

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВЫЯВЛЯЕМЫХ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (Обзор литературы)

Проблемы сельского населения актуальны для Украины на протяжении всей ее истории. Большая часть населения страны всегда была связана с землей. Село выполняет донорскую функцию: из села черпается больше ресурсов, чем отдается взамен. Причина — в устойчивой миграции из деревни в город. Расходы на воспитание, учебу, профессиональную подготовку в большей степени несло село, а доход от реализации трудового потенциала людей, уехавших в город, доставался последнему. Город всегда притягивал к себе население деревень, хуторов, небольших городов, сел, что обусловлено развитием промышленности, более широким выбором сфер приложения труда, более высоким уровнем благоустройства, набором коммунальных и культурных услуг, нежеланием заниматься тяжелым сельскохозяйственным трудом. Все это сформировало основное направление миграционных потоков населения: отток сельского населения в город. В результате при большой социальной значимости села для Украины внимание к деревне как к объекту изучения на разных этапах истории страны менялось. Временами оно исчезало вообще [6].

Сегодня Украина стоит на пороге демографического кризиса. Современное сельское общество состоит, в основном, из людей старшего возраста (пенсионеров). По данным Аграрного министерства Украины, ежегодно количество сельского населения сокращается на 50 тысяч человек. В условиях демографического кризиса, в большей степени обусловленного сельским населением, проблема депрессий как основного инвалидирующего фактора звучит особенно актуально. По оценкам экспертов ООН, количество граждан Украины к 2050 году может сократиться на 18 млн человек. То есть, к тому времени в Украине останется менее 30 млн жителей. По данным Госкомстата, на 1 июля 2005 года население Украины составляло 47075,3 тыс. человек. При этом городское население составляло 31911,1 тыс., сельское — 15164,1 тыс. (соотношение 68 % к 32 %). По сравнению с 1 января 2005 года население Украины сократилось на 205,5 тыс., или на 0,43 %. При этом городское население сократилось на 98,2 тыс. (0,31 %), а сельское — на 107,4 тыс. (0,7 %) [3].

На современном этапе очевидно, что село как социально-территориальная единица требует разностороннего изучения для возможности дальнейшего развития. Реформирование села требует комплексного подхода, предусматривающего развитие многоукладности не только в производственной, но и в социальной сфере, одной из составляющих которой является медицина [2, 11].

За последние десятилетия ситуация в социальной сфере села крайне обострилась. Общеизвестен глубокий экономический кризис, в котором находится Украина последнее время. Он привел не только к высокому уровню пограничных нервно-психических расстройств, изменению мировоззрения граждан,

снижению общеобразовательного уровня, но и к сворачиванию лечебных и профилактических программ, направленных на снижение уровня заболеваемости. В результате передислокации функций финансирования с государственного на территориальный уровень, дефицита территориальных бюджетов и кризисного положения сельскохозяйственных производителей резко сократилась инвестиционная деятельность, в том числе в медицинской сфере. Под угрозой разрушения находится имеющийся материально-технический потенциал отраслей обслуживания населения. Также, несмотря на официальную бесплатность медицинских услуг, основной причиной их недоступности является низкий уровень доходов населения. На сегодня среди недостатков первичной медико-санитарной помощи для населения Украины рядом авторов отмечается ее низкая доступность, прежде всего в сельской местности, обусловленная нерациональной инфраструктурой, удаленностью заведений первичной медико-санитарной помощи от места проживания населения и недостаточностью кадрового обеспечения [7, 8].

В Украине разработана Национальная программа развития производства и социального развития села на 1999 — 2010 годы. Важным этапом этой программы является улучшение медицинской структуры на селе [5].

Выявлено, что в сельских местностях страдающие от депрессии обращаются за медицинской помощью реже, чем в городе. В большинстве сельских населенных пунктов затруднено транспортное сообщение с другими районами. Перспективной является разработка программ взаимодействия врачей общей практики и психиатров для выявления тревожной депрессии среди населения, проживающего в сельской местности [34].

Данные статистики смертности Министерства здравоохранения Китая свидетельствуют об уменьшении количества самоубийств в сельской местности как среди мужчин, так и среди женщин за период 1991—2000 гг. Отмечено значимое уменьшение показателя уровня самоубийств среди пожилых людей, проживающих в городской местности. Значительное уменьшение уровня самоубийств отмечено среди молодых женщин, проживающих в сельских областях. Соотношение самоубийств мужчин и женщин значительно увеличивалось в городских областях, значимого изменения этого соотношения в сельских областях не обнаружено [45].

