

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ им. И.К. АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет К. 14.11.024

На правах рукописи

УДК 614.2:364.62

**Кемелова Венера Кемеловна**

**Научный анализ организации оказания медико -  
психологической помощи в условиях крупного города (г. Бишкек)**

14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат диссертации  
на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук

**БИШКЕК – 2012**

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
**Султанмуратов Махмуд Темирбекович**

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
**Буйлашев Талайбек Сабралиевич**

кандидат медицинских наук  
**Акматова Бегайым Акбагышовна**

**Ведущая (опонирующая) организация:** Международный Университет Кыргызстана, Международная Высшая школа медицины (Кыргызская Республика, г. Бишкек, пр. Чуй, 255).

Защита состоится « 01 » июня 2012 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета К. 14.11.024 при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (720020, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92).

Автореферат разослан « 30 » апреля 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук



Шараева А.Т.

## Общая характеристика работы

**Актуальность темы диссертации.** Стремительные политические, социально-экономические и культуральные изменения всегда сопровождались ухудшением психологического состояния населения. В условиях крупного города население имеет более стрессогенные условия проживания вследствие психологических и моральных перегрузок. Жители крупного города больше испытывают на себе влияние техногенных факторов в виде загрязнения воздушного бассейна вредными примесями за счет промышленного производства и выхлопных газов автотранспорта, кроме того влияет высокая плотность населения, шум по сравнению с малыми городами.

Охрана и укрепление психического здоровья представляет собой сложную задачу, которая должна решаться не только в рамках системы здравоохранения, но и в социальной сфере страны в целом, понимая, что психическое здоровье есть проблема государственная [Дмитриева Т. Б., 2009]. И эффективность работы по охране и укреплению психического здоровья населения в значительной мере зависит от уровня внимания, уделяемого ей правительством и законодательными структурами [Положий Б. С., 2003]. Мировой опыт показывает интенсивное развитие медико-психологической службы по укреплению психического здоровья, создаются программы обеспечивающие информированность населения о психическом здоровье и психических болезнях, предупреждение самоубийств и преодоление последствий суицидальных попыток, устранение проявлений стигматизации в обществе. В крупных городах существуют бюджетные, муниципально-общественные, социально-реабилитационные психологические центры для людей социально дезадаптированных, безработных или людей с низким уровнем доходов. Успешно работают центры экстренной медико-психологической службы.

Служба психического здоровья Кыргызской Республики характеризуется отсутствием развитой медико-психологической службы быстрого реагирования на чрезвычайную ситуацию, что приводит к неудовлетворению потребностей населения, особенно в условиях стихийных бедствий, техногенных катастроф, политических потрясений. В период длительного социально-экономического кризиса и политической нестабильности население находится в состоянии затяжного психоэмоционального стресса. Этот стресс вызывает увеличение уровня тревоги, депрессии, тяжелых неврозов, психосоматических расстройств, рост уровня суицидов.

Количество самоубийств варьируется в разных странах, при этом молодые безработные и пожилые социально изолированные люди, представляют собой группу повышенного риска самоубийства [Thornicroft G., 1991; Tansella M., 1996; Ruggeri M., 1996]. Среди лиц с психическими расстройствами суициды встречаются редко [Амбрумова А. Г., Старшенбаум Г. В., 1995]. Вместе с тем,

тревожность и депрессия в большинстве случаев является одной из наиболее распространенных причин, вызывающих страдания, которая может привести к самоубийству [Амбрумова А. Г., 1978; Юрьева Л. Н., 1998]. Беспокоит уровень психологических аспектов профессиональной деятельности медработников в условиях хронического стресса и психологического напряжения с развитием синдрома эмоционального выгорания [Бабанов С. А., 2010].

В этой связи становится актуальным создание и развитие медико-психологической службы, которая, позволит оказывать своевременную медико-психологическую помощь в постстрессовых ситуациях, что значительно снизит уровень человеческих потерь в обществе. В Кыргызстане работ, посвященных изучению вопроса медико-психологической службы до настоящего времени не проводилось, что и явилось предпосылкой для диссертационного исследования.

**Связь темы диссертации с научными программами и основными научно-исследовательскими работами.** Тема диссертационной работы является инициативной.

**Цель исследования.** На основе анализа медико-правовых аспектов организации медико-психологической помощи, изучения психологических аспектов состояния здоровья трудоспособного населения и динамики распространенности суицидов разработать модель медико-психологической службы.

#### **Задачи исследования**

1. Провести комплексный анализ медико-правовых аспектов организации медико-психологической помощи населению.
2. Изучить динамику распространенности суицидов и суицидальных случаев.
3. Оценить психологическое состояние здоровья населения трудоспособного возраста, в том числе медицинских работников.
4. Разработать структурно-функциональную модель медико-психологической службы в системе общественного здравоохранения.

#### **Научная новизна работы**

1. Выявлен острый дефицит кадрового обеспечения населения психотерапевтической и психологической помощью в амбулаторном звене государственного сектора здравоохранения.
2. Научно обоснованы стратегические подходы к формированию медико-психологической службы на основе выявленных психологических аспектов здоровья с высокой подверженностью к стрессу, высокой тревожностью и ростом суицидальных попыток среди населения трудоспособного возраста.
3. Разработана структурно-функциональная модель медико-психологической службы, состоящая из целостной системы предоставления психологических услуг.

#### **Практическая значимость полученных результатов**

1. Для практического здравоохранения разработан и внедрен нормативный документ «Положение о кабинете медико-психологической помощи организации здравоохранения КР», позволяющий повысить эффективность деятельности психотерапевта, клинического психолога в организации психодиагностического процесса. Разработанные карты и формы отчета позволят проводить мониторинг деятельности кабинета.
2. Вопросы развития медико-психологической службы, вошедшие в разработку Национальной программы «Психическое здоровье населения КР на 2011–2016гг.» способствуют создать целостную систему предоставления психиатрических, медико-психологических услуг, направленной на укрепление психического здоровья и эмоционального благополучия населения.
3. Для медицинских работников разработана и внедрена методика определения и меры профилактики синдрома эмоционального выгорания.
4. Обучающие тренинги по диагностированию психологического и эмоционального состояния здоровья и снижению психоэмоционального напряжения используются в учебном процессе подготовки клинических психологов на кафедре психологии КНУ им. Ж. Баласагына.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Низкая доступность первичной медико-психологической помощи (отсутствие психотерапевтических кабинетов в большинстве ЦСМ, дефицит кадрового потенциала, отсутствие штатов в лечебных учреждениях для клинических психологов) способствует снижению ранней диагностики депрессивных, тревожных расстройств и увеличению числа суицидальных попыток.
2. Рост уровня «мягких» форм психических расстройств, высокий уровень тревожности и суицидальных попыток среди населения трудоспособного возраста при недостаточной обеспеченности населения психотерапевтической помощью служат базой для разработки структурно-функциональной модели медико-психологической службы.
3. Формирование медико-психологической службы обеспечит своевременную, квалифицированную медико-психологическую помощь населению и медицинским работникам, тем самым снижая уровень воздействия стресса на организм и способствуя укреплению психического здоровья.

