

УДК 616.89—362.141:614.447(477)

М. К. Хобзей¹, П. В. Волошин², Н. О. Марута^{1,2}, О. М. Зінченко¹,
О. О. Петриченко¹, Л. І. Дьяченко²

Міністерство охорони здоров'я України¹ (м. Київ),

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»² (м. Харків)

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

В статті наведені основні напрямки покращання ситуації в сфері психічного здоров'я — необхідність розроблення державної стратегії в галузі психічного здоров'я, яка визначає проблеми профілактики психічних розладів пріоритетами держави та забезпечує участь усього суспільства та міжвідомчу взаємодію у вирішенні цієї складної проблеми; проведення структурної реформи галузі, спрямованої на відтворення соціально-орієнтованої допомоги, яка передбачає розширення мережі стаціонарзамісних форм допомоги при поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної служби; перехід від переважно медичної до біопсихосоціальної, та, відповідно, до мультидисциплінарної моделі психіатричної допомоги і бригадного підходу до її надання; вдосконалення методології надання психіатричної допомоги з максимальним використанням можливостей психосоціальної терапії та реабілітації, без обмеження лікувальних можливостей лише фармакотерапією.

Реформа психіатричної допомоги на засадах соціально-орієнтованої психіатричної служби потребує фінансування та підтримки держави та активної участі всього суспільства, законодавчої та виконавчої влади, налагодження міжсекторальної взаємодії закладів Міністерства охорони здоров'я України та інших Міністерств і відомств.

Ключові слова: психічне здоров'я, психіатрична допомога в Україні, реформа

Зміцнення психічного здоров'я, профілактика та лікування психічних розладів є провідними чинниками покращання якості життя й благополуччя, зростання соціального капіталу, продуктивності окремих людей, родин, соціальних груп та суспільства у цілому. Така стратегія відображена в Європейській Декларації психічного здоров'я, до якої приєдналася Україна у 2005 році.

За даними ВООЗ у 38 % населення країн Євросоюзу в певний момент їхнього життя реєструється один або декілька психічних розладів, які обумовлюють 19 % загального економічного тягаря усіх захворювань.

Психічні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільства, які обумовлені непрацездатністю та соціальною дезадаптацією хворих та їх родичів, суїцидальною та соціально небезпечною поведінкою цього контингенту осіб, суттєвим погіршенням якості життя самих хворих та їх близьких.

На жаль, Україна не позбавлена проблем, пов'язаних з вадами психічного здоров'я, про що свідчать статистичні показники. Аналіз показника захворюваності на розлади психіки та поведінки за 10-річний період свідчить про зменшення цього показника на 6,7 % (рис. 1).

Цей показник в Україні на початок 2002 р. складав 248,8 на 100 тис. населення, у 2006 р. знизився до 230,9, а в 2007 і 2008 роках відзначилось його підвищення до 242,3 і 249,2 на 100 тис. населення, відповідно. З 2009 р. показник захворюваності знову набув тенденцію до зниження: у 2009 р. — 232,4, у 2010 р. — 234,6, у 2011 р. — 232,2.

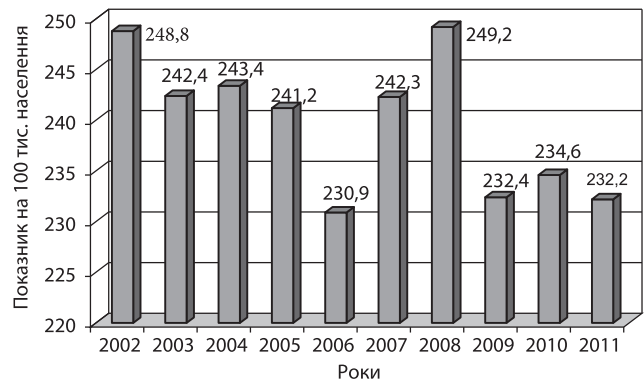


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2002—2011 роках

Як і в попередні роки, у 2011 році виявляються значні коливання показника захворюваності на розлади психіки та поведінки в окремих регіонах України.