В финно-угорской субпопуляции частота самоубийств среди проживающих в сельской местности в 1,5 раза превышает таковую у горожан (соответственно 112,5 и 76,2 на 100 тыс. населения). В частности, интенсивный показатель распространенности самоубийств среди мужчин финно-угорской субпопуляции, проживающих в сельской местности, достигает сверхвысокого уровня — 203,8 на 100 тыс., что более чем в 10 раз превышает критический уровень ВОЗ. Среди страдающих психическими расстройствами суицидентов обеих национальностей отсутствуют лица с зарегистрированной

аффективной патологией. Это позволяет предположить наличие опасной тенденции недовыявления психиатрическими службами республики больных с депрессивными расстройствами, что приводит часть из них к совершению самоубийства [31].

Проведенные в отдельных регионах Украины исследования свидетельствуют о том, что в сельской местности количество суицидов выше, чем в городе, и это соотношение имеет тенденцию к росту. В то же время количество стоящих на учете у психиатра суицидентов значительно уменьшилось. Выдвинуто предположение об увеличении социальных причин суицидов, большей патриархальности уклада жизни в сельской местности, что влияет на адаптационные механизмы и снижает потенциальные возможности социальной состоятельности [10].

Показаны отличия в структуре психопатологических синдромов военнослужащих, призванных из сельских районов и уволенных из Вооруженных Сил в сравнении с военнослужащими, призванными из города. Проведенные в России исследования свидетельствуют, что у первых отмечается склонность к депрессивным и тревожным психогенным реакциям, что, как правило, связано с невысоким образовательным уровнем, в то время как у вторых в структуре осевого невротического синдрома имели место характерологические особенности [1].

Исследование, проведенное среди сельского американского населения, показало, что имеются различия в терапевтических тактиках сельских и городских американцев с психическими расстройствами. Сельские пациенты в 8 раз чаще обнаруживали сопутствующий алкоголизм, в связи с недоступностью адекватного лечения чаще прибегали к самолечению, а также употреблению алкоголя и/или наркотиков; в случае психического расстройства сельские жители гораздо менее вероятно обратились бы к психиатрам за помощью [53].

Проведенный анализ медицинской документации пациентов с депрессивными расстройствами в одиннадцати странах показал, что продолжительность догоспитального течения депрессий среди сельских жителей — более двух лет, а также сельские жители имеют больше шансов для госпитализации в связи с развитием депрессии [37, 51].

Современные исследования показывают, что большая депрессия встречается у 8,3 % сельских и 14,8 % городских пациентов. Среди сельского населения значительно более высока вероятность развития большой депрессии при наличии таких факторов как небольшое количество близких друзей, финансовое неблагополучие и обращения к психиатрам в анамнезе [23].

Изучение сельского населения Пакистана показало, что факторы, наиболее вероятно приводящие к развитию депрессивного расстройства — невысокий уровень образования, низкий уровень социальной поддержки, снижение трудоспособности и (наиболее значимый) неудовлетворительное социальное положение [32].

Показано, что мужчины с ВИЧ-инфекцией, проживающие в сельской местности, по характеру общих стрессовых нагрузок, стресса, связанного со СПИДом, уровню социальной поддержки не отличались от городских мужчин, но имели более высокий риск для развития депрессивных расстройств [57].

По данным исследования врачи общей практики в сельской местности наиболее часто встречаются с депрессивными расстройствами, которые они выявляют

в среднем 1,44 на одного врача в месяц. В основном это случаи с суицидальными действиями, когда необходима психотерапевтическая помощь, что требует разрабатывать пути сотрудничества местной неотложной психиатрической службы здоровья с врачами общей практики в обеспечении психологических услуг для депрессивных больных в сельских обществах [62].

Изучение в Украине аффективных расстройств у подростков, проживающих в районах с повышенным радиационным фоном Винницкой и Хмельницкой областей показало, что в 7,1 % случаев выявляются депрессивные расстройства психотического уровня [9].

Исследования, проведенные в Китае, показали, что среди сельских школьников 13—16 лет симптомы тревоги выявлялись в 27—48 % случаев. Причины тревоги были связаны с качеством жизни, школьными проблемами. У 16 % изученных отмечались мысли о бесполезности жизни, а у 9 % была попытка самоубийства. У девочек симптомы депрессии выявлялись более часто. Помощь они искали у друзей и родителей; только в 1 % случаев были обращения за профессиональной помощью. Не отмечалось существенного различия в выявляемости симптомов тревоги и депрессии среди подростков из семейств с одним ребенком и многодетными семьями [18, 29].

Факторами риска для развития депрессии среди сельских подростков являются табакокурение, токсикомания, школьные проблемы, физическое и сексуальное злоупотребления [15, 35].

Исследования суицидов среди подростков Китая показали, что 19 % обследованных отмечают наличие суицидальных мыслей, а 7 % сообщили о попытках самоубийства. Суицидальное поведение становилось активнее с возрастом и достигало максимума в 16—18 лет. Девушки чаще сообщали о возможном самоубийстве, чем юноши. К категории значительного суицидального риска отнесены принадлежность к женскому полу, более старший возраст, обучение в школе-интернате, жизненные стрессы, депрессия [36, 40].