**Личный вклад соискателя.** Планирование и выполнение всех этапов исследования, статистическая обработка материала, обобщение и анализ полученных сведений, формулирование положений выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично.

**Апробации результатов исследования.** Основные положения работы доложены и обсуждены на: научно-практической конференции «Молодежь и

наука: реальность и будущее» (г.Бишкек, 2009); I Евразийском Конгрессе «Современный взгляд на проблемы курортологии и восстановительной медицины на Евразийском пространстве» (Иссык-Куль, «Ак-Бермет», 2010); заседании Ученого Совета Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения (КНИИКиВЛ, 2010); научно-практической конференции «Природные лечебные ресурсы Кыргызской Республики в санаторно-курортном лечении» (Иссык-Куль, «Жети-Огуз», 2011).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 10 научных статей и 1 методические рекомендации, получено 1 свидетельство авторского права «Структурно-функциональная модель медико-психологической службы в системе общественного здравоохранения» (№ 1713 от 21.07.2011г.) выданное Государственной патентной службой КР.

**Внедрение результатов исследования.** Материалы диссертации включены в разработку Национальной программы «Психическое здоровье населения КР на 2011–2016 гг.» (акт внедрения № 1 от 17.10.2011). Разработан нормативный документ приказ МЗ КР № 12/1 от 10.11.2011г. «Положение о кабинете медико-психологической помощи организации здравоохранения КР», внедрен в Республиканский центр психического здоровья (акт № 2 от 18.11.2011). Методические рекомендации «Влияние профессионального стресса на развитие синдрома эмоционального выгорания у медработников» внедрены в практическое здравоохранение Службы скорой медицинской помощи (акт внедрения № 3 от 12.10.2011), включены в учебный процесс кафедры психологии КНУ им. Ж. Баласагына (акт внедрения № 1 от 15.09.2011).

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа изложена на 128 страницах, состоит из введения, обзора литературы, пяти глав собственных исследований и их обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы: включает 164 источников, в том числе 80 на русском и 85 английском языках. Текст диссертации иллюстрирован 15 рисунками, 6 таблицами, содержит 7 приложений.

### СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** диссертации представлено обоснование актуальности и необходимости проведения исследования, сформулированы цель и задачи, научная новизна и практическая значимость работы, определены основные положения, выносимые на защиту, внедрение и апробация работы.

В **первой главе** (обзор литературы) – психическое здоровье рассматривается в аспекте общественного здоровья, анализ литературных источников показал, динамичные преобразования, происходящие в мире: развитие программ по укреплению психического здоровья; роль медико-психологической службы в охране психического здоровья.

Во **второй главе** изложены материалы и методы исследования. Дана общая характеристика изученного материала, изложены сведения об объектах, объемах и методах исследования. В отборе объектов исследования – медицинских организаций выборка проводилась «гнездовым» методом с учетом числа обслуживаемого населения, формы собственности (государственные амбулаторные, стационарные лечебные учреждения). Объектом исследования были выбраны амбулаторные медицинские организации первичной медико-санитарной помощи г.Бишкек (Центры семейной медицины – ЦСМ, Городской центр медико-психологической и психотерапевтической помощи – ГЦМПП, Станция скорой медицинской помощи – ССМП) и стационарные медицинские организации (Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии – БНИЦТО, Республиканский центр психического здоровья – РЦПЗ).

Для расчета необходимого числа единиц наблюдения использована формула:

$$n = N t^2 \times pq / N \Delta^2 + t^2 \times pq$$

n – необходимое число наблюдений в выборке;

N – генеральная совокупность;

t – доверительный коэффициент (критерий Стьюдента), принятый равным 2;

P – величина показателя изучаемого признака;

q – величина, 1–p или 100–p от того в каких величинах выражен показатель;

Δ – предельно допустимая ошибка выборки, которая определяется по формуле:

$$\Delta = t \times \sqrt{pq / n}$$

Единицами изучения динамики распространенности суицидальных случаев за период 2007–2009гг. из всей совокупности вызовов (386 188) были отобраны с использованием компьютерной технологии и обработаны 2890 случая вызовов ССМП, как случаи попытки самоубийства.

Для анализа характера, уровня, мотива суицидальных действий суицидентов выкопированы из архивных данных отделения токсикологии БНИЦТО медицинские карты больных за период с 2007 – 2009гг. В результате выборки были отобраны 1325 карт больных совершивших попытку самоубийства. Объем выборки после расчетов составил 13,2% численности генеральной совокупности.

Единицами наблюдения на предмет подверженности стрессу и синдрому эмоционального выгорания среди медицинских работников ССМП из 453 общего числа медработников объем выборки составил 25,8%.

В результате для социопсихологического тестирования были взяты 320 единиц наблюдения из них: больные – 203 человек или 63,4% и медработники – 117 человек или 36,6 % от общего числа респондентов.

Информированное согласие было получено у всех опрошенных. Перед анкетированием были даны индивидуальные разъяснения по правилам

заполнения опросника. Для соблюдения конфиденциальности исследования объекты и единицы исследования были закодированы.

В ходе исследования были использованы *методы* медико-социальных исследований: 1) анализ нормативно – правовых документов; 2) психосоциологический анализ; 3) статистический метод; 4) моделирование.