У 2011 р. найбільшим цей показник був в Житомирській області — 428,3 на 100 тис. населення, що майже вдвічі більше від середнього по Україні (232,2). Високі показники захворюваності відзначались також в Київській (375,7) та Чернігівській (318,8) областях. Вдвічі нижчим за середній по Україні цей показник був в м. Севастополь (128,5), м. Київ (142,7), Чернівецькій (161,6) області.

У структурі зареєстрованої захворюваності переважають психічні розлади непсихотичного характеру — 74,0 % (або 174,9 на 100 тис. населення) від загальної кількості зареєстрованих розладів психіки та поведінки, розлади психотичного характеру складають 17,8 % (41,2), розумова відсталість — 8,2 % (19,1) (рис. 2).

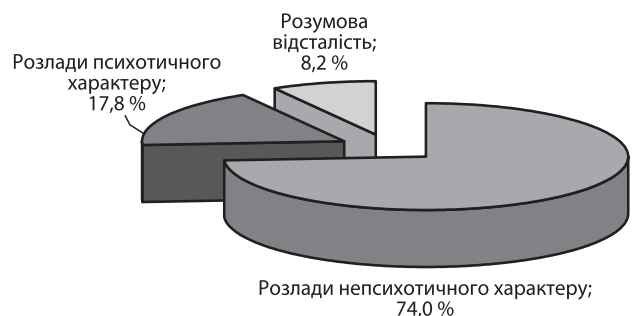


Рис. 2. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2011 р.

Перевищують середній по Україні (171,9) показник зареєстрованої захворюваності на розлади психіки та поведінки непсихотичного характеру в Житомирській (340,8), Київській (297,6), Луганській (220,9) областях,

значно нижчі — в м. Севастополі (74,4), Києві (101,3), Миколаївській області (114,5).

Показники захворюваності на розлади психіки та поведінки психотичного характеру вищі за середній по Україні (41,2) в Харківській (63,2), Запорізькій (55,5), Херсонській (54,6) областях, нижчі — в Чернівецькій (24,7), Волинській (25,7), Львівській (26,8) областях.

Показники зареєстрованої розумової відсталості в Херсонській (34,2), Житомирській (31,5), Сумській (28,4) областях значно перевищували середній по Україні (19,1), а в м. Києві (3,8), Севастополі (4,5) цей показник у 4—5 разів нижчий за середній по Україні.

Аналіз поширеності розладів психіки та поведінки свідчить про те, що на кінець 2011 року в психіатричних закладах України під диспансерним та консультативним спостереженням перебувало 1 164 077 осіб з різними формами цієї патології. Виявляється поступове підвищення показника поширеності розладів психіки та поведінки всіх груп психічної патології, без значних щорічних коливань. За 10-річний період цей показник збільшився на 3,4 % і склав у 2011 р. 2552,9 на 100 тис. населення (в 2002 р. — 2468,2) (рис. 3).

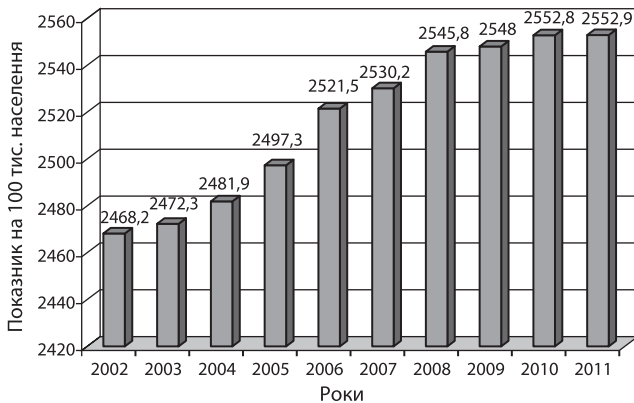


Рис. 3. Поширеність розладів психіки та поведінки у 2002—2011 роках

Найбільш високі показники поширеності розладів психіки та поведінки, як і в попередні роки, реєструвались в Херсонській (3093,2), Черкаській (3025,1), Донецькій (2971,2) областях. Нижчим за середній по Україні цей показник був в м. Києві (1972,5), Вінницькій (2008,5), Миколаївській (2160,5) областях.