Результаты исследований в Польше показали, что частота выявления депрессивных расстройств значительно выше среди городских подростков, чем среди сельских. Отмечено, что среди девушек показатель распространенности депрессии по сравнению с юношами более высок, и он увеличивается с возрастом [50].

Изучение учащихся сельских школ США показало, что распространенность депрессивных расстройств среди подростков 14—18 лет составляет 34 %. Из них в 9 % случаев отмечена попытка совершить самоубийство в течение года. Депрессивные симптомы выявлялись в равной степени как у юношей, так и у девушек [46].

Данные исследований, проведенных в Австралии, свидетельствуют о том, что среди подростков до 17 лет депрессивные расстройства выявлялись чаще среди сельского населения. Уровень оказания медицинской помощи этой категории населения был недостаточен в сравнении с городским как по качеству услуг, так и по оплате и доступности. Среди факторов риска — ограниченная возможность получить образование, работу, возможности активного отдыха (развлечений). Девушки чаще сообщали о депрессии [49].

Распространенность депрессивных расстройств и недостаток адаптивных ресурсов у подростков заставляет разрабатывать систему оказания профилактических мероприятий для этой категории населения. Обучение основам психопрофилактики рассматривается

как эффективное вмешательство с практической точки зрения [42, 48].

Распространенность депрессивных расстройств в городах Ливерпуль (Великобритания) и Дублин (Ирландия) среди женского населения выше, чем в сельской местности [12].

В Финляндии (Турку) депрессивные расстройства среди городского женского населения выявляются реже, чем в Великобритании и Ирландии. Депрессивные расстройства связаны с неуверенностью в жизни и трудностями в получении практической помощи от окружающих, а выявленные различия полностью не объясняются только социодемографическими факторами [38, 39].

Исследования в США свидетельствуют, что депрессивные расстройства больше распространены среди жителей сельской местности и наблюдаются чаще среди женщин с низким материальным достатком. Медицинская помощь им не оказывается вовремя из-за ограниченного доступа к лечению и низкой обращаемости. В связи с этим на основании изучения биопсихосоциальных причин возникновения больших депрессий была разработана временная программа оказания помощи таким больным и программа лечения аффективных расстройств у женщин [21, 28].

Проведенные исследования среди женщин, проживающих в сельской местности, показывают, что возможность возникновения депрессии и тревоги выше среди женщин, которые берут отпуск раз в два года или раз в шесть лет по сравнению с женщинами, которые брали отпуск раз или больше в год [38].

Изучение депрессивных расстройств среди сельского населения американских женщин африканского происхождения свидетельствует о необходимости проведения дальнейших научных исследований с целью своевременного оказания специализированной помощи этому контингенту [27].

Исследования, проведенные в США, показали, что у женщин, проживающих в сельской местности, депрессивные расстройства выявляются несвоевременно, а оказание помощи при этих расстройствах несовершенно. Отмечена необходимость изучения указанной проблемы с целью усовершенствования оказания квалифицированной психиатрической помощи [30].

Исследования в США продемонстрировали взаимосвязь между физическим состоянием и депрессиями. У 3,8 % взрослых в Нью-Мексико выявлялись депрессивные расстройства, и они чаще были у людей с алкогольной и табачной зависимостью, гипертонией, высоким уровнем холестерина в крови, артритом и бронхиальной астмой. Указано, что разработка программ своевременной диагностики и лечения депрессии может способствовать уменьшению хронической патологии [16].

По данным американских исследователей, 10 % беременных женщин США страдают депрессией. Изучается прием антидепрессантов во время беременности. Исследовались женщины, которые до наступления беременности лечились от глубокой депрессии. Согласно результатам, среди женщин, принимавших участие в исследовании, рецидивы глубокой депрессии возникли у 43 %, причем у половины из них симптомы депрессии возникли уже в первом триместре беременности. Среди женщин, продолжавших антидепрессивную терапию до конца беременности, рецидив глубокой депрессии возник у 26 %, в то время как у женщин, отказавшихся

от антидепрессантов, рецидивы депрессии возникли в 68 % случаев. Прием антидепрессантов во время исследования не приводил к развитию серьезных врожденных дефектов у новорожденных [19].

Изучение распространенности депрессивных расстройств в фермерских семьях США свидетельствует о повышенном риске их возникновения у людей при работе с животными и сельскохозяйственными механизмами [54].

Крупномасштабные исследования распространения эндогенных депрессивных расстройств среди сельского населения Канады показали, что распространенность большой депрессии составляет 3,8 % и наблюдается преимущественно у женщин, хотя это различие не достигало статистической значимости. Факторами риска для возникновения большой депрессии являлись наследственность и стрессовые влияния. У жителей сельской местности депрессивные расстройства выявлялись реже относительно городской популяции. Среди причин, способствующих возникновению депрессивных расстройств, были указаны употребление наркотиков, дефицит социальной поддержки, безработица и психотравмирующие события [52].

Данные, полученные в Пакистане, свидетельствуют, что депрессивные расстройства среди проживающих в сельской местности выявляются достоверно чаще среди женщин с высоким уровнем социального бедствия и низким уровнем образования. В то же время другие факторы, влияющие на возникновение депрессии, выявленные в Западных странах (неуверенность в жизни, трое и более маленьких детей, утрата матери в детстве), не имели значения [33].

Исследования, проведенные в Пакистане среди сельского населения в окрестностях (до 30 км) г. Лахор, выявили, что депрессивные расстройства у женщин в климактерическом возрасте (49—50 лет) выявлялись в 38,5 % случаев. При этом средний возраст климактерия был ниже, чем у кавказских, тайских и малайзийских женщин; совпадал с данными, полученными при исследовании в Африке и Южной Америке; и был выше, чем у женщин из Ирана, Египта, Турции и Объединенных Арабских Эмиратов. Частота выявляемости депрессивных симптомов была сравнительно ниже, чем у европейского населения [63].

Данные исследований в Северном Уэльсе свидетельствовали, что уровень зарегистрированных депрессивных расстройств в сельской местности ниже, чем в городской. Повышенный риск возникновения депрессивных расстройств связан с низким материальным достатком, полом, безработицей, недостаточной общественной поддержкой и отрицательными событиями в жизни [41].

Исследования среди жителей сельской местности, занятых сельскохозяйственным трудом в Бельгии, свидетельствуют о неуклонном росте депрессивных расстройств, особенно среди женщин. Связи с возрастом, образованием, потерей работы или разводом выявлено не было [61].

Отмечена проблема оказания помощи женщинам, проживающим в сельской местности Австралии, страдающим послеродовой депрессией. Применение на практике системы оказания помощи таким больным показало ее эффективность и рекомендовано к внедрению в практическую работу органов здравоохранения. Активно разрабатываются стратегии оказания помощи женщинам, проживающим в сельской местности, страдающим послеродовой депрессией [20].

Указывається, що изучение недіагностованих депресивних расстройств среди пациентов, проживающих в сельской местности и помещенных в учреждение закрытого типа, представляет отдельную проблему, которая нуждается в изучении [47].

Распространенность депресивных расстройств среди пожилых людей, проживающих в сельской местности Испании, отмечена в 11,4 % случаев. Депресивные симптомы более часто выявлялись у женщин с хроническими заболеваниями, неудовлетворенных социальной поддержкой, проживающих в одиночестве, имеющих низкий доход и невысокое образование. Отмечено, что депресивные расстройства среди пожилых женщин могут быть связаны с невысоким культурным уровнем [56].

В Турции выявлено, что депресивные симптомы наблюдаются у 50 % людей старше 55 лет с низким доходом. Эти симптомы чаще выявлялись среди овдовевших женщин, не застрахованных на случай болезни и одиноких. Среди больных депресиями более часто относительно здоровых лиц выявлялись хронические соматические заболевания [43].

Исследования, проведенные в США, свидетельствуют, что развитие больших депресивных симптомов более вероятно среди сельского населения старше 65 лет с низким уровнем социальной поддержки. [14].

Исследования в частных больницах, расположенных в сельской местности, показали невысокую выявляемость депресивных симптомов среди населения. В 46 % случаев выявленной большой депресии пациенты нуждались в медикаментозном лечении, а в 33 % — случаев в консультации психиатра [13].

Исследования, проведенные в США среди жителей сельской местности старше 75 лет, свидетельствовали, что в 45,1 % случаев нетрудоспособность достоверно связана с депресивными расстройствами [44].

Изучение депресивных расстройств среди сельского пожилого южноафриканского населения показало, что выявление депресивных расстройств не было связано с уровнем социальной поддержки, но были корреляции с гипертензией [22].

Изучение депресивных расстройств среди сельского сельского населения Индии выявило связь с увеличением возраста и низким уровнем образования. Выявлено, что среди неграмотного населения при выявлении депресивных расстройств гендерных отличий не отмечалось, в то время как среди грамотного депресивные расстройства определялись чаще среди женщин [26].

Исследования, проведенные в Великобритании, показали, что выявление депресии и тревоги у пожилых людей (старше 75 лет), проживающих в сельской местности, выше в областях с очень высокой и средней плотностью населения. В областях, лишенных достаточных социально-экономических условий для проживания, депресивные расстройства выявлялись чаще [58].

