УДК 159.9.07, 616.89 – 008, 454 – 053.2.

Деякі психогігієнічні та методологічні аспекти психічного здоров'я підростаючого покоління на регіональному рівні

Мєшков В. М.

Мєшков В. М.
ТМО «Психіатрія» в м. Києві
Міський науковий інформаційно-методичний центр з організації психіатричної допомоги

Резюме. Статья посвящена состоянию психического здоровья детей. Предложены профилактические и управленческие мероприятия по их улучшению.
Ключовые слова: Психическое здоровье, дети, управление, профилактика.

Some psychohygienic and methodological aspects of the mental health of the younger generation at regional level

Meshkov V .M.

Resume. The article is dedicated to psychic health children. The preventive measures of management are recommended for improvement.
Keywords: Psychic health, children, management, preventive maintenance.

Проблемі психічного здоров'я дітей та підлітків приділяють важливе значення[1]. Так як, в наш час простежується зростанням психогенних впливів, інформаційних навантажень, неадекватного виховання та інше[2].

В науковій літературі є роботи присвячені даному напрямку[3].

За даними Назарової Е.В. та інших, розповсюдженість захворювань порушень психіки та поведінки у дітей за останнє десятиріччя зросла в 1,6 рази[4].

Погіршились показники готовності дітей до навчання в школі. Знизився інтегральний показник розумової працездатності першокласників (з 1,48 до 1, 13 умовні од.). Зросла кількість дітей з недостатнім рівнем розвитку функцій необхідним для навчання в школі (з 21,2 до 41,4%). Різке збільшення інтенсивності навчання в учбових класах, в поєднанні з низькими функціональними можливостями та високою частотою порушень здоров'я розвитку призвели до того, що вже в середній школі в повному обсязі її пересилюють не більш як 10% школярів[5].

Побутує проблема вживання психоактивних речовин[6]. Дослідження свідчать, що серед споживачів наркотичних речовин, 20% складають школярі, 60% — молодь у віці 16-30 років. Середній вік становить 15-17 років, збільшується процент вживання наркотиків дітьми 9-13 років [7].

Тому, постійний моніторинг психічного здоров'я дітей та підлітків, вивчення впливу чинників ризику та вдосконалення первинної профілактики психічних захворювань, вживання психоактивних речовин на регіональному рівні має важливе значення.

І розглядається в якості стратегічних інвестицій, яка забезпечить отримання в довготривалій перспективі позитивного наслідку і страхуватиме кожну дитину, народжену зі здоровою ЦНС, від психофізичної травматизації та підтримувати його інтелектуальні, емоційні і соціальні зростання.

Метою нашого дослідження було проведення моніторингу стану психічного здоров'я психічного дітей (0-17) років м. Києві та Київської області. Впливу чинників ризику, удосконалення стандартів первинної профілактики психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин.

Методи дослідження

Були проаналізовані наукові джерела та статистичні дані Київського міського науково-аналітичного центру медичної статистики та Центру медичної статистики МОЗ України за 2004-2013 р.р. [8].

В наш час, певне значення має встановлення взаємин причинно-наслідкового зв'язку впливу неблагоприємних чинників, як соціальних так і навколишнього середовища на стан психічного здоров'я дітей. Аналіз свідчить, що корені первинної профілактики проникають ще період раннього дитинства. В подальшому пов'язано з особливостями розвитку організму та формуванням особистості, умовами та ритмом життя.

Важливим тут є — формування здорового способу життя, розвиток особистості: 1) інформаційні і освітні програми, які направлені на навчання продуктивних поведінкових стратегій в кризових ситуаціях; 2) зниження ризику вживання наркотичних та психоактивних речовинам.

На виникнення соматичних і психічних захворювань підростаючого покоління впливають некеровані і керовані чинники ризику, які поділяють на три групи: освітні, біологічні (особисто-психологічні), соціальні (соціокультуральні та етнокультуральні)[9].

Як відомо, освітні шкільно — середовищні чинники ризику впливають на школярів протягом всього періоду навчання. Важливу вагу в збереженні психічного школярів відіграє у них достатніх адаптивних можливостей до освітнього середовища та учбової діяльності.

Так, дошкільнята та учні 1-х класів опиняються в новому освітньому середовищі, де знаходяться протягом тривалого часу. Періодично створюючи для них психологічні труднощі, це перехід від гри до роботи, від сім'ї до колективу, від повної активності до певної дисципліни. Школярі 5-х класів переходять до предметної форми навчання. В 9-му та 11 класів проводиться профорієнтація та профільне професійне навчання. Школярам необхідно пристосовуватись до вимог учбового процесу, «техномодернізація» суспільства, потреби ускладнення учбових програм. Простежуються та нав'язуються елементи змагальності в школі. Це — орієнтація на високі показники в навчанні. До шкільних стресових ситуацій можна приєднати відсутність дружніх стосунків але і конфлікти в дитячих колективах, які проявляються обідами, глузуваннями та погрозами.