**Материалы исследования:** для анализа объема заболеваемости и обращаемости населения г. Бишкек за психотерапевтической помощью были проанализированы официальные материалы: «Годовой статистический отчет по психическим заболеваниям непсихотического характера» (ф. № 10, РЦПЗ) за период 2004 – 2010 гг.; выкопировка из официальных статистических материалов Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) за период 2004 – 2010 гг.; Национальная программа «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001-2010 гг.» (№ 344 от 13 июля 2001г.) Изучены материалы статистических данных о распространенности суицидов с использованием компьютерных технологий: «Хронокарта выполнения вызова выездной бригады скорой и неотложной помощи» и «Карта вызова скорой и неотложной медицинской помощи» (ф. 110/у) за период 2007 – 2009гг. Выкопированы и проанализированы показатели исследований: «Медицинская карта больного» (ф. № 003/у) за период 2007 – 2009 гг. Проанализированы официальные данные Национального статистического комитета «Причины смертности населения г. Бишкек» за период 2007 – 2009 гг.

Психосоциологический анализ включал: «Анкеты-опросники для изучения возрастных, социальных, профессиональных, гендерных, медицинских аспектов»; «Тест тревожности Дж. Тейлора», который входит в состав набора утверждений Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРП). Адаптирован в России Т. А. Немчиным, является стандартной, надежной и валидной методикой для выявления уровня личностной тревожности испытуемого, содержащий 50 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Критерии оценки уровня тревожности: 0 – 5 баллов – низкий уровень тревожности; 5 – 15 баллов – средний уровень с тенденцией к низкому; 15 – 25 баллов средний уровень с тенденцией к высокому; 25 – 40 баллов высокий уровень; 40 – 50 баллов – очень высокий уровень.

Для 117 медработников использовался личностный опросник разработанный В.В. Бойко, состоящий из 84 утверждений, широко используемый в России и в странах СНГ, предназначенный для диагностики «синдрома эмоционального выгорания», возникающего у человека в процессе деятельности как результат длительного воздействия профессионального стресса. В синдроме эмоционального выгорания выделяют три фазы: напряжение, резистенция и истощение. Результаты оцениваются в пределах от 0 до 120 баллов. По количественным показателям судят, насколько каждая фаза

сформировалась в большей или меньшей степени: 36 и менее баллов – фаза не сформировалась; 37-60 баллов – фаза в стадии формирования; 61 и более баллов – сформировавшаяся фаза.

**Статистическая обработка.** При обработке материалов исследования анализировались возможные пределы случайных колебаний показателей путем вычисления средней величины «М» и средней ошибки « $\pm m$ ». Степень достоверности двух показателей определялась по критерию Стьюдента: «t» – критерия достоверности и «р» – уровня вероятности безошибочного прогноза. Корреляционная взаимосвязь сравниваемых показателей определялась путем вычисления коэффициента корреляции Пирсона «г» и вычислялась ошибка коэффициента корреляции «m» для определения достоверности показателей. Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием программы MS Excel.

В третьей главе проведен комплексный анализ медико-правовых аспектов организации медико-психологической помощи населению и динамики распространенности суицидов и представлены его результаты.

В ходе анализа установлена недостаточная обеспеченность амбулаторных учреждений первичного звена г. Бишкек психотерапевтическими кабинетами, из всех 19 только в 9 ЦСМ, имеются психотерапевтические кабинеты с соответствующими условиями для работы. Выявлен острый дефицит врачей-психотерапевтов, если в 2004 г. на 10 000 населения приходилось 0,1 врача, то к 2010 г. их число сокращается до 0,09 на 10 000 населения. По республике обеспеченность врачами-психиатрами составляет 0,3 на 10 000 населения. Из нормативно-законодательного обеспечения в целях охраны психического здоровья населения, реализации Закона КР "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" № 60 от 17 июня 1999 г., согласно Национальной программы «Психическое здоровье населения Кыргызской Республики на 2001–2010 г.» в пункте 5.5.2.1. предусматривалось об укомплектовании всех ЦСМ г. Бишкек врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами. Недостаточное обеспечение кадрового потенциала объясняется низким финансированием государственных лечебных учреждений и слабой мотивацией со стороны медицинских работников, из-за низкой заработной платы. Квалифицированные же кадры устраиваются работать в частные медицинские структуры. Определить количество медицинских (клинических) психологов не удалось, ввиду отсутствия учета этих кадров. Согласно приказу МЗ КР № 12 от 14.01.2010 г. пункт 1.6. «Положение о медицинском психологе» медицинский психолог входит в штаты психотерапевтического кабинета ЦСМ из расчета 1 должность на 25 000 населения (1,0 ставка на кабинет). Но на практике, ни в одной из ЦСМ в штатном расписании не предусмотрена должность медицинского психолога.

Беспокоит складывающаяся ситуация с одной стороны – кадровый дефицит в обеспеченности населения в медико-психологической помощи, с другой – невостребованность выпускников – клинических психологов в государственных медицинских учреждениях. Согласно Национальной программе, пункта 4.2. Министерство образования и культуры КР обеспечивает подготовку медицинских (клинических) психологов с высшим образованием, специализирующихся на охране психического здоровья. Клинические психологи выпускаются тремя государственными вузами страны (15-30 специалистов в год). Но выпускники – клинические психологи не востребованы в государственных лечебных учреждениях ввиду отсутствия предусмотренных штатов из-за недостаточной законодательной регламентации деятельности медицинских психологов, так как медицинская психология не входит в перечень медицинских специальностей.