Исследования, проведенные в Китае, показали, что 6 % сельского населения старше 60 лет страдает депресивными расстройствами. Они чаще выявлялись у женщин из бедных семей. Большое значение для возникновения их имели недостаток социальной поддержки, проблемы в отношениях, болезни и неблагоприятные события в жизни за последние 2 года. Изучение рисков возникновения депресии показало, что имеют значение недоедание (включение в рацион

мясных продуктов реже одного раза в неделю), отсутствие телевидения и недостаточная медицинская помощь (в частности, не выявленная гипертензия) [17].

При изучении здоровья пожилых людей, проживающих в сельской местности Тайваня, в 57 % случаев были выявлены депресивные расстройства. Значимыми показателями в возникновении депресии были пол, образовательный уровень, супружеский статус, жизненное устройство, социоэкономический статус. У женщин депресивные симптомы выявлялись чаще, чем у мужчин. Риск возникновения тяжелой депресии увеличивался с возрастом, у людей без образования, среди вдовцов, разведенных и одиноких [59].

Исследование, проведенное среди сельского населения Тайваня пожилого возраста за 12-летний период, показывает, что депресивные расстройства являются фактором риска повышенной смертности среди этой категории населения [24].

Изучение депресивных расстройств у пожилых людей, проживающих в сельской местности, обнаружило связь поведения родителей по отношению к детям в начале жизни с возникновением депресии у них в конце жизни [55].

Изучение психических расстройств у жителей сельских районов Китая в возрасте старше 65 лет показало снижение когнитивных функций у больных с депресивными расстройствами независимо от пола и образования [60].

Исследование распространенности депресивных расстройств среди пожилого населения Китая свидетельствует, что среди перенесших инсульт депресивные расстройства выявляются в 2 раза чаще, чем в общей популяции [25].

Возникновение депресивных расстройств у лиц пожилого возраста с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями существенно ухудшает качество жизни этих больных не только в сфере психического здоровья (эмоциональной и когнитивной), но и во всех других сферах жизни. Только своевременное применение адекватной терапии антидепрессантами дает возможность ощутимо улучшить качество жизни лиц пожилого возраста с депресивными расстройствами [4].

Таким образом, данные литературного обзора свидетельствуют о том, что депресии по-прежнему, занимают ведущее место среди всей патологии и имеют большое медико-социальное значение. Предыдущие исследования депресивных расстройств у сельских жителей свидетельствуют о том, что они имеют свою специфику во всех возрастных категориях. Неудовлетворительное социальное положение, финансовое неблагополучие, уровень образования, низкий уровень (или отсутствие) социальной поддержки, специфика сельскохозяйственного труда, низкая обращаемость за квалифицированной помощью и ограниченный доступ к специализированной медицинской помощи, аддиктивное поведение имеют свои особенности и имеют неблагоприятное влияние как на возникновение и течение заболевания, так и на суицидальную активность.

Имеет значимость последующее углубленное изучение в Украине особенностей депресивных расстройств, возникающих у жителей сельской местности. Это необходимо для своевременной диагностики депресий, предоставления своевременной и качественной помощи, предотвращения суицидов, улучшения качества жизни данной категории населения.