Крім того, на дану групу школярів впливають сильні стресогенні неспецифічні чинники ризику. Авторитарний та деспотичний стиль поведінки певної категорії вчителів в спілкуванні с учнями. Учбове перевантаження, відповідно до основних санітарно-гігієнічних норм освітнього процесу, може сприяти виникненню у дітей емоційного та розумового перевтомлення та негативно віддзеркалюватись на стані їх здоров'я.

Адаптація організму школярів в даний період супроводжується кризовими станами. Так, у віці 2,5–4 роки в період першого пубертатного кризу — формується самоствердження, становлення особистості, формування самооцінки та система відносин. В період другого пубертатного кризу 7–9 років адаптація до початкової школи. В 11–13 років (третій пубертатного криз) під час адаптації до школи[10].

Простежується у школярів гіподинамія. Так, рухова активність у молодших школярів займає біля 19% добової потреби у русі. До 80% діти знаходяться в статичному стані в приміщеннях. Основною формою фізичного виховання школярів залишаються уроки фізкультури. які компенсують дефіцит рухової активності всього на 10-15% [11].

До біологічних чинників ризику можна віднести: антенатальні, перинатальні та ранні постнатальні розлади життєдіяльності організму (недоношеність, недостатня маса тіла, асфіксія, тяжкі захворювання).

З року в рік збільшується відсоток дітей народжених хворими, серед яких значний відсоток з вродженими вадами розвитку. Розповсюдженість яких в м. Києві в 2013році становила 15,8(на 10 тис. населення). Дефекти в стані здоров'я дітей являються причиною 78% летальних випадків на першому році життя і 33% випадків ранньої дитячої інвалідності. Викликаючи обмеження біологічних і психологічного дефіциту, що негативно відображається на процесі їх соціалізації і реінтеграції в суспільстві[12].

Відомо, що проявом пренатального ураження ЦНС у дітей, являється дефіцит уваги з гіперактивністю, яка веде до соціальної дезадаптації[13].

Важливий вплив мають також соціальні чинники (соціокультуральні та етнокультуральні), до яких можна віднести: хронічні конфлікти в сім'ї, виховання дітей родичами, зловживання батьками алкогольними напоями, діти з малозабезпечених сімей. розпад сім'ї, гіперопека. В якості нових соціальних психогенній виділяються: безробіття, міграція, зміна місця роботи зі зниженням соціального статусу, втрата житла, фінансова неспроможність.

Аналіз стану соматичного здоров'я дітей віком від (0-17) років вказує, що в м. Києві в 2013 році, в структурі поширеності захворювань — 1-ше місце займали органи дихання — 52,3%, 2-ге — хвороби органів травлення — 10,4%, на 3-му місці — шкіри та підшкірної клітковини — 4,5%.

В структурі первинної захворюваності, органи дихання займали 1-ше місце, питома вага яких становила — 68,5%, травми та отруєння — були на 2-му місці — 7,2%.

Результати медико — психологічних досліджень засвідчили, що у підлітків з хронічними захворюваннями в 2,5-3 рази частіше, ніж у здорових, виявляється соціально-психологічна дезадаптація: неефективність учбової діяльності, порушення поведінки та інше[3].

Моніторинг стану психічного здоров'я дітей віком (0-17)років м. Києва та Київської області та Україні. свідчать, що в період з 2004 по 2013 рр. захворюваність знизилась відповідно: з 446,6 до 245,7; 385,5 до 290,1 та 488,8 до

396,6 (на 100 тис. дитячого населення), темп зниження становив: 45,0%; 32,9% та 18,9%.

Поширеність в Києві та Україні знизилась відповідно: з 2842,4 до 1921,9 та з 2845,6 до 2487,8 (на 100 тис. дитячого населення). Темп зниження 32,4% та 12,6%. В Київській області показник збільшився з 2248,7 до 2276,0 (на 100 тис. дитячого населення), приріст становив — 1,2%.

Як бачимо, показники захворюваності та поширеності порушень психіки та поведінки в м. Києві динаміці років знизилась, а Київській області трохи зросла.

Аналіз захворюваності та поширеності дітей віком від 0-17 років по нозологіям виявив слідуючи тенденції:

На 1 — му ранговому місці були — розлади психіки непсихотичного характеру. Так, в м. Києві, Київській області та Україні захворюваність в динаміці 2004 — 2013рр. зросла відповідно: з 324,3 до 371,6; 269,0 до 318,3 та 334,9 до 377,6 (на 100 тис. дитячого населення). Темп приросту становив: 14,6%; 18,3% та 12,8%.