В результате анализа динамики заболеваемости населения г. Бишкек психическими расстройствами непсихотического уровня с 2004 по 2010 гг. выявлен рост показателей непсихотическими расстройствами. Удельный вес показателя расстройства настроения с легким депрессивным эпизодом составил  $134,5 \pm 2,2$  на 100 000 населения в 2010 г., превысив в 6,7 раз показатели 2004 г.  $20,1 \pm 0,9$  на 100 000 населения ( $P < 0,05$ ). Выросли показатели тревожного расстройства в 6,9 раз соответственно с  $4,0 \pm 0,3$  до  $27,8 \pm 1,0$  на 100 000 населения ( $P < 0,05$ ). Характерны возросшие показатели удельного веса соматоформных расстройств с  $0,8 \pm 0,2$  человек на 100 000 населения в 2004 г. до  $50,4 \pm 1,4$  человек на 100 000 населения ( $P < 0,05$ ) в 2010 году. Рост показателей обусловлен с одной стороны реорганизацией в системе психического здоровья приближением психотерапевтической помощи населению в амбулаторных условиях (ЦСМ), что отразилось на выявлении заболеваний и с другой – увеличением числа обращаемости населения за медицинской помощью. Факторы социального неблагополучия отражали сложную ситуацию в стране с произошедшими социально-политическими потрясениями. В 2005 г. выросли показатели агорафобии в 2,5 раз сравнительно с 2004 г. ( $11,9 \pm 0,7$  против  $4,8 \pm 0,4$  на 100 000 населения) и панических расстройств  $18,4 \pm 0,8$  против  $1,6 \pm 0,2$  на 100 000 населения ( $P < 0,05$ ) соответственно. После заметного снижения доли удельного веса показателей агорафобии и панических расстройств ( $1,4 \pm 0,2$  и  $8,3 \pm 0,6$  на 100 000 населения) в 2007 г., обусловленных появлением социальных надежд на улучшение ситуации, к 2010 г. отмечено вновь заметное возрастание этих показателей заболеваемости ( $11,2 \pm 0,7$  и  $11,5 \pm 0,7$  на 100 000 населения) ( $P < 0,05$ ). Отсутствие видимых сдвигов в сторону улучшения условий жизни большинства людей, разочарования в происходящих переменах, ухудшение материального положения, страх за свое будущее и будущее своих близких в свете событий 2010 г. с политической нестабильностью и со сменой власти

могли способствовать росту неблагоприятной динамики психического здоровья населения.

В состоянии стресса у человека часто доминирует форма поведения с повышением возбудимости, выражающаяся в дезорганизации поведения, появлении ошибочных действий, совершении самоубийств. В соответствии со второй задачей исследования, нами были выкопированы из базы регистрации вызовов ССМП г. Бишкек и проанализированы 2890 случая вызовов, как случаи попытки самоубийства, в виде следующих зашифрованных диагнозов: отравление противосудорожными, седативными, снотворными и психотропными средствами (шифр Т 42–43) – 1705 случаев, отравления кислотами и щелочами (шифр Т 54,2–54,3) – 540 случаев, асфиксия странгуляционная, как состояние после повешения (шифр Т 71) – 195 случаев, падение с высоты (шифр W 17) – 31 случаев, саморанение холодным оружием, как самопорез (шифр W 26) – 419 случаев вызовов (табл.1).

В структуре суицидальных попыток основную долю, как способа самоубийства представляли самоотравления психотропными и снотворными 54,3% в 2007 г. с тенденцией к росту их числа до 61,8% в 2009 г. Обратная ситуация наблюдалась при отравлении уксусной кислотой. Если в 2007 г. их доля составляла 23,4%, то к 2009 г., отмечалось заметное снижение доли изучаемого случая до 14,6%. Объясняется, это избранием более щадящих способов самоубийства, при котором время действия продолжительное, и возможность остаться живым значительно выше. Далее по частоте были самопорезы (14,5%) и самоповешение (6,7%).

Таблица 1 – Динамика вызовов, связанных с суицидальными случаями за 2007-2009 гг.

Годы	Число вызовов	Шифры диагнозов										Всего
		Т 42-43		Т 54,2-54,3		Т 71		W 17		W 26		
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
2007	623	338	54,3	146	23,4	53	8,5	14	2,2	72	11,6	100
2008	1140	670	58,8	229	20,1	52	4,6	7	0,6	182	15,9	100
2009	1127	697	61,8	165	14,6	90	8,1	10	0,9	165	14,6	100
Всего	2890	1705	59,1	540	18,7	195	6,7	31	1,0	419	14,5	100

Анализируя случаи суицидальных попыток по гендерному признаку, за период 2007 – 2009 гг. выявлена высокая распространенность в 1,9 раз среди женщин (63,6% – 67,4%), чем у мужчин (32,5% – 36,4%) (рис.1).



Рис. 1. Долевое распределение суицидальных попыток по полу за 2007–2009 гг. (%)

Средством выбора попытки к самоубийству является прием медикаментов, к которым женщины (41,9% – 47,0%) прибегают в 3 раза чаще, чем мужчины (12,4% – 14,8%) и самоотравление уксусной кислотой, с явным преобладанием числа женщин (12,2% – 16,2%) над мужчинами (2,5% – 7,2%). Суицидальные попытки у женщин чаще носят демонстративный характер, в стремлении привлечь внимание к решению своих проблем. В категории мужчин, преобладают самопорезы с преобладающим числом (8,8% – 11,1%) в 2,1 раза, над женщинами (2,7% – 5,3 %) когда шансы остаться живым минимальны и при этом нередко совершаемые в алкогольном опьянении так, что попытка зачастую заканчивается смертельным исходом, как завершённый суицид.

Анализируя, суицидальные случаи среди возрастных групп, была выявлена лидирующая группа (21 – 30 лет) имеющая наибольший удельный вес (30,1% – 36,2%) в долевом распределении (рис.2). Вызывает беспокойство, что наибольший процент попыток самоубийства приходится на молодой, активный и трудоспособный возраст. Мотивом могут служить измена, ссора с любимым человеком или с родителями, смерть и потеря близкого человека. Согласно ВОЗ «...самоубийства являются ведущей и скрытой причиной смерти среди молодых людей, занимая второе место после дорожно-транспортных происшествий в возрастной группе 15 – 35 лет».

Показатели случаев самоубийств с летальным исходом в г. Бишкек в 2008 г. по данным наших исследований составили 8,3 человек на 100 000 населения, в связи с этим можно допустить, что статистические данные по суицидам не отражают реальную ситуацию по г. Бишкек (по официальным данным РМИЦ 5,4 человек на 100 000 населения).

