14. STEPS optional module: mental health/suicide. Geneva: WHO, 2014. URL: <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>
15. WHO mortality database documentation. Geneva: WHO, 2013. URL: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/
16. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / ред. Шафранський В. В. Київ: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2016. 452 с.
17. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / ред. Квіташвілі О. Київ: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2015. 460 с.
18. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Київській області за 2015–2016 роки // Київський обласний центр медичної статистики. URL: http://kocms.kiev.ua/?page_id=11494
19. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Київській області за 2012–2014 роки // Київський обласний центр медичної статистики. URL: http://kocms.kiev.ua/?page_id=11494
20. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / ред. Мусій О. С. Київ: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. 438 с.
21. Основні показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Київській області за 2016 р. Київ, 2017. 122 с.

Дата надходження рукопису 29.01.2018

Корнацький Василь Михайлович, доктор медичних наук, професор, ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. академіка М. Д. Стражеско» Національної академії медичних наук України», вул. Народного ополчення, 5, м. Київ, Україна, 03151

Михальчук Василь Миколайович, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри, кафедра управління охороною здоров'я, Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112

Дяченко Леся Олександрівна, заступник головного лікаря, Бучанська міська поліклініка Київської області, вул. Польова, 21/10, м. Буча, Київська область, Україна, 08292; аспірант, кафедра управління охороною здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112
E-mail: 0674080695L@gmail.com