В поширеності простежувалась дещо інша тенденція (рис.1). Якщо в м. Києві та по Україні простежувалось зниження показника, темп зниження становив відповідно: 36,0% та 10,1%. То в Київській області був приріст — 1,0%.

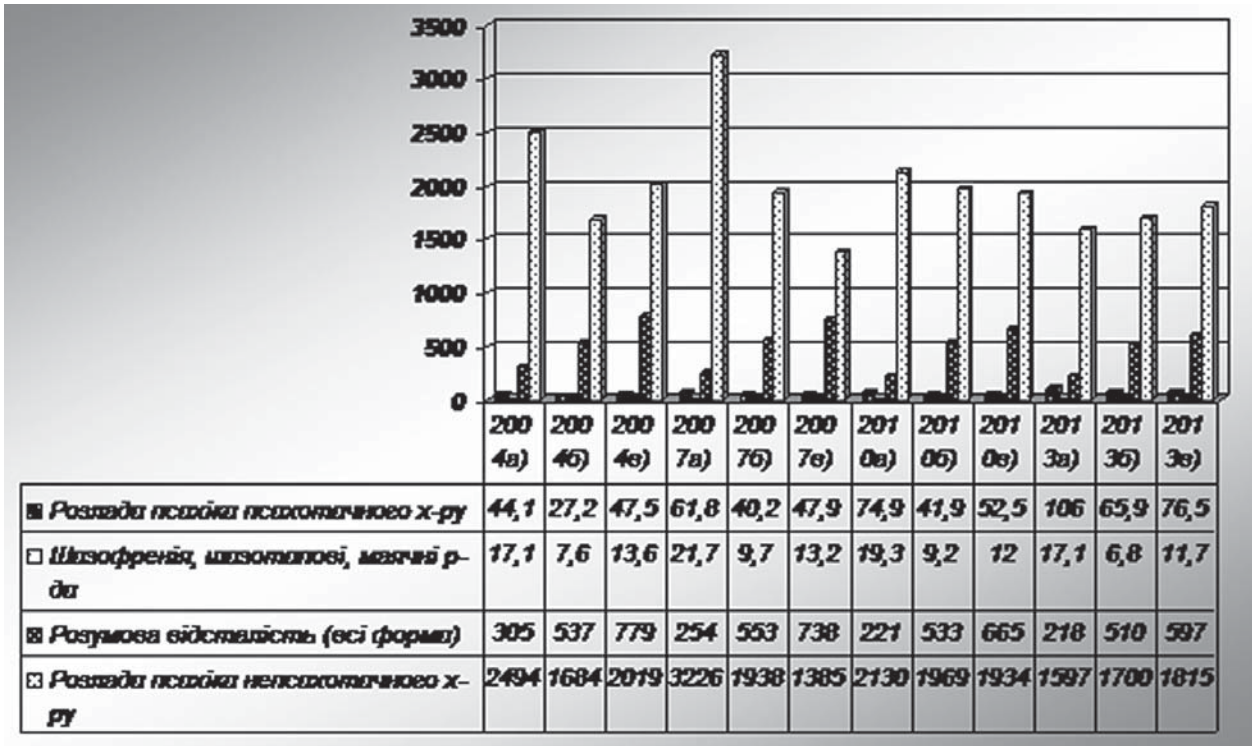
Своєчасне виявлення розладу аутизму має велике прогностичне та профілактичне значення [14].

Так, захворюваність зі спектру аутизму в м. Києві в динаміці з 2004 по 2013рр. зросла з 2,8 до 15,1 (на 100тис. дитячого населення),темп росту становив — 4,4%, в Київській області, відповідно з 1,1 до 12,7 (на 100 тис. дитячого населення), темп росту — 91,3%, по Україні з 1,0 до 9,1 (на 100 тис. дитячого населення). Аналогічна тенденція простежувалась і в поширеності, яка в м. Києві зросла в 5,9 рази і становила — 85,5 (на 100 тис. дитячого населення), в Київській області зросла в 2,4 рази, з 5,9 до 42,5 (на 100тис. дитячого населення), по Україні показник зріс в 8,4 рази і в 2013 році становив 48,2 (на 100 тис. дитячого населення).

Як бачимо, простежується динамічне зростання захворюваності та поширеності спектру аутизму в м. Києві так і Київській області. що значне підвищення виявляємості.