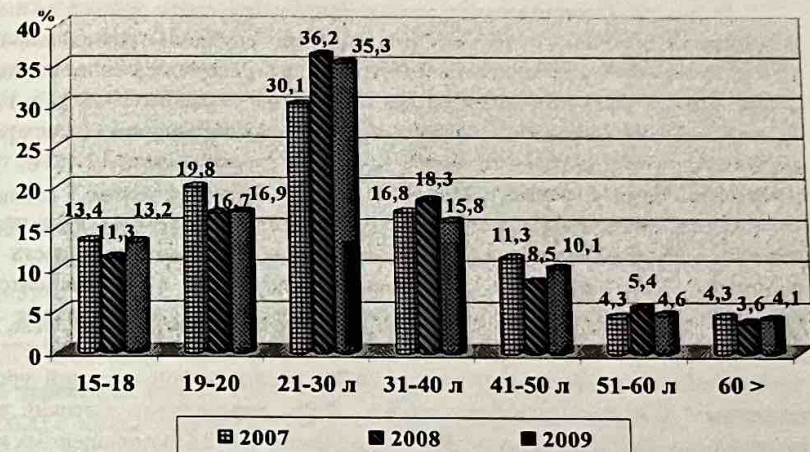


Рис. 2. Долевое распределение суицидальных случаев среди возрастных групп за 2007–2009 гг. (%)

Распространенность завершённых суицидов по республике составила 8,8 на 100 000 населения. В странах Европейского региона, среднее число случаев самоубийства составляет 17,5 на 100 000 населения. По данным ВОЗ уровень самоубийств более 20,0 является критическим (ВОЗ, 2005). Суицидальный показатель в России 21,4 и Казахстане 25,6 человек на 100 000 населения относятся к числу высоких показателей в мире [ВОЗ, 2011].

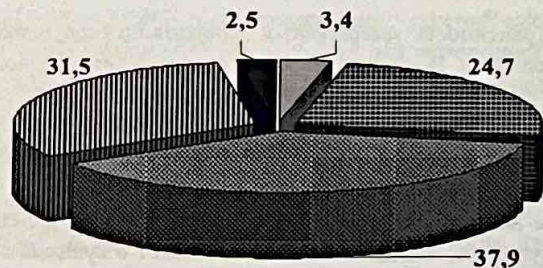
В нашем исследовании были проанализированы не все способы и факты попыток самоубийств, так как не всегда сообщают о суицидальных случаях по религиозным, культуральным или иным причинам. Зачастую случаи самоубийств могут скрываться под множеством других диагностических категорий как причин смерти, что не дает достоверной информации. В связи с этим можно допустить, что реальная ситуация с показателями смертности от самоубийств в г. Бишкек выглядит несколько иначе и статистические данные смертности вследствие самоубийства не могут полностью отражать данную проблему. Следовательно, необходимы действия по оптимизации системы регистрации фактов самоубийств и суицидальных попыток.

В четвертой главе проведена оценка особенностей психологического состояния здоровья населения трудоспособного возраста и медицинских работников.

Для доказательства и достоверности результатов исследования были использованы валидные, надежные и стандартные методики тестирования, корреляционный и сравнительный анализы.

Результаты социологического анкетирования среди населения показали имеющиеся проблемы психологического фона здоровья. Проведенный опрос показал, что 40,4% респондентов подвергаются стрессу ежедневно или через 1 – 2 дня. Третья часть респондентов (31,1%) ощущают стресс 1 – 3 раза в месяц. Только 12,8% считают, что не испытывают стресс. Затруднились ответить 15,7% опрошенных. Очевидно, что более половины респондентов (71,5%) так или иначе, испытывают воздействие стресса.

В результате следующего опроса и обработки его данных были получены высокие показатели тревожности и низкая стрессоустойчивость среди населения. Для измерения проявлений тревожности у респондентов был предложен опросник Дж. Тейлора. По результатам исследования низкий уровень тревожности имеется только у 3,4% опрошенных, средний уровень с тенденцией к низкому отмечается у 24,7% респондентов, средний уровень с тенденцией к высокому наблюдается у 37,9% опрошенных, высокий уровень тревожности был отмечен у 31,5% респондентов и у 2,5% опрошенных имеется наличие очень высокого уровня тревожности (рис.3).



■ низкий уровень                      ■ средний с тенденцией к низкому  
 ■ средний с тенденцией к высокому    ■ высокий уровень  
 ■ очень высокий уровень

Рис. 3. Уровень тревожности среди респондентов (%)

В проведенном корреляционном анализе, стрессоустойчивость прямо коррелировала с уровнем тревожности и была определена сила зависимости тревожности от того насколько человек устойчив к воздействию стресса. Чем ниже была стрессоустойчивость, тем выше был уровень тревожности ( $r=0,67 \pm 0,04$ ), т.е. человек с низкой сопротивляемостью к стрессу, чрезмерной ранимостью более тревожен.

Далее принимая во внимание, что стресс непосредственно воздействует и на физические показатели здоровья человека, были получены корреляционные связи между стрессом и данными, выкопированных из стационарных карт больных. В ходе корреляционного анализа показатели уровня сахара крови напрямую зависели от воздействия стресса, чем большее было воздействие

стресса на человека, тем выше показатели сахара в крови ( $r=0,43 \pm 0,06$ ). В литературных источниках указывается на наличие прямой связи между переменными, авторы пишут, что при стрессе повышается уровень сахара в крови [Т. Theorell, А. Hamsten, 1987; Дж. Гринберг, 2002]. Кроме того, стресс рассматривают как главный фактор в этиологии артериальной гипертензии [Т. Lamott, 1974; Р. Landsbergis, 1994; Т. Таушан, 1997]. В нашем исследовании установлена корреляционная связь влияния стресса на повышение артериального давления ( $r=0,59 \pm 0,05$ ), тем более что показатели уровня сахара крови, напрямую коррелируют с показателями артериального давления ( $r=0,46 \pm 0,05$ ).

Сравнительный анализ показателей тревожности по гендерному признаку показал достоверные различия. Отметим, что средний уровень тревожности больше характерен для мужчин: с тенденцией к низкому у мужчин составило ( $12,8 \pm 0,4$ ) с достоверностью ( $t=2,4$ ;  $P < 0,05$ ) больше, чем у женщин ( $11,3 \pm 0,4$ ), также средний с тенденцией к высокому, чаще наблюдается среди мужчин ( $21,5 \pm 0,2$ ), чем у женщин ( $20,1 \pm 0,4$ ) с достоверностью ( $t=2,1$ ;  $P < 0,05$ ). Тогда как высокий уровень тревожности распространен достоверно ( $t=2,2$ ;  $P < 0,05$ ) больше среди женщин ( $31,1 \pm 0,6$ ), чем у мужчин ( $29,3 \pm 0,6$ ) (табл.2).

Таблица 2 – Сравнительная оценка уровня тревожности между мужчинами и женщинами

Уровень тревоги	Мужчины (n=105)	Женщины (n=98)	P
	M ± m	M ± m	
низкий	4,6 ± 0,6	4,0 ± 0,3	P > 0,05
средний с тенденцией к низкому	12,8 ± 0,4*	11,3 ± 0,4*	P < 0,05
средний с тенденцией к высокому	21,5 ± 0,5*	20,1 ± 0,4*	P < 0,05
высокий	29,3 ± 0,6*	31,1 ± 0,6*	P < 0,05

Примечание: \* - разница достоверна P < 0,05

Сравнивая показатели тревожности респондентов по возрасту, выявлено, что наибольший удельный вес уровня тревоги приходится на трудоспособный возраст. Так, респонденты в возрасте 21–29 лет имеют большой процент высокого уровня тревоги 8,8 % и 6,8 % в возрасте 30 – 39 лет. Эти же возрастные группы имеют высокие показатели среднего уровня тревожности с тенденцией к высокому 12,3 % и 5,8 % соответственно. Отмечен большой процент (8,3 %) показателя среднего уровня с тенденцией к высокому и среди респондентов в возрасте 20 лет.



Учитывая деструктивное влияние стресса на организм человека, очевидным становится, вопрос насколько люди обращаются к помощи медицинского психолога. Почти половина респондентов (44,8%) отметили, что нуждаются в помощи психолога. К помощи психолога обращаются 10,3% часто и 15,3% редко из числа опрошенных, что суммарно потребность в помощи психолога составляют 70,4% респондентов. Из-за отсутствия развитой сети медико-психологической службы – 20,7% респондентов не знают куда обратиться и 8,9% опрошенных предпочитают обращаться к услугам асновидящих и целителей.

Следующим блоком нашего исследования было определение психологического состояния медицинских работников, учитывая, что их сфера деятельности связана с длительным воздействием факторов стресса и постоянным взаимодействием с людьми. В этих условиях медработники подвергаются длительному воздействию профессионального стресса, что в конечном итоге может приводить к развитию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). По результатам тестирования 117 медработников, по методике В.В. Бойко, у 17,1% медработников отсутствовал синдром выгорания, признаки синдрома различной степени выраженности имели 67,5%, выраженный синдром имели 15,4%, что проявлялось эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями (рис. 4).



■ Фаза не сформирована ■ Фаза формирования ■ Сформированная фаза

Рис. 4. Распределение респондентов по фазам развития синдрома эмоционального выгорания по методу В.В.Бойко (%)

Исследования, проведенные среди медработников в России, Беларуси (80%), Казахстане (75,8%) подтверждают наличие признаков синдрома выгорания различной степени выраженности.

По результатам социологического анкетирования выявлено, что ежедневно подвергаются стрессу 38,5% медработников. Воздействие стресса 1 –

3 раза в месяц ощущают на себе 46,2% респондентов. Только 9,4% считают, что не подвергаются стрессу. Затрудились ответить 5,9% медработников.

В результате корреляционного анализа установлена зависимость синдрома выгорания со стрессоустойчивостью ( $r=0,72\pm 0,04$ ), особенно низкая стрессоустойчивость прямо коррелировала со шкалами переживаний психотравмирующих обстоятельств синдрома выгорания ( $r=0,62\pm 0,08$ ), т.е. медработники с низкой сопротивляемостью к стрессу, чрезмерной ранимостью были более подвержены психосоматическим заболеваниям и наиболее близки к развитию синдрома выгорания. В ходе факторного анализа установлено влияние стажа работы на развитие синдрома эмоционального выгорания ( $r=0,59\pm 0,06$ ) и чем больше стаж работы, тем длительнее воздействие профессионального стресса ( $r=0,53\pm 0,07$ ) с психоземotionalными нагрузками и психотравмирующими обстоятельствами ( $r=0,56\pm 0,06$ ). Далее среди медработников в социологическом анкетировании был задан вопрос: «Какие трудности в работе вы испытываете из-за отсутствия медицинского психолога?». В ходе опроса выявлено, что 21,5% медработников сами нуждаются в помощи психолога, не испытывают трудностей в работе 23,9% опрошенных медработников, затруднились ответить 5,9% респондентов, почти половина респондентов (48,7%) считают, что совместная работа с психологом способствует оказанию квалифицированной помощи пациентам. Полученные результаты еще раз доказывают, что профессия врача относится к группе высокого риска по развитию синдрома выгорания. В этой связи, профилактике синдрома выгорания необходимо уделять особое внимание и способствовать созданию системы психологической помощи самим врачам.

Таким образом, выполненные вышеуказанные задачи нашего исследования выявили высокую потребность респондентов в психологической помощи, в ней нуждаются 70,4% пациентов и 21,5% медработников, что требует создания модели медико-психологической службы.

В пятой главе описаны процессы моделирования медико-психологической службы. Эта часть научной работы выполнена с использованием методов конструктивного, наглядно-логического, структурно-графического моделирования. Медико-психологическая служба, может содействовать укреплению психического здоровья и эмоционального благополучия населения, повышая информированность общества о психическом здоровье и психических болезнях, тем самым устраняя проявления стигматизации.

Механизм создания модели медико-психологической службы включает:

- 1) Методологические подходы к созданию МПС.
- 2) Этапность формирования медико-психологической службы.
- 3) Подготовка квалифицированных медицинских психологов по трёхуровневой базисной системе.

4) Формирование структурно-функциональной модели медико-психологической службы с целью и задачами. 5) Принципиальные задачи деятельности медицинского психолога в структуре медико-психологической службы.

Изучив мировую практику и используя опыт стран СНГ: России, Украины, Беларуси в создании медико-психологической службы в системе общественного здравоохранения нами предложена структурно-функциональная модель данной службы, которая состоит из следующих подразделений: детская и подростковая медико-психологическая помощь; амбулаторная внебольничная медико-психологическая помощь; стационарная медико-психологическая помощь и реабилитация; экстренная медико-психологическая помощь.