Список літератури

1. Агарков А. А. Общественно опасные действия психически больных из сельской местности: Дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2003. — 187 с.
2. Багалій Д. І. Нарис історії України. — К.: Час, 1994. — 288 с. (Доба натурального господарства)
3. Герасимчук В. Е. О демографической ситуации в Украине [Электронный ресурс] // Население и общество. — 2005. — № 219—220. — Режим доступа к журналу: <http://demoscope.ru/weekly/2005/0219/gazeta06.php>
4. Дзеружинская Н. А. К вопросу о качестве жизни пожилых больных с депрессивными расстройствами, возникшими на фоне хронической сердечно-сосудистой патологии // Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 3(13). — С. 162—165.
5. Закон України «Про державний бюджет на 2001 рік» // Відомості Верховної Ради України. — 2001. — № 2—3. — С. 10.
6. Історія України: Курс лекцій. У кн.: 20 століття: [навч. посібник] / Л. Г. Мельник, В. Ф. Верстюк, М. В. Демченко [та ін.]. — К.: Либідь, 1992. — 464 с.
7. Підаєв А. В., Табачников С. І. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психологічної допомоги в загальносоматичній мережі // Архів психіатрії. — 2003. — № 1(32). — С. 4—5.
8. Поляченко Ю. В. Стан та перспективи розвитку сімейної медицини в Україні / Ю. В. Поляченко, С. М. Ханенко, В. Д. Парій // Міжнародний медичний журнал, спеціальний випуск, матеріали 2 з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України, Харків, 25—26 жовтня 2005 р. — С. 15—16.
9. Римша С. В. та ін. Клінічний поліморфізм та розповсюдженість афективно-вольових розладів, що виникають під впливом шкідливих екзогенних факторів / С. В. Римша, А. І. Кондратюк, О. А. Серебрянікова [та ін.] // Матеріали пленуму Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, присвяченого Року Здоров'я «Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України». — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2001. — С. 130—133.
10. Рудь В. О. Епідеміологічний аналіз суїцидальної смертності в чоловічій популяції Полтавської області за 15 років // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 127—128.
11. Субтельний Орест. Україна: історія / Пер. з англ. Ю. І. Шевчука; Вст. ст. С. В. Кульчицького. — К.: Либідь, 1991. — 512 с.
12. Andrews G. et al. Why does the burden of disease persist. Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment // Bull. WHO. — 2000. — Vol. 78. — № 4. — P. 446—454.
13. Bergus G. R. et al. The limited effect of screening for depressive symptoms with the PHQ-9 in rural family practices / G. R. Bergus, A. J. Hartz, R. J. Noyes, [et al.] // J. Rural Health. — 2005 Fall; 21(4): 303—9.
14. Blalock S. J., Byrd J. E., Hansen R. A. et al. Factors associated with potentially inappropriate drug utilization in a sample of rural community-dwelling older adults / Blalock S. J., Byrd J. E., Hansen R. A., [et al.] // Am. J. Geriatr. Pharmacother. — 2005 Sep; 3(3): 168—79.
15. Burns J. J. Depressive symptoms and health risk among rural adolescents // Pediatrics. — 2004 May; 113(5): 1313—20.
16. Centers for Disease Control and Prevention Mental health in the United States: health risk behaviors and conditions among persons with depression—New Mexico, 2003 // MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. — 2005 Oct 7; 54(39): 989—91.
17. Chen R. et al. Depression in older people in rural China / R. Chen, L. Wei, Z. Hu, X. Qin, J. R. Copeland, H. Hemingway // Arch. Intern. Med. — 2005 Sep 26; 165(17): 2019—25.
18. Chikani V. et al. Vacations improve mental health among rural women: the Wisconsin Rural Women's Health Study / V. Chikani, D. Reding, P. Gunderson, C. A. McCarty // WMJ. — 2005 Aug; 104(6): 20—3.
19. Cohen L. et al. Women with depression risk relapse while pregnant // Mental health and Psychiatry news. — 2006 Jan. — P. 31.
20. Craig E., Judd F., Hodgins G. Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria: a pilot study // Australian Psychiatry. — 2005 Sep; 13(3): 291.
21. Dobalian A., Tsao J. C., Radcliff T. A. Diagnosed mental and physical health conditions in the United States nursing home population: differences between urban and rural facilities // J. Rural Health. — 2003 Fall; 19(4): 477—83.
22. Dorsey S. M., Rodriguez H. D., Brathwaite D. Are things really so different? A research finding of satisfaction, illness and depression in rural South African elderly // ABNF J. — 2002 Mar-Apr; 13(2): 41—4.
23. Friedman B., Conwell Y., Delavan R. L. Correlates of late — life major depression: a comparison of urban and rural primary care patients // Am. J. Geriatr. Psychiatry. — January 2007; 15: 28—41.
24. Fu C. C., Fu C. C., Lee Y. M., Chen J. D. Association between depressive symptoms and twelve-year mortality among elderly in a rural community in Taiwan // J. Formos. Med. Assoc. — 2003 Apr; 102(4): 234—9.
25. Fuh J. L. et al. Poststroke depression among the Chinese elderly in a rural community / J. L. Fuh, H. C. Liu, S. J. Wang, C. Y. Liu, P. N. Wang // Stroke. — 1997 Jun; 28(6): 1126—9.
26. Ganguli M. et al. Depressive symptoms, cognitive impairment and functional impairment in a rural elderly population in India: a Hindi version of the geriatric depression scale (GDS-H) / M. Ganguli, S. Dube, J. M. Johnston, R. Pandav, V. Chandra, H. H. Dodge // Int. J. Geriatr. Psychiatry. — 1999 Oct; 14(10): 807—20.
27. Gary F. A., Yarandi H. N. Depression among southern rural African American women: a factor analysis of the Beck Depression Inventory-II // Nurs. Res. — 2004 Jul-Aug; 53(4): 251—9.
28. Hauenstein E. J. A nursing practice paradigm for depressed rural women: theoretical basis // Arch. Psychiatr. Nurs. — 1996 Oct; 10(5): 283—92.
29. Hesketh T., Ding Q. J. Anxiety and depression in adolescents in urban and rural China // Psychol. Rep. — 2005 Apr; 96(2): 435—44.
30. Hillemeier M. M. et al. Mental health services provided through the National Centers of Excellence in Women's Health: do they reach rural women? / M. M. Hillemeier, C. S. Weisman, K. Baker, K. Primavera // Womens Health Issues. — 2005 Sep-Oct; 15(5): 224—9.
31. Hintikka J. et al. Daily tea drinking is associated with a low level of depressive symptoms in the Finnish general population / J. Hintikka, T. Tolmunen, K. Honkalampi [et al.] // Eur. J. Epidemiol. — 2005; 20(4): 359—63.
32. Husain N. et al. Life stress and depression in a frivola area of Pakistan / N. Husain, I. B. Chaudhry, M. A. Afridi, [et al.] // The British J. of Psychiatry. — 2007; 190: 36—41.
33. Husain N. et al. Social factors associated with chronic depression among a population-based sample of women in rural Pakistan / N. Husain, R. Gater, B. Tomenson, F. Creed // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — Vol. 39, № 8. — 2004 Aug; P. 618—624.
34. Judd F. et al. First year of practice visits for the Rural Depression Anxiety Research and Treatment General Practice program / F. Judd, A. Cockram, J. Davis, A. Fahey, G. Hodgins, H. Jackson, J. Scopelliti // Aust. J. Rural Health. — 2003 Aug; 11(4): 175—80.
35. Kim L. V. et al. Prevalence and Psychosocial Risk Factors of Depressions in Adolescents (Crosss-Cultural Study) // Soc. and Clin. Psychiatry. — 1996. — № 4. — P. 9.
36. Lee P. Relevance of depression assessment scales to primary care questioned // J. Affect. Disord. — 2007; 99: 139—145.
37. Lehtinen V. et al. Urban-rural differences in the prevalence of depression in Europe: Evidence from the ODIN project / V. Lehtinen, E. Michalak, C. Wilkinson [et al.] // European Psychiatry. — Vol. 15. — Suppl. 2. — 2000. — P. 311.
38. Lehtinen V. et al. Urban-rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe Evidence from the ODIN study / V. Lehtinen, E. Michalak, C. Wilkinson, [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 2003 June. — Vol. 38. — № 6. — P. 283—289.
39. Lehtinen V. et al. The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample / V. Lehtinen, B. Sohlman, T. Salomaa, J.-L. Ayuso-Mateos, C. Dowrick // Ibid. — 2005 Oct. — Vol. 40. — № 10. — P. 778—784.
40. Liu X. et al. Suicidality and correlates among rural adolescents of China / X. Liu, J. Y. Tein, Z. Zhao, I. N. Sandler // J. Adolesc. Health. — 2005 Dec; 37(6): 443—51.
41. Michalak E. E. et al. Prevalence and risk factors for depression in a rural setting Results from the North Wales arm of the ODIN project / E. E. Michalak, C. Wilkinson, K. Hood, J. Srinivasan, C. Dowrick, G. Dunn // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 2002. — Vol. 37. — № 12. — P. 567—571.