На 2-му місці — розумова відсталість(всі форми). Аналіз зареєстрованої захворюваності свідчить, що вона в динаміці 2004 — 2013рр. в м. Києві, Київській області та Україні знизилась відповідно: з 20,8 до 17,5; 77,3 до 63,9 та 96,4 до 62,7 (на 100 тис. дитячого населення). Темп зниження становив відповідно: 15,9%; 17,3%; 35,0%. В поширеності простежувалась аналогічна тенденція. Темп зниження становив — 28,5%; 5,0%; 23,4%.

На 3-му — розлади психіки психотичного характеру. Стан захворюваності в м. Києві динаміці



	2004а)	2004б)	2004в)	2007а)	2007б)	2007в)	2010а)	2010б)	2010в)	2013а)	2013б)	2013в)
Розлади психіки психотичного х-ру	44,1	27,2	47,5	61,8	40,2	47,9	74,9	41,9	52,5	106	65,9	76,5
Шізофренія, шизотипові, маячні р-ди	17,1	7,6	13,6	21,7	9,7	13,2	19,3	9,2	12	17,1	6,8	11,7
Розумова відсталість (всі форми)	305	537	779	254	553	738	221	533	665	218	510	597
Розлади психіки непсихотичного х-ру	2494	1684	2019	3226	1938	1385	2130	1969	1934	1597	1700	1815

Рис. 1

Показники поширеності психіки та поведінки дітьми (0-17)років в динаміці 2004-2013 рр. (на 100 тис. дитячого населення).

Примітка: а) Київ; б) Київська область; в) Україна

2004–2013 рр. свідчить, що показник зріс з 9,5 до 18,3(на 100 тис. дитячого населення),в 1,92 рази. В Київській області та по Україні простежувалась аналогічна тенденція: з 5,0 до 15,9 та з 7,7 до14,3(на 100 тис. дитячого населення), зростання було: в 3,9 та 1,8рази.

Поширеність в м. Києві, Київській області та Україні зросла, відповідно: 2,41; 2,42 та 1,61 рази.

На 4-му — шизофренія, шизоафективні психози, шизотипові розлади.

Так, захворюваність в м. Києві, Київській області та Україні до 2013 рр. зросла відповідно: з 1,8 до 3,2 в 1,7 рази; з 0,6 до 1,3, в 2,2 рази та з 1,2 до 3,0 (на 100 тис. дитячого населення), 2,5 рази. В поширеності в м. Києві в динаміці простежувалась стабілізація показника (Рис.1). То в Київській області було зниження, темп зниження становив — 10,5%. По Україні було зниження — 11,6%.

Як бачимо, показники захворюваності та поширеності порушень психіки та поведінки в Києві, Київській області та по Україні динаміці років мали тенденцію до зниження. Простежувалось певне зростання розладів психотичного характеру та дитячого аутизму.

Певними причинами такого становища є недостатня виявляємість, статистичний недооблік звернень пацієнтів до лікарів поліклінічних закладів соматичного профілю з приводу розладів психіки та поведінки.

Питома вага дітей таких складає — 6,3%, від всього контингенту хворих, та 15,2% вперше виявлених. У підлітків цей показник становив відповідно — 1,1% та 0,9% [Дмитреева Т.Н., 2008].

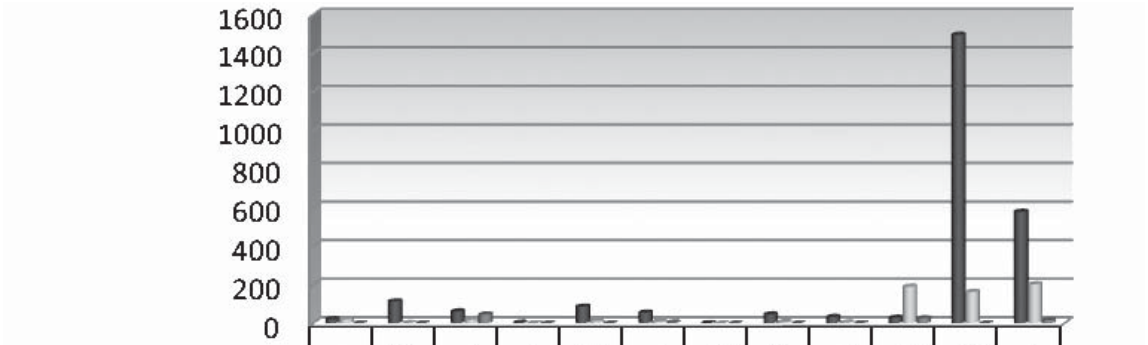
Тут треба враховувати, також певні труднощі в доступності до первинної психіатричної допомоги дітей, які проживають в сільській місцевості Київської області. Адже перший контакт в системі охорони психічного здоров'я дітей являється першорядним. Тому, вага центрів первинної медико-санітарної допомоги в не диспансерному наданні психіатричної допомоги має постійно вдосконалюватись[14].