Создание медико-психологической службы позволит сократить нагрузку на врачей, так как медицинские психологи будут принимать участие в профилактике, диагностике, лечении, психологической коррекции и реабилитации больных с психосоматической патологией, пограничными нервно-психическими расстройствами, детей и подростков с дефектами психического развития. В процессе работы среди медработников медицинский психолог обеспечивает оказание психологической помощи, поможет разрешать конфликтные ситуации медработников с пациентами и улучшать межличностное взаимодействие с коллегами, тем самым позволяя достичь психологического благополучия.

Таким образом, научное обоснование и последующее моделирование формирования медико-психологической службы в системе общественного здравоохранения с учетом потребностей населения в получении медико-психологической помощи будет иметь практическое значение в сохранении и улучшении здоровья населения.

### ВЫВОДЫ

1. Установлена недостаточная обеспеченность населения психотерапевтической и психологической помощью в амбулаторном звене государственного сектора здравоохранения г. Бишкек: острый дефицит врачей-психотерапевтов 0,09 на 10 000 населения в 2010 г, против 0,1 ‰ в 2004 г., а по республике обеспеченность врачами-психиатрами составляет 0,3 ‰; недостаточное наличие психотерапевтических кабинетов и отсутствие предусмотренных штатов для психолога в учреждениях первичного звена. Определен рост показателей заболеваемости психических расстройств непсихотического характера в 6,9 раз за период 2004 – 2010 гг.
2. Выявлена высокая распространенность суицидальных попыток среди женщин с преобладанием в 1,9 раз, над мужчинами, в стремлении привлечь внимание к решению своих проблем. Наиболее чаще попытки самоубийства совершают лица в возрасте 21 – 30 лет. Средством выбора суицидальной

попытки преобладающим является самоотравление медикаментами (59,1%) и уксусной кислотой (18,7%).

3. Определено неблагоприятное состояние психологического здоровья населения: установлена частая подверженность воздействию стрессов (71,5%) и высокие показатели уровня тревожности (69,4%).
4. Медицинские работники подвержены профессиональному стрессу (84,7%) с наличием признаков синдрома эмоционального выгорания (67,5%).
5. Разработанная модель медико-психологической службы в системе общественного здравоохранения обеспечит своевременную квалифицированную помощь населению, а также работникам системы здравоохранения.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Предложенными методиками психологического тестирования и программ по устранению психоэмоционального напряжения проводить мониторинг психологического и эмоционального здоровья медработников и населения на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи (ЦСМ, ГСВ).
2. В республиканском центре психического здоровья (РЦПЗ) использовать разработанный нормативный документ: «Положение о кабинете медико-психологической помощи организации здравоохранения КР» для организационно-методического обеспечения психодиагностического процесса в деятельности клинических психологов. Применить разработанные карты и формы отчета для мониторинга деятельности кабинета в ЦСМ.
3. На базе отделения токсикологии Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии (БНИЦТО) предлагаем открыть кризисное отделение с привлечением медицинского психолога, психиатра, психотерапевта для оказания своевременной психологической и психокоррекционной помощи суицидентам, что значительно сократит риск повторного совершения суицида и снизит уровень человеческих потерь.
4. Предлагаем создать Центр экстренной психологической помощи в КГМИПиПК с обучающей программой для переподготовки врачей по медицинской психологии и формированию групп экстренной медико-психологической помощи при ЧС. Обеспечить преемственность и взаимодействие ЦСМ, службы скорой медицинской помощи, городского медико-психологического центра, что повысит ее готовность к реагированию на различные виды ЧС (стихийные бедствия, авиакатастрофы, социальные конфликты).
5. Создание медико-психологической службы предусматривает на уровне Минздрава КР рассмотреть статус деятельности медицинских психологов в перечне медицинских специальностей с последующим введением в штатные нормативы государственных лечебных учреждений.

### Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. Кемелова В. К. Психическое здоровье как один из аспектов здоровья общества [Текст] / В. К. Кемелова, М. Т. Султанмуратов. // Медицинские кадры XXI века. – 2009. – № 3. – С. 82 – 84.
2. Кемелова В. К. Синдром эмоционального выгорания у врачей [Текст] / В. К. Кемелова, Г. Т. Аманбаева. // Здравоохранение Кыргызстана. – 2009. – № 3. – С. 65 – 67.
3. Кемелова В. К. Стресс на рабочем месте и профессиональное выгорание [Текст] / В. К. Кемелова. // Известия ВУЗов. – 2009. – № 4. – С. 112 – 115.
4. Кемелова В. К. Сравнительный анализ изучения синдрома выгорания у врачей-неврологов и реаниматологов [Текст] / В. К. Кемелова. // Наука и новые технологии. – 2009. – № 4. – С. 206 – 209.
5. Кемелова В. К. Особенности синдрома выгорания у представителей социальных профессий [Текст] / В. К. Кемелова. // Вестн. Кыр. нац. ун-та. Сер. 5, вып. 2. – 2009. – С. 314 – 316.
6. Кемелова В. К. Профилактика и устранение синдрома выгорания [Текст] / В. К. Кемелова, Г. Т. Аманбаева. // Вестн. Кыр. нац. ун-та. Сер. 5, вып. 2. – 2009. – С. 316 – 318.
7. Кемелова В. К. Актуальные вопросы состояния кадрового потенциала по оказанию медико-психологической помощи населению г. Бишкек [Текст] / В. К. Кемелова. // Центрально-азиатский медицинский журнал. – 2010. – С. 70 – 72.
8. Султанмуратов М. Т. Роль медико-психологической службы в охране психического здоровья [Текст] / М. Т. Султанмуратов, В. К. Кемелова, Т. А. Нелюбова. // Медицина Кыргызстана. – 2010. – № 5. – С. 22 – 24.
9. Кемелова В. К. О распространенности суицидов и суицидальных попыток в условиях крупного города (г. Бишкек) [Текст] / В. К. Кемелова. // Поиск. – Алма-Ата, 2010. – № 4. – С. 104 – 107.
10. Кемелова В. К. Современные основы формирования медико-психологической службы в условиях г. Бишкек [Текст] / В. К. Кемелова. // Известия ВУЗов. – 2011. – № 6. – С. 66 – 68.
11. Кемелова В. К. Влияние профессионального стресса на развитие синдрома эмоционального выгорания у медработников [Текст]: Методические рекомендации / В. К. Кемелова, М. Т. Султанмуратов, Н. Т. Джаманкулова. – 2011. – С. 27.