42. Murray L., Cooper P. J. Postpartum depression and child development. — New York, NY: Guildford Press, 1997. — P. 54—81.
43. Nahcivan N. O., Demirezen E. Depressive symptomatology among Turkish older adults with low incomes in a rural community sample // *J. Clin. Nurs.* — 2005 Nov; 14(10): 1232—40.
44. Patrick J. H. et al. The effects of depressed affect on functional disability among rural older adults / J. H. Patrick, J. C. Johnson, R. T. Goins, D. K. Brown // *Qual. Life Res.* — 2004 Jun; 13(5): 959.
45. Paul S. F., Liu P., Jianping H. M. Song Suicide rates in China during a decade of rapid social changes // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* — 2005 Oct. — Vol. 40. — № 10. — P. 792—798.
46. Peden A. R., Reed D. B., Rayens M. K. Depressive symptoms in adolescents living in rural America // *J. Rural Health.* — 2005 Fall; 21(4): 310—6.
47. Perez-Jara J. et al. Non diagnosed depression among the institutionalized population in a rural area / J. Perez-Jara, E. Lucia, F. Mayo, J. J. Leon, J. Alvarez, F. Frei, A. Enguix // *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* — 2002 Oct; 17(10): 974—5.
48. Puskar K., Sereika S., Tusaie-Mumford K. Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents // *J. Child. Adolesc. Psychiatr. Nurs.* — 2003 Apr-Jun; 16(2): 71—80.
49. Quine S. et al. Health and access issues among Australian adolescents: a rural-urban comparison / S. Quine, D. Bernard, M. Booth, M. Kang, T. Usherwood, G. Alperstein, D. Bennett // *Rural Remote Health.* — 2003 Oct-Dec; 3(3): 245.
50. Rola J. Depression in adolescents from different environments: town and village // *Psychiatr. Pol.* — 2005 May-Jun; 39(3): 537—47.
51. Rost K. et al. Rural-Urban differences in hospitalization rates of primary care patients with depression / K. Rost, S. Adams, S. Xu, F. Dong // *Psychiatr. Serv.* — 2007; 58: 471.
52. Scott B. et al. Epidemiology of major depression in a predominantly rural health region / B. Scott, A. Patten, L. S. Heather [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* — Vol. 38. — 2003 July. — № 7. — P. 360—365.
53. Simons L., Havens J.A. Rural Americans more likely to self-medicate // *J. Affect. Disord.* — 2007; 99: 265—271.
54. Stallones L., Beseler C. Safety practices and depression among farm residents // *Ann. Epidemiol.* — 2004 Sep; 14(8): 571—8.
55. Stimpson J. P., Tyler K. A., Hoyt D. R. Effects of parental rejection and relationship quality on depression among older rural adults // *Int. J. Aging. Hum. Dev.* — 2005; 61(3): 195—210.
56. Swenson C. J. et al. Depressive symptoms in Hispanic and non-Hispanic White rural elderly: the San Luis Valley Health and Aging Study / C. J. Swenson, J. Baxter, S. M. Shetterly, S. L. Scarbro, R. F. Hamman // *Am. J. Epidemiol.* — 2000 Dec 1; 152(11): 1048—55.
57. Uphold C. R. et al. Mental health differences between rural and urban men living with HIV infection in various age groups / C. R. Uphold, D. Rane, K. Reid, S. L. Tomar // *J. Community Health.* — 2005 Oct; 30(5): 355—75.
58. Walters K. et al. Local area deprivation and urban-rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain / K. Walters, E. Breeze, P. Wilkinson, G. M. Price, C. J. Bulpitt, A. Fletcher // *Am. J. Public. Health.* — 2004 Oct; 94(10): 1768—74.
59. Wang J. J. Prevalence and correlates of depressive symptoms in the elderly of rural communities in southern Taiwan // *J. Nurs. Res.* — 2001 Jun; 9(3): 1—12.
60. Wang P. N. et al. Subjective memory complaint in relation to cognitive performance and depression: a longitudinal study of a rural Chinese population / P. N. Wang, S. J. Wang, J. L. Fuh, [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2000 Mar; 48(3): 295—9.
61. Wauterickx N., Bracke P. Unipolar depression in the Belgian population Trends and sex differences in an eight-wave sample // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* — 2005. — Vol. 40. — № 9. — P. 691—699.
62. Wright M. J. et al. Caring for depressed patients in rural communities: general practitioners' attitudes, needs and relationships with mental health services / M. J. Wright, K. D. Harmon, J. A. Bowman, T. J. Lewin, V. J. Carr // *Aust. J. Rural Health.* — 2005 Feb; 13(1): 21—7.
63. Yahya S., Rehan N. Age, pattern and symptoms of menopause among rural women of Lahore // *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad.* — 2002 Jul-Sep; 14(3): 9—12.

Надійшла до редакції 27.01.2009 р.

Ж. І. Білостоцька, І. Л. Вовк

Сучасні особливості депресивних розладів у мешканців сільській місцевості (Огляд літератури)

Обласна психіатрична лікарня № 1 Харківської області

Дані літературного огляду свідчать про те, що депресії як і раніше, займають провідне місце серед усієї патології і мають велике медико-соціальне значення. Попереднє дослідження депресивних розладів у сільських мешканців свідчать про те, що вони мають свою специфіку в усіх вікових категоріях. Незадовільне соціальний стан, фінансове неблагополуччя, рівень освіти, низький рівень (або відсутність) соціальної підтримки, специфіка сільськогосподарської праці, низька звертаємость за кваліфікованою допомогою і обмежений доступ до спеціалізованої медичної допомоги, адиктивна поведінка мають свої особливості і мають несприятливий вплив як на виникнення і перебіг захворювання, так і на суїцидальну активність. Необхідність подальшого поглибленого вивчення в Україні особливостей депресивних розладів, що виникають у жителів сільської місцевості, має рацію. Це потрібно для своєчасної діагностики депресій, надання своєчасної і якісної допомоги, запобігання суїцидів, поліпшення якості життя даної категорії населення.

Z. I. Bilostots'ka, I. L. Vovk

Modern features of depressive frustration revealed at living in rural persons (The literature review)

Regional psychiatric hospital № 1 the Kharkiv area

Data of the literary review testify that depressions still, take a leading place among all pathology and have the big medical-social value. The previous research of depressive frustration at countrymen testify that they have the specificity in all age categories. The unsatisfactory social status, financial trouble, an educational level, low level (or absence) social support, specificity of agricultural work, low обрацаемость behind the qualified help and the limited access to specialised medical aid, аддиктивное behaviour have the features and have adverse influence both on occurrence and a disease course, and on suicide activity. Has the importance the subsequent profound studying in Ukraine of features of depressive frustration arising at inhabitants of a countryside. It is necessary for timely diagnostics of depressions, to granting of the timely and qualitative help, prevention of suicides, improvement of quality of a life of the given category of the population.