В загальній популяції, не менш як 15% населення страждає від психічних розладів, прояв яких носить донозоологічні форми.

Так, у певної частини дітей виявляється чималий пласт психологічних проблем (панівний рівень тривожності, недорозвиток емоційної сфери, дискомфорту в сім'ї, низькою самооцінкою. Відмічається зниження комунікативних навичок, шкільної і сімейної агресії. Ці чинники, сприяють розвитку виразних дезадаптаційних реакції.

В подібному психологічний дискомфорті дитина може знаходитись тривалий час і може мати зворотній характер. При посиленні впливу чинників ризику, виникає перенапруження регуляторних систем, який провокує виникнення психологічний розладу. Який характеризуються психосоматичними змінами, неадекватною соціальною та фізіологічною адаптацією. Це може бути поштовхом до невротичних реакції і перетворення донозоологічної до первинної симптоматики.

Профілактичні заходи порушення психічного здоров'я школярів можна втілювати в життя в умовах загальноосвітніх закладів.



	а) (2007)	б)(0-17)	в)	а) (2010)	б)	в)	а)(2013)	б)	в)	а)(2013)	б)(15-35)	в)
Гост.інт.алк.	21,	114	62	3,9	86,	55,	1,5	46,	33,	28,	149	578
Наркотики	21	2,5	19,	1,1	13,	10	0,2	7,2	5,6	190	163	203
Інш.псих.реч.	0,7	1,2	45,	0,2	0,3	5,1	0	0	1	26	0,4	16,

Рис. 2

Показники поширеності гострих отруєнь психоактивними речовинами дітьми віком (0-17) років та молодью віком (15-35) в динаміці 2007-2013 рр. (на 100000 населення)

Примітка: а) Київ; б) Київська область; в) Україна

Останнім часом продовжують спостерігатись у дітей асоціальні форми поведінки, які пов'язані з ризиком для життя.

Аналіз поширості гострих отруєнь психоактивними речовинами дітей від (0-17) років в період з 2005-2013 рр. свідчить про слідуючи (Рис. 2).

Так, показник інтоксикації від алкоголю в м. Києві так і Київської області мав тенденцію до зниження. Темп зниження показував відповідно: 0,4% та 0,6%, по Україні відповідно — 0,5%.

Показник зареєстрованої поширеності інтоксикації від наркотиків (опіоїдів, каннабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інші) мав тенденцію до зниження. Темп зниження ставив відповідно: 0,9%; 0,7%. По Україні — 0,7%.

Розбір показників поширеності інтоксикації від вживання інших психоактивних речовин(седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів).

Як видно з рис. 2, в м. Києві та Київській області в 2013 році не було зареєстровано ні одного випадку. По Україні показник становив — 1,0(на 100 тис. дитячого населення) (81 особа).

Разом з тим, розгляд статистичних показників поширеності інтоксикації від вживання алкоголю молод'ю віком від (15-35)років в 2013 році, свідчить про слідуючи: в порівнянні з показниками у дітей віком від (0-17) років в м. Києві зросли в 19 разів (254 особи), в Київський області — в 32 рази і абсолютний показник становив — 7271особи. По Україні показник зріс в 17 разів(578 особи).

Інтоксикація від наркотичних речовин наркотиків (опіоїдів, каннабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інші) в м.Києві зросла з 0,2(на 100 тис.населення) до 190,1(на 100 тис. населення) і становила — 1673особи. В Київській області показник зріс в — 34,4 рази. По Україні відповідно — в 58,8рази і становив 26341особи.

Показники інтоксикацій іншими психоактивними речовинами (седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів) свідчать, що в м. Києві у молоді(15-35) років було зареєстровано — 229 осіб, в Київській обл. — 2 особи. По Україні зріс в 26,4 рази і становив — 2136 осіб.

Аналіз свідчить, що в м. Києві та у дітей віком від (0-17років) вже тривалий час не реєструються тютюнокуріння (F 17.1), в Київській області показник поширеності становив — 1,3 (на 100 тис. дитячого населення), абсолютний показник становив — 4 особи. Всеукраїнський показник становив — 26,9 (на 100 тис. дитячого населення), абсолютний показник відповідно — 2150 осіб. Разом з тим, покажчик формувався тільки з 5-ти адміністративних територій (Харківській, Дніпропетровській, Житомирській, Сумській та Чернігівській області), що в певній не відображає реальну ситуацію з тютюнокурінням в країні.