Кемелова Венера Кемеловнанын «Ири шаардын (Бишкек шаары) шарттарында медициналык-психологиялык жардам кирсрүүнү уюштуруунун илимий анализи» деген темадагы 14.02.03. – «коомчулуктун ден соолугу жана саламаттыкты сактоо» адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазган диссертациясына

### КОРУТУНДУ

**Негизги сөздөр:** медициналык-психологиялык жардам, психикалык ден соолук, өзүнүн жанын кыюу жана өз жанын кыюуга болгон аракеттер, стресс, кооптуулук, эмоционалдык чыңалуу синдрому, медициналык психолог, медициналык-психологиялык кызмат.

**Изилдөөнүн максаты:** медициналык-укуктук аспектердин анализинин негизинде медициналык-психологиялык жардамды уюштуруу, эмгектенүүгө жөндөмдүү калктын ден соолугунун абалынын социопсихологиялык аспекти жана өз жанын кыюу учурларынын таркалуу динамикасын үйрөнүү, медициналык-психологиялык кызматтын моделин иштеп чыгуу эсептелинет.

**Изилдөө тармагы:** Бишкек шаарынын биринчи медициналык – санитардык жардам көрсөтүүчү медициналык уюмдары жана үчүнчү деңгээлдеги бейтапкана медициналык уюмдары.

**Изилдөөнүн ыкмалары:** укуктук-нормативдик документтерге анализ, психосоциалдык анализи, статистика, структуралык-функционалдык моделдөө.

**Жыйынтыгы жана илимий жаңылыгы:** Ушул изилдөөнүн алкактарында биринчи болуп калкка медициналык-психологиялык жардам көрсөтүү процессин уюштуруунун медициналык-укуктук аспектилеринин жана ири шаардын шарттарында өз жанын кыюу учурларынын динамикасынын анализи жүргүзүлдү. Эмгектенүүгө жөндөмдүү курактагы калктын жана медициналык кызматкерлердин арасында эмоционалдык чыңалуу синдромунун таркалуу деңгээлинин аныкталышы менен психосоциалдык ден соолуктун анализи жүргүзүлдү. Психологиялык тестирилөөнүн сунуш кылынган методикасы медицина кызматкерлеринин жана калктын психологиялык жана эмоционалдык мониторингин өткөрүүгө мүмкүндүк берет. Калктын таап чыгылган социалдык-психологиялык көйгөйлөрүнүн негизинде коомдук ден соолук системасындагы медициналык-психологиялык кызматынын структуралык-функционалдык модели илимий жактан негизделди жана биринчи болуп иштелип чыгылды. Калктын медициналык-психологиялык жардамды алуудагы керектөөлөрүн көңүлгө алуу менен медициналык-психологиялык кызматты түзүү калктын ден соолугун сактоодо жана жакшыртууда практикалык мааниге ээ болот.

**Колдонуу тармагы:** үй бүлөлүк медицина борбору, тез медициналык жардам тармагы, психикалык ден соолук борбору.

## РЕЗЮМЕ

диссертации Кемеловой Веныры Кемеловны на тему: «Научный анализ организации оказания медико-психологической помощи в условиях крупного города (г. Бишкек)» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности: 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

**Ключевые слова:** медико-психологическая помощь, психическое здоровье, суицид и суицидальные попытки, стресс, тревожность, синдром эмоционального выгорания, медицинский психолог, медико-психологическая служба.

**Цель исследования:** на основе анализа медико-правовых аспектов организации медико-психологической помощи, изучения социопсихологических аспектов состояния здоровья трудоспособного населения и динамики распространенности суицидов разработать модель медико-психологической службы.

**Объект исследования:** медицинские организации первичной медико-санитарной помощи г. Бишкек и стационарные медицинские организации третичного уровня.

**Методы исследования:** анализ нормативно – правовых документов, психосоциологический анализ, статистический метод, моделирование (структурно-функциональная модель).

**Результаты и научная новизна:** в рамках данного исследования впервые проведен анализ медико-правовых аспектов организации процесса предоставления медико-психологической помощи населению и динамика распространенности суицидов в условиях крупного города. Проведен анализ психосоциального здоровья среди населения трудоспособного возраста и медицинских работников с определением уровня распространенности синдрома эмоционального выгорания. Предложенные методики психологического тестирования позволят проводить мониторинг психологического и эмоционального здоровья медработников и населения. На основе выявленных социально-психологических проблем населения научно обоснована и впервые разработана структурно-функциональная модель медико-психологической службы в системе общественного здравоохранения. Формирование медико-психологической службы с учетом потребностей населения в получении медико-психологической помощи будет иметь практическое значение в сохранении и улучшении здоровья населения.

**Область применения:** центр семейной медицины, служба скорой медицинской помощи, центр психического здоровья.

## SUMMARY

The dissertation of Kemelova Venera Kemelovna "Scientific analysis of the organization of medical and psychological care in a large city (Bishkek)," on the candidate degree of medical sciences, specialty 14.02.03 - public health and health/ care.

**Key words:** medical and psychological care, mental health, suicide and attempted suicide, stress, anxiety, burnout syndrome, a medical psychologist, medical and psychological services.

**Research objective:** based on analysis of medico-legal aspects of the organization of medical and psychological care, the study of sociopsychological aspects of the health workforce and the dynamics of the prevalence of suicides to develop a model for medical and psychological services.

**Subject of research:** the organization of primary outpatient medical care in Bishkek and stationary medical institutions of tertiary level.

**Research methods:** Analysis of normative - legal documents, psychosocial analysis, statistical methods, modeling (structural-functional model).

**Obtained results:** For the first time in this study an analysis of medico-legal aspects of organizing the provision of medical and psychological care to the population and the dynamics of the prevalence of suicide are in a major city. The analysis of the psychosocial health among working-age population and health professionals as defined in the prevalence of burnout. The proposed method of psychological testing will monitor the mental and emotional health of health workers and the public. Based on the identified social and psychological problems of the population is scientifically substantiated and first developed structural-functional model of mental health services in the public health system. The formation of medical and psychological services to meet the needs of the population in obtaining medical and psychological assistance will be of practical importance in maintaining and improving health.

**Scope of use:** family medicine centers, ambulance stations, National Center for Mental Health.