

УДК 616.89-008.44-082.001.73.001.57

Н.С. Защик

## ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ АНТИСУЇЦИДАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

**Мета** – розробити та навести сучасну функціонально-організаційну модель антисуїцидальної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

**Матеріали та методи:** бібліосемантичний, структурно-логічний, концептуального моделювання. Методологією дослідження став метод системного підходу.

**Результати.** Запропоновано функціонально-організаційну модель антисуїцидальної допомоги в Україні. Завдання моделі: проведення комплексної профілактичної роботи; надання психологічної допомоги особам у критичних станах та особам із вираженою саморуйнівною поведінкою; надання стаціонарної допомоги особам, які скоїли суїцидальну спробу; проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли суїцидальну спробу після проведеного стаціонарного лікування. Наведено алгоритм впровадження моделі в систему охорони здоров'я.

**Висновки.** Ключовою ідеєю моделі є послідовне вирішення пріоритетного завдання з підвищення ефективності профілактичних заходів щодо попередження саморуйнівної поведінки населення в критичних станах і забезпечення соціально-психологічної адаптації після суїцидальної спроби.

**Ключові слова:** саморуйнівна поведінка, профілактика, допомога, функціонально-організаційна модель.

### Вступ

Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивної праці, суспільного спокою та стабільності оточуючого середовища [7]. Психічне, фізичне та соціальне здоров'я є важливою складовою життя, які тісно взаємопов'язані та залежать один від одного. Їх взаємозв'язок свідчить, що психічне здоров'я є надзвичайно важливим для загального благополуччя окремих осіб, громад та країни в цілому [8].

Психічні та поведінкові розлади є надзвичайно поширеними і уражають до 25% усіх людей у певні періоди їхнього життя. Згідно з показником DALI [6], до 2020 р. тягар розладів психіки та поведінки сягне 15% від усіх хвороб [3].

В Україні показники захворюваності населення на розлади психіки та поведінки є одними з найвищих рівнів серед країн Європи [4, 5] при зростанні рівня саморуйнівної поведінки [2], який є теж одним із найвищих в Європейському регіоні [1].

**Мета роботи** – розробити та навести сучасну функціонально-організаційну модель антисуїцидальної допомоги в умовах реформування системи охорони України.

**Матеріали та методи:** бібліосемантичний, структурно-логічний, концептуального моделювання. Методологією дослідження став метод системного підходу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Актуальність розробки та запровадження для кожного регіону сучасної моделі антисуїцидальної допомоги мають безпосередньо витікати з аналізу суїцидальної поведінки окремих категорій населення та статистичних даних щодо саморуйнівної поведінки і передусім серед молоді та населення працездатного віку.

Діагностика можливої суїцидальної поведінки ускладнена внаслідок того, що респонденти (пацієнти) приховують власні хворобливі переживання, особливо стосовно суїцидального настрою. Існують методики визначення ризику суїцидальної поведінки. Вони є ефективними при проведенні досліджень у людей без розладів психіки та поведінки, оскільки сприяють виявленню «мішеней» подальшої профілактики та лікування (психопрофілактики і психокорекції). У людей з розладами психіки та поведінки використання таким методик є складним завданням. Слід зазначити, що в умовах соціально-економічної напруженості в суспільстві досить часто виникають критичні гострі соціально-стресові розлади, які можуть спричинити суїцидальну поведінку. До такої категорії населення також відносяться особи, які перенесли кризові стани: учасники бойових дій і терактів; ті, що перенесли втрату родичів, побратимів, друзів; особи з посттравматичним стресовим розладом унаслідок психотравмуючої ситуації. Саме вони потребують створення в країні моделі антисуїцидальної допомоги.

Нами розроблено та запропоновано функціонально-організаційну модель антисуїцидальної допомоги (рис.).

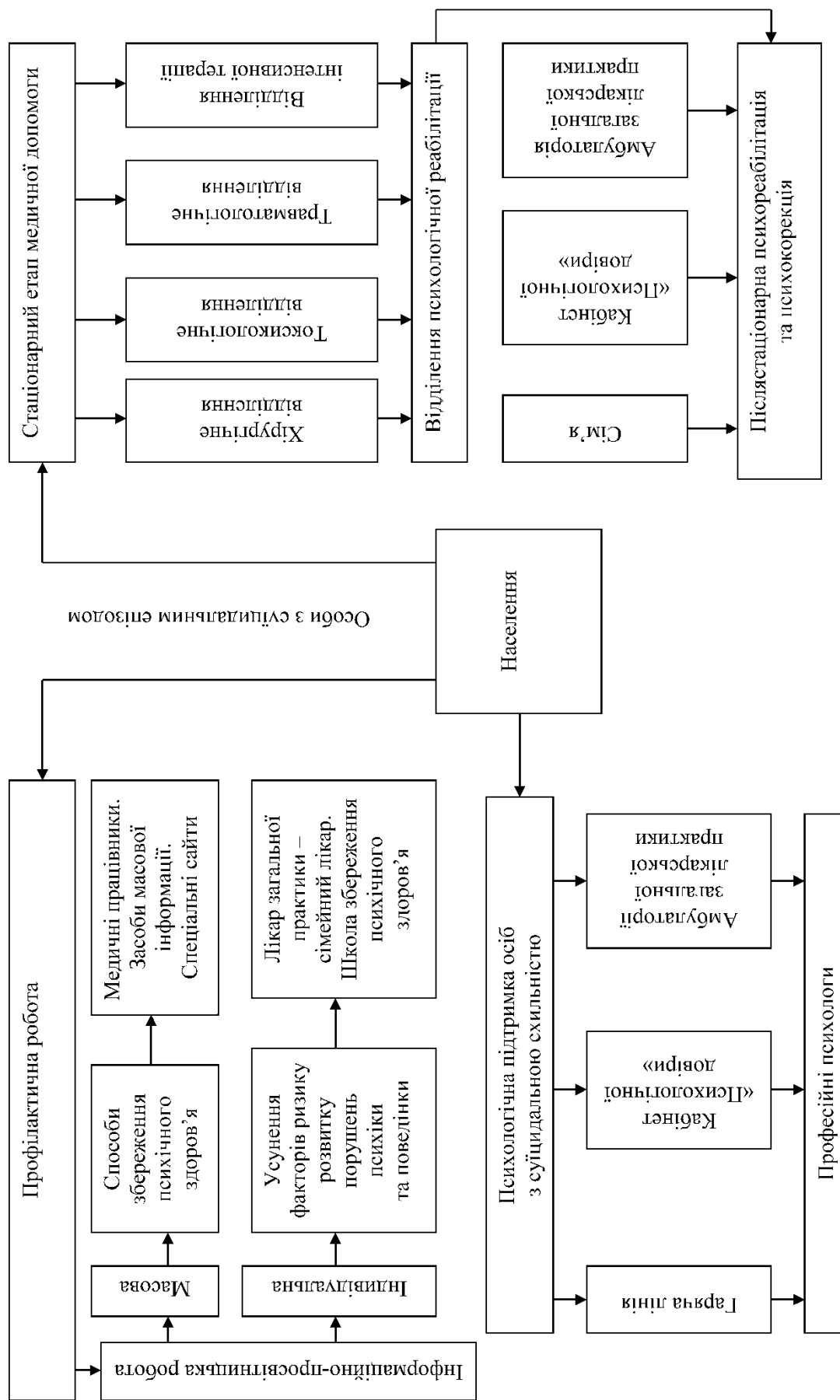


Рис. Функціонально-організаційна модель антисуїцидальної допомоги

Ключовою ідеєю моделі є послідовне вирішення пріоритетного завдання з підвищення ефективності профілактичних заходів щодо попередження саморуйнівної поведінки населення в критичних станах і забезпечення соціально-психологічної адаптації після суїцидальної спроби.

Центральним елементом запропонованої моделі є населення, враховуючи визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, що четверть людей хоча б 1 раз у житті переживає кризовий у психологічному плані стан, із розподілом його на групи можливого високого рівня соціально-стресових розладів і саморуйнівної поведінки.

Завдання антисуїцидальної допомоги:

- проведення широкої масової та індивідуальної профілактичної роботи;
- надання психологічної допомоги особам у критичних станах та особам із вираженою саморуйнівною поведінкою;
- надання стаціонарної допомоги особам, які скоїли суїцидальну спробу;
- проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли суїцидальну спробу після проведеного стаціонарного лікування.

Розглянемо кожне завдання з точки зору його реального виконання.

#### ***Проведення широкої масової та індивідуальної профілактичної роботи***

Вирішення цього завдання полягає в інформуванні населення про способи профілактики та пом'якшення дії стресових ситуацій, збереження психічного здоров'я, а також в інформуванні про місця та види психологічної підтримки й допомоги при критичних станах.

Форми інформування та канали комунікації з населенням можуть бути різними: від індивідуальних бесід лікарів загальної практики – сімейних лікарів із пацієнтами до висвітлення даних питань у засобах масової інформації (ЗМІ). Важливе значення має створення сайтів збереження психічного здоров'я як закладами охорони здоров'я, так і професійними громадськими організаціями. Особливу увагу має приділяти система громадського здоров'я, яка наразі створюється в Україні.

Вагомий внесок в ефективність профілактичної роботи можуть зробити працівники первинної медико-санітарної допомоги шляхом організації роботи «Шкіл збереження психічного здоров'я населення», графік роботи яких має знати доросле обслуговуване ними населення.

#### ***Надання психологічної допомоги особам у критичних станах та особам із вираженою саморуйнівною поведінкою***

Надзвичайно важливе завдання моделі, яке полягає в тому, що особи з високим рівнем саморуйнівної поведінки та в критичних у психологічному плані станах мають отримати в необхідний час висококваліфіковану психологічну підтримку. Вирішувати це завдання мають спільно регіональна і місцева влада, медичні працівники, служби громадського здоров'я, громадські організації.

Заходами його вирішення можуть стати такі кроки: створення і організація цілодобової роботи телефонних гарячих ліній та кабінетів «Психологічної довіри», досвід яких у країнах світу з високим рівнем суїцидальної поведінки населення показав високу ефективність. Для вирішення даного завдання необхідно підготувати в країні значну кількість професійних кваліфікованих психологів.

#### ***Надання стаціонарної допомоги особам, які скоїли суїцидальну спробу***

Відділення, в якому має надаватися інтенсивна медична допомога при суїцидальній спробі, відповідає механізму суїциду: хірургічне, токсикологічне, реанімаційне тощо. Важливим є те, щоб із появою в пацієнта свідомості почати проводити заходи психологічної корекції та психологічної реабілітації. Після лікування пацієнта у фізичному плані він обов'язково має пройти стаціонарну психологічну реабілітацію. Для цього мають бути створені умови у відділеннях кризових станів або у відділеннях медико-соціальної реабілітації. Тактично вірно, коли даний етап реабілітації проводитиметься не у відділеннях закладів психіатричного профілю, а в закладах загального профілю (за винятком хворих на психічні розлади). Проведення стаціонарного лікування на всіх етапах потребує спеціальної підготовки та кваліфікації медичного персоналу.

#### ***Проведення психосоціальної реабілітації особам, які скоїли суїцидальну спробу після проведеного стаціонарного лікування***

Вирішення даного завдання є важливим кроком у соціальній адаптації особи, яка скоїла суїцидальну спробу, а даний етап – обов'язковим. Закладом, де може бути здійснений післястаціонарний етап психокорекції та психореабілітації, має бути кабінет «Психологічної довіри». Обов'язковою умовою діяльності даного кабінету, як і надання допомоги на всіх інших етапах, є збереження конфіденційності інформації про пацієнта і факт його звертання по медичну допомогу.

Крім кабінетів «Психологічної довіри», реабілітаційні заходи можуть проводитися і в амбулаторії загальної лікарської практики. Умовою для цього може бути наявність в амбулаторії кваліфікованого психолога або відповідна підготовка лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Надзвичайно важливою умовою ефективною психологічної реабілітації та можливості повторення випадку саморуйнівної поведінки є психологічний клімат у сім'ї та психологічна підтримка потерпілої особи членами родини. Слід враховувати, що стигма в сім'ї тільки посилить рівень саморуйнівної поведінки. Тому сім'я, до появи потерпілої особи після виписки зі стаціонару, має бути підготовлена. Така підготовка членів родини, а в подальшому і їх психологічний супровід, здійснюється професійним психологом.

Для практичного впровадження запровадженої моделі в практику охорони здоров'я та громадського здоров'я нами розроблено відповідний алгоритм (табл.).

Таблиця  
Алгоритм впровадження функціонально-організаційної моделі  
антисуїцидальної допомоги в систему охорони здоров'я України

Етап впровадження	Рівень впровадження		
	центральний	регіональний	місцевий
Перший (6–8 місяців)	Прийняття необхідних законодавчих та нормативно-правових актів. Комунікації з цільовими групами	Підготовка стратегічного плану створення антисуїцидальної служби	Інформування про перспективи створення антисуїцидальної служби
Другий (до 6 місяців)	Створення системи підготовки кадрів. Розробка методичного забезпечення. Комунікації з цільовими групами	Визначення потреб у структурі і мережі служби та ресурсах. Розрахунки потреби необхідного персоналу. Комунікації з медичними працівниками, ЗМІ, населенням	Обрахування потреби в ресурсах. Комунікації з населенням
Третій (до 1 року)	Підготовка кадрів служби. Аналіз та усунення ризиків та проблем. Комунікації з цільовими групами	Організація роботи «Гарячої лінії». Визначення джерел фінансування. Комунікації з населенням	Організація кабінетів «Психологічної довіри». Дооснащення сімейних амбулаторій. Комунікації з населенням.
Четвертий (постійний)	Методичний супровід. Підготовка кадрів. Моніторинг та оцінка	Контроль за визначеними індикаторами. Фінансування	Забезпечення комплексного надання профілактичної та реабілітаційної допомоги

Даний алгоритм передбачає заходи нормативно-правового та організаційного характеру. Особливої уваги потребує підготовка достатньої кількості психологів, працівників системи громадського здоров'я та спеціально підготовлених медичних працівників. Для підготовки медичних працівників пропонується впровадити у вищих медичних навчальних закладах післядипломної освіти курси тематичного удосконалення з особливостей надання медичної допомоги пацієнтам із високою саморуйнівною поведінкою.

#### Висновки

Наведено функціонально-організаційну модель антисуїцидальної поведінки. Ключовою ідеєю моделі є послідовне вирішення пріоритетного завдання з підвищення ефективності профілактичних заходів щодо попередження саморуйнівної поведінки населення в критичних станах і забезпечення соціально-психологічної адаптації після суїцидальної спроби.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у продовженні вивчення даної теми.

#### Література

1. *Европейская база данных «Здоровье для всех»* [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. — Режим доступа : [http://data.euro.who.int/hfad/b/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html). – Название с экрана.
2. *Загородній С. М.* Характеристика саморуйнівної поведінки населення України / С. М. Загородній, В. М. Якимець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 35–39.
3. *Здоровье и системы здравоохранения : доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г.* – Женева : ВОЗ, 2009. – 178 с.
4. *Кульчицька Т. К.* Особливості стану здоров'я різних груп населення / Т. К. Кульчицька, Н. О. Кульчицька, Г. В. Лізунова // Матеріали X з'їзду ВУЛГ. – Київ, 2009. – С. 316–317.
5. *Мировая статистика здравоохранения, 2009 г.* – Женева : ВОЗ, 2009. – С. 100–104.
6. *Нуллер Ю. Л.* Структура психических расстройств / Ю. Л. Нуллер. – Киев, 2008. – 139 с.
7. *Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда : доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.* – Женева : ВОЗ, 2001. – 167 с.

8. Юрьев Е. Системы психиатрической помощи: возможные модели управления и реформирования / Е. Юрьев // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2003. – № 1–2. – С. 124–138.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.08.2016 р.

### Характеристика функционально-организационной модели антисуицидальной помощи

Н.С. Защик

ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – разработать и представить современную функционально-организационную модель антисуицидальной помощи в условиях реформирования системы здравоохранения Украины.

**Материалы и методы:** библиосемантический, структурно-логического, концептуального моделирования. Методологией исследования стал метод системного подхода.

**Результаты.** Предложена функционально-организационная модель антисуицидальной помощи в Украине. Задачи модели: проведение комплексной профилактической работы; предоставление психологической помощи лицам в критических состояниях и лицам с выраженным саморазрушительным поведением; предоставление стационарной помощи лицам, которые совершили суицидальную попытку; проведение психосоциальной реабилитации лицам, которые совершили суицидальную попытку после проведенного стационарного лечения. Представлен алгоритм внедрения модели в систему здравоохранения.

**Выводы.** Ключевой идеей модели является последовательное решение приоритетной задачи по повышению эффективности профилактических мер предупреждения саморазрушительного поведения населения в критических состояниях и обеспечения социально-психологической адаптации после суицидальной попытки.

**Ключевые слова:** саморазрушительное поведение, профилактика, помощь, функционально-организационная модель.

### Characteristics of functional-and-organizational model of antisuicidal aid

N.S. Zashchik

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to work out and present contemporary functional-and-organizational model of anti-suicidal aid in the frames of reforming the system of health care in Ukraine.

**Materials and methods:** bibliosemantic, structural-and-logical, method of conceptual modeling. Systemic approach method was used as methodology of research.

**Results.** Functional-and-organizational model of anti-suicidal aid in Ukraine is proposed. Applications of the model are: carrying out comprehensive preventive work; providing psychological assistance to persons in critical conditions and people with pronounced self destructive behavior; providing permanent assistance to persons who have committed a suicidal attempt; carrying out psychosocial rehabilitation of persons who have committed a suicidal attempt after in-patient treatment. The algorithm of model implementation in the system of health care is presented.

**Conclusions.** A key idea of the model is a consistent solution of priority tasks of improving the efficiency of prophylactic measures on prevention of self-destructive behavior in critical conditions and provision of social and psychological adaptation after a suicidal attempt.

**Key words:** self destructive behavior, prevention, aid, functional-and-organizational model.

### Відомості про авторів

Защик Наталія Сергіївна – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.