Проведені у США, наукові дослідження ствержують, що якщо молоду особу у віці 10 — 21рік стримати від тютюнокуріння, алкоголю, наркотиків, вирогідність, що ця людина опиниться серед наркоманів дорівнює нулю [7].

Разом з тим, в порівнянні з зареєстрованими випадками сповживання психоактивних речовину дітей віком від 0-17 років, виникіє значне зростання кількості випадків у молоді віком від 15 до 35 років.

Це свідчить, що у дітей не сформована виразна негативна мотивація по відношенню до вживання в психоактивних речовин. Існує певний розрив між рівнем гігієнічних знань і поведінки індивіда.

Як відомо, трансфмація знань в нормі поведінки підлітка відбувається не відразу, а поступово: 1-й етап — отримання медичної інформації; 2-й етап — формування інтересу до отриманої інформації; 3-й етап — прийняття рішення (зміна мотивації поведінки) особливо при вживанні психоактивних речовин.

Тому, своєчасна та достовірна інформація про вплив на здоров'я вживання психоактивних речовин школярами в освітніх закладах, полегшить встановленню медико — гігієнічної норми поведінки.

Одним з найбільш фатальних наслідків психічних розладів у дітей та молоді, являються самогубства, які в певній мірі являються потаємною причиною смерті.

В період з 2009 по 2013 рр.самогубства в м. Києві зросли з 3,69 по 4,30 (на 100 тис. населення), темп приросту становив — 16,5%. По Україні відповідно — 20,6 (на 100 тис. населення).

Серед дорослого населення в 2013 р. в м. Києві скоїли спробу самогубства 57 осіб, завершились смертю — 14%(8 осіб). В Київській області — 11 осіб, завершились смертю — 7. Всеукраїнський показник становив — 860 чоловік, завершились смертю — 27,8% (239 осіб). Наприклад, серед дітей віком від (0-17) років в 2010 році в Україні скоїли самогубства — 182 особи, в Київській області — 11, в м. Києві — 1 особа [8].

Тут важливим є попередження дефектів виховання, особливо в ранньому дитячому віці — до 5-6 років. Саме в цьому періоді формується основа особистості індивіда, яка по мірі подорослення накопичує риси гармонічної, психологічно стресостійкої, впевненої в собі особистості. Або в противагу — уразливої, залежної, пасивної, схильної до депресивного реагування. При біологічної схильності підвищується їх ризик[14].

Важливо посилити контроль психолого-педагогічного діяльності освітніх закладів по

виявленню суциїдально загрозливих станів, вивчення проблем сім'ї, підліткового та молодіжного середовища; орієнтувати освітню діяльність та формувати у молодих людей адекватної самооцінки і широкого спектру адаптивної поведінки в кризових стосунків.

Важливим тут є:

1) Непряма профілактика — це своєчасне виявлення стресорів та життєвих проблем;
2) Проведення занять з батьками з метою підвищення рівня знань з проблем суїцидів [15].

Реалізація комплексу заходів направлених на профілактику психічного здоров'я серед дітей неможливо без підвищення рівня знань цільових контингентів(батьків, вчителів, медпрацівників) для формування активної негативної позиції [8;16] (Рис. 3).

З медпрацівниками вивчення впливу освітніх шкільне обумовлених чинників ризику на розвиток психічних розладів, наявність функціональних відхилень різних систем організму, рівня фізичного розвитку, гострої та хронічної захворюваності тривалість та тяжкість протікання їх та інше.

Лікар-педіатр проводить лікувально-діагностичну допомогу дітям з психосоматичними розладами.

На етапі донозоологічної діагностики порушень психічного здоров'я дітей можна використовувати скринінг — тест, який включає прояви порушень, які характерні для різних вікових груп:

1. Вік дитини від народження до 1-го року — кволість, сонливість, недостатня реакція на оточуюче середовище;
2. Вік від 2 до 3 років — запізнені навички стояння, ходьба, поява перших слів;
3. Дошкільний вік — слабий розвиток навиків самообслуговування, нестаток словарного запасу;
4. Молодший шкільний вік — неможливість засвоєння програми початкових класів загальноосвітньої школи;
5. Прояви не притаманні дитячому віку;
6. Порушення виробки учбових навичок (читання, письмо, рахування);
7. У випадку збереження ознак порушення розвитку на певному етапі онтогенезу не менш як на 6 міс. виникає необхідність направлення до дитячого психіатра [14].

Можливість кваліфікованих вчителів виявити емоційні проблеми учнів в певному сенсі являється важливою частиною первинної та вторинної профілактики, а також своєчасного кризового втручання.

Формування здоров'я — педагогічний процес, орієнтований на навчання школяра основам здорового способу життя. Збереження здоров'я педагогічний процесс направлений на створення здоров'є зберігаючих умов для росту, розвитку, навчанню протистоянню негативних змін в стані здоров'я дитини.

На засаді освітніх етапів — мотиваційного, когнітивного, операційно-діяльного, рефлексивного, проводити навчання та виховання здоров'єзберігаючого характеру, оцінку психічного благополуччя та шкільної успішності [17].

Шкільний психолог проводить поглиблену психологічну діагностику, вивчення сімейних чинників ризику, консультації сім'ї. Проводити скринінгову оцінку ступеня ризику виникнення донозоологічних порушень у стані психічного здоров'я школярів:

1) Рівень нейротизму (особистісний опитувальник Г. Айзенка);
2) Рівень вираження фаз розвитку емоційного вигорання(методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойка);
3) Рівень ситуативної та особистісної тривожності (опитувальник Ч. Спілбергера);

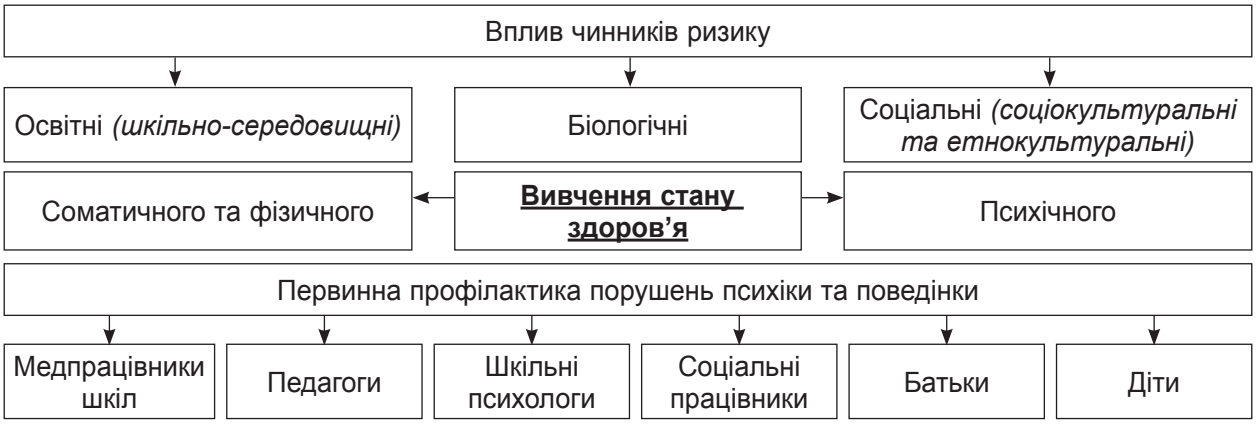


Рис. 3

Примірна функціональна схема взаємодії дитячої поліклініки, та Центру первинної медико-санітарної допомоги по первинній профілактиці психічного здоров'я школярів освітніх закладів

4) Рівень шкільної тривожності(Методика рівня шкільної тривожності Б.Філліпса);
5) Рівень показників агресивності(Методика агресії А. Басса та А. Дарки);
6) Рівень вираження депресії (Психометрична шкала В. Цунга).

В подальшому, на підставі визначення за формулою величин інтегрального показника оцінки психічного стану(ІПОПС) обґрунтовують висновок щодо рівня психічного здоров'я кожного учня та виявляють осіб, які потребують запровадження заходів психогігієнічної корекції:

$$ІПОПС = Н + ЕВ + Т + ШТ + А + Д,$$

де *Н* — рівень нейротизму, *ЕВ* — рівень емоційного вигорання, *Т* — рівень тривожності, *ШТ* — рівень шкільної тривожності, *А* — рівень агресивності, *Д* — схильність до депресії)[3].

Соціальний працівник займається виявленням чинників ризику, консультацією з соціальних проблем.

Сумісно з батьками, вивчення порушень розвитку дитини в пре та постнатальної патології. Характеру внутрішньо сімейних відносин, комунікативних здібностей та порушень поведінки, положення дитини в сім'ї. Створення підвалин застосування та контроль за набуттям навичок здоров'є збереження в повсякденному житті.

На підставі вищевикладеного, можна зробити слідуючи **висновки та пропозиції**:

1. Проведений аналіз свідчить, що показники зареєстрованої захворюваності та поширеності у дітей віком від 0-17 років протягом останніх років має тенденцію до зниження, крім розладів психотичного характеру та дитячого аутизму — де простежувалось певне зростання.
   Причинами такого становища є недостатня виявляємість, статистичний недооблік звернень пацієнтів до лікарів поліклінічних закладів соматичного профілю з приводу розладів психіки та поведінки.
   Використання стандартів діагностики та їх реєстрація в різних адміністративних територіях проводиться в залежності від науково-методичного рівня та професійної підготовки лікарів.
2. В порівнянні з зареєстрованими випадками сповживання психоактивних речовину дітей віком від (0-17) років, виникіє значне зростання кількості випадків у молоді віком від (15-35)років. Це свідчить, що у молоді сформована виразна заперечлива мотивація по відношенню до вживання всихоактивних речовин. Існує певний розрив між рівнем гігієнічних знань і поведінки індивіда.
3. При проведенні первинної профілактики порушень психіки та поведінки серед дітей та молоді, необхідно: застосовувати різні форми подачі інформації для формування негативної мотиваційної поведінки, з приводу уживання психоактивних речовин; на засади її деталізації, врахуванням соціально психологічних, статевих особливостей, типологізації об'єкту та пізнавальних можливостей для управління інформаційним процесом[8].

Література

1. К вопросу о реформировании доврачебного уровня системы охраны психического здоров'я детей в Украине / В.В. Лавзоришинец, Р.А. Моисеева, В.В. Залеская, И.А. Марцинковский и др.//Новости медицины и фармации. — 2010. — № 4(309). — С. 3-7.
2. Полька Н.С., Сергета І.В. Актуальні проблеми психогігієни дітей і підлітків: шляхи та перспективи їх вирішення (огляд літератури та власних досліджень)//Журнал НАМН. — 2012. — т.18, № 2. — С. 223-236.
3. Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Научно-методические основы охраны и укрепления здоровья подростков России// Гигиена и санитария. — 2011. — № 4. — С.53-59.
4. Назарова Е.В., Жукова Е.А., Кузмичев Ю.Г. Состояние и динамика здоровья детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения // Здравоохранение Российской Федерации, 2013. — №1. — С. 40-42.
5. Баранов А.А., Ильин А.Г. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации// Российский педиатрический журнал, — 2011. — №4. — С.7–11.
6. Менделевич В., Садыкова Р. Профилактика, коррекция и психотерапия алкогольной, наркотической зависимостей: Зарубежный опыт первичной антинаркотической профилактики. В кн.: Антинаркотическая энциклопедия «Общество против наркотиков».— М: «Локку-Санди»ю — 2007. — С. 179–82.
7. Ляхович А.В., Лозовская А.С.Методологические и идеологические подходы к гигиеническому обучению антинаркотическому воспитанию в общеобразовательных школах // Здравохранение в Российской Федерации. — 2013. — №1. — С. 31-36.
8. Основні показники здоров'я та медичної допомоги населенню м. Києва в 2013 році (Міський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики). — Київ. — 2014. — С. 167.
9. Сухарев А.Г., Маркелова С.В. Диагностика и профилактика нарушений психического здоровья учащихся в условиях общеобразовательного учреждения//Российский педиатрический журнал, — 2011. — №6. — С. 33–37.

10. Детская психиатрия / Под ред. проф. Г.М. Кожиной, проф. В. Д. Мишиева, — К.: ВСИ. «Медицина». — 2012. — 416 с.
11. Мирская Н.Б. Факторы риска, негативно влияющие на формирование костно-мышечной системы детей и подростков в современных условиях // Гигиена и санитария, — 2013. — № 1. — С.65-71.
12. Лазуренко С.Б., Намазова–Баранова Л.С., Кононова С.Р., Ильин А.Г. Медико –психолого–педагогическая помощь детям с ограничеными возможностями здоровья: пути совершенствования//Российский педиатрический журнал, — 2013. — №2. — С. 39-42.
13. Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области психического здоровья детей / Под ред. Главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «детской психиатрии» И.А. Марцинковского/ Нейро NEWS — 2014. — 280 с.
14. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения //Российский психиатрический журнал, — 2010. — №4. — С. 55-61.
15. Макашева В.А., Слободская Е.Р. Предупреждение суицидального поведения несовершеннолетних и антикризисная помощь детям и их семьям в системе здравоохранения // Российский психиатрический журнал, — 2013. — №3. — С.13-21.
16. Жданова Л.А., Малькова Л.К., Бобошко И.Е., Нуждиа Г.Н. Проблемы и перспективы в организации работы медико-социального отделения детской поликлиники// Российский педиатрический журнал, — 2013. — №6. — С. 16-22.
17. Шелегига А.В. Теоретические основы моделирования педагогической системы развития, формирования и сохранения здоровья школьника// Валеология, — 2009. — №2. — С. 12–21.