У структурі поширеності розладів психіки та поведінки найбільший відсоток в динаміці стабільно зберігають неспіхотичні психічні розлади — 50,2 %, розлади психічного характеру складають 26,6 %, розумова відсталість — 23,2 % (рис. 4).

Найбільш високий показник поширеності психічних розладів неспіхотичного характеру в 2011 р. реєструвався в Черкаській (1634,0 на 100 тис. населення), Луганській (1573,9), Донецькій (1546,3) областях, майже вдвічі меншими ці показники були в Вінницькій (883,3), Миколаївській (881,1), Полтавській (987,9) областях (середній по Україні — 1281,1).

В показниках зареєстрованої поширеності розладів психіки та поведінки психотичного характеру коливання були дещо меншими, ніж в показниках поширеності неспіхотичного характеру: від 848,1 — Харківській, 836,0 — Донецькій, 758,0 — Луганській областях, до 519,2 — в Кіровоградській, 542,0 — Тернопільській, 553,8 — Чернівецькій областях (середній по Україні — 679,9).

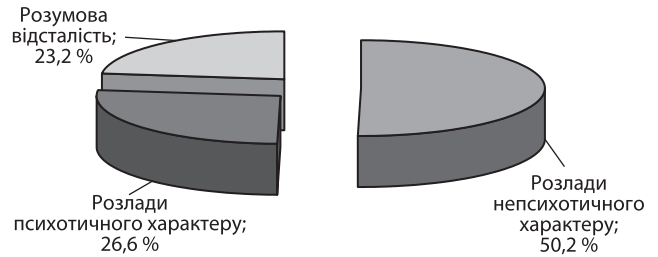


Рис. 4. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2011 р.

Значні коливання відзначалися в показниках поширеності розумової відсталості. Перевищував середній по Україні (591,9) цей показник в Херсонській (1045,9), Сумській (791,2), Одеській (781,1) областях, нижчі за середній по Україні — в м. Києві (221,1), Севастополі (364,8), Житомирській області (443,4).

Вивчення показників інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів показало, що на початок 2012 р. в Україні 277 282 хворих на розлади психіки та поведінки мали групу інвалідності, з них 8,4 % дітей віком 0—17 років. 11 548 хворих за 2011 р. були визнані інвалідами первинно. У порівнянні з 2002 р. кількість хворих, первинно визнаних інвалідами, зменшилась на 7,2 % з 27,3 у 2002 р. до 25,3 у 2011 р. на 100 тис. населення. За цей же час на 16,5 % збільшилась кількість хворих, які мають групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки, — з 522,1 на 100 тис. населення в 2002 р. до 608,1 у 2011 р. Найбільший показник первинно визнаних інвалідами у 2011 р. зареєстрований у Львівській (33,8 на 100 тис. населення), Чернівецькій (33,2), Миколаївській та Чернігівській (по 30,7) областях, нижчим за середній по Україні (25,3), цей показник був у АР Крим (18,0), Харківській (18,4) області, м. Києві (18,5).

В середньому по Україні групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки мають 608,1 осіб на 100 тис. населення. Перевищується цей показник в Волинській (744,4), Чернігівській (743,1), Івано-Франківській (673,5) областях, нижчими за середній по Україні він є в Київській (482,6), АР Крим (495,7) та м. Севастополі (484,3).

В структурі визнаних інвалідами первинно та групі, які мали групу інвалідності в 2011 р., перше рангове місце посідала розумова відсталість (37,6 % і 37,1 %, відповідно), на другому місці була група захворювань на шизофренію, шизоафективні, шизотипові й інші хронічні маячні психічні розлади (28,6 % і 36,1 %), на третьому місці — органічні, включно симптоматичні, розлади психіки (19,0 % і 14,5 %), епілепсії (4,6 % і 9,9 %) (рис. 5).

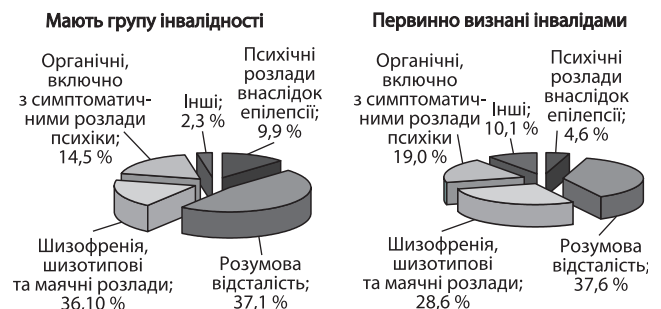


Рис. 5. Структура інвалідності осіб з психічними поведінковими розладами у 2011 р.

Необхідно зазначити, що при поступовому зменшенні показників первинно визнаних інвалідами різних груп захворювань показники кількості хворих, які мають групу інвалідності, підвищуються в групах шизофренії, шизоафективних і інших маячних розладів з 190,9 на 100 тис. населення у 2002 р. до 219,7 — у 2011 р. та розумової відсталості — з 177,8 до 225,6, відповідно.

Аналіз показників діяльності психіатричної служби свідчив про те, що протягом 2011 р. хворі на розлади психіки та поведінки отримували психіатричну допомогу у 84 психіатричних та психоневрологічних лікарнях, 27 психоневрологічних диспансерах, 655 психіатричних та психотерапевтичних кабінетах. В психіатричних диспансерах і кабінетах під диспансерним та консультативним спостереженням у 2011 р. перебувало більше 1 мільйона хворих з різними формами розладів психіки та поведінки, за рік 62 тисячі осіб отримали консультацію з питань психічного здоров'я і необхідний курс лікування. Під опікою у 2011 р. в психоневрологічних закладах перебувало 19 766 осіб з різними формами розладів психіки та поведінки. Лікарями психіатричних диспансерів з метою профілактичних попередніх та періодичних психіатричних оглядів проконсультовано 1 892 974 осіб, у 4 996 з них виявлені розлади психічного здоров'я.

На кінець 2011 р. в Україні функціонувало 39 810 психіатричних ліжок, 1626 з них — для дітей та підлітків.

За 2011 р. ліжковий фонд психіатричних закладів скоротився на 2126 ліжок (більше ніж на 5 %), за 10-річний період — на 15,0 %.

Забезпеченість населення психіатричними ліжками для дорослих на кінець 2011 року складала 101,6 на 100 тис. населення. За 10-річний період кількість психіатричних ліжок для дорослих скоротилась на 8,3 % (з 110,8 у 2002 р. до 101,6 у 2011 р.) (рис. 6).

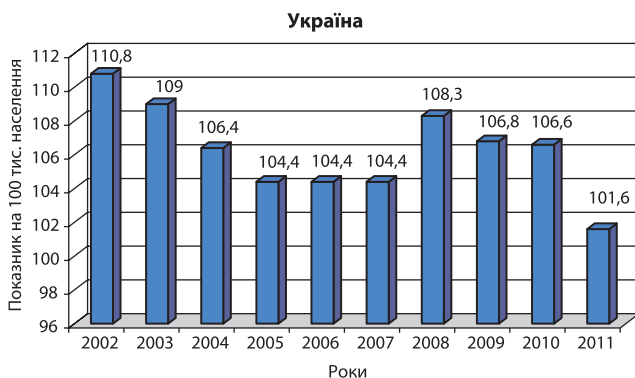


Рис. 6. Забезпеченість населення України психіатричними ліжками для дорослих у 2002—2011 роках

Найбільша кількість психіатричних ліжок для дорослих у 2011 р., як і в попередні роки, функціонувала у Сумській (150,4), Дніпропетровській (137,7) областях, АР Крим (126,9). Нижчим за середній по Україні цей показник був в Чернівецькій (63,2), Житомирській (72,1), Рівненській (72,7) областях.

В порівнянні з 2010 роком у 2011 році навантаження на ліжко для дорослих дещо збільшилось і складало 340,1 днів (у 2010 р. — 334,4 дні). Відзначалось недостатнє використання ліжка в м. Києві (261,0 день),

Київській (294,8 дні), Івано-Франківській (297,9 днів) областях, при досить високому оберті ліжка (6,5—7,6). З перевантаженням ліжка працювало в Волинській (380,5 днів), Кіровоградській (370,3 дні), Чернівецькій (366,4 дні) областях, з високим показником оберт ліжка (6,7; 7,0; 9,0, відповідно).

Найвищі показники оберт ліжка у 2011 р. реєструвалися в Чернівецькій (9,0), Рівненській (8,1), Тернопільській (7,9), Хмельницькій (7,7) областях, при середньому по Україні — 6,4. Досить низьким оберт ліжка був в м. Києві (4,6), Херсонській (5,3), Сумській (5,3) областях.

За 10-річний період **оберт ліжка** в психіатричних закладах України збільшився на 6,6 % (рис. 7).

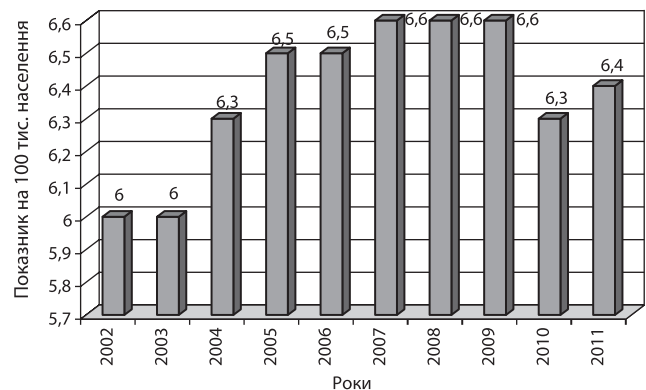


Рис. 7. Оберт ліжка для дорослих у 2002—2011 роках

Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі у 2011 році складала 53,29. Цей показник за 10 років знизився на 4,2 % (рис. 8).

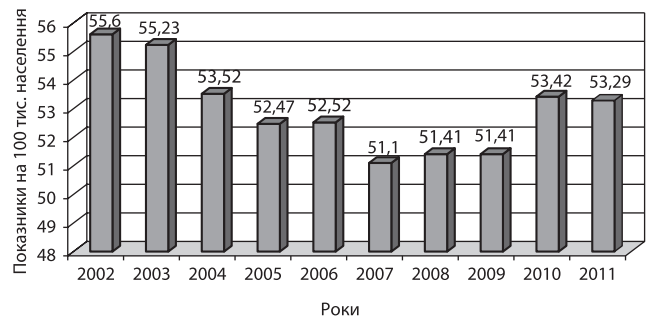


Рис. 8. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі у 2002—2011 роках

Залишається високою середня тривалість перебування хворого в стаціонарі в Одеській (64,2 дні), Херсонській (63,0 дні), Полтавській (62,8 дні) областях. Менше середнього по Україні (53,3 дні) цей показник в Івано-Франківській (38,8 дні), Чернівецькій (40,7 днів), Тернопільській та Рівненській (43 дні) областях.

Протягом останнього десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення на 4,4 % показника **госпіталізованої захворюваності** з 508,9 на 100 тис. населення у 2002 р. до 531,1 у 2011 р., в тому числі госпіталізованої захворюваності дорослих на 4,7 % з 560,3 до 586,6 відповідно (рис. 9).

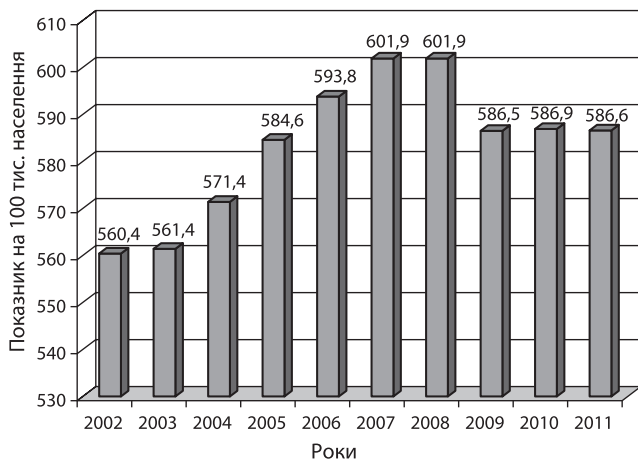


Рис. 9. Показник госпіталізованої захворюваності серед дорослих хворих на розлади психіки та поведінки у 2002—2011 роках

В структурі загальної госпіталізованої захворюваності провідне місце у 2011 р., як і в попередні роки, посідали розлади психіки та поведінки психотичного характеру — 50,8 %, розлади неспихотичного характеру — 38,6 % та розумова відсталість — 10,6 %. (рис. 10).

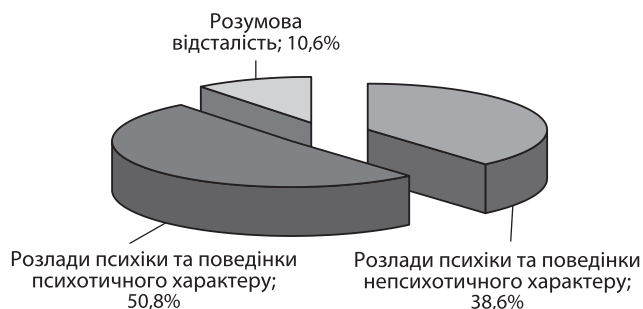


Рис. 10. Структура загальної госпіталізованої захворюваності у 2011 р.

У 2011 році показник повторної госпіталізації збільшився на 12,1 % з 19,8 % у 2002 р. до 22,2 % в 2011 (рис. 11).

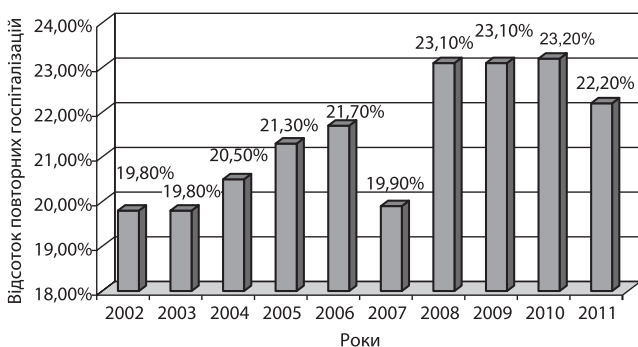


Рис. 11. Показники повторної госпіталізації в психоневрологічні заклади України у 2002—2011 роках

Аналіз забезпеченості населення України місцями в денних стаціонарах свідчить про те, що цей показник за 10 років знизився на 8,4 % (з 11,46 у 2002 р. до 10,5 — у 2011 р.) (рис. 12).

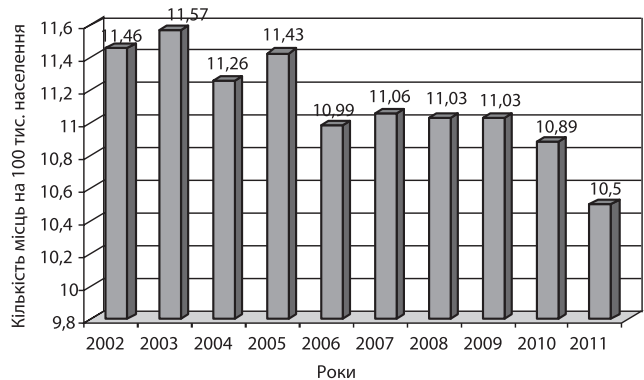


Рис. 12. Кількість місць в денних стаціонарах для хворих на розлади психіки та поведінки в 2002—2011 роках

Вивчення кількості місць в денних стаціонарах по регіонам показало, що в 2011 році найбільшим цей показник був в м. Києві (25,4), Донецькій (25,0 місць на 100 тис. населення), Харківській (20,1) областях.

Низьким залишається показник забезпеченості місцями в денних стаціонарах у Херсонській (0,92) та Полтавській (1,35) областях.

Структура психіатричної служби в Україні характеризується стійкою тенденцією до зменшення чисельності лікувально-трудова майстерень (ЛТМ).

За 10 років їх кількість зменшилась на 39,6 %. Відповідно зменшилась на 45,7 % кількість місць в них (з 4390 у 2002 р. до 2007 у 2011 р.) (рис. 13). Не існують лікувально-трудова майстерні в 11 областях, за 2011 р. в Кіровоградській області кількість місць скоротилась на 50, в Дніпропетровській — на 5, а в Волинській області лікувально-трудова майстерні ліквідовані (150 місць). Залишається високим показник забезпеченості місцями в ЛТМ в Житомирській (15,6 на 100 тис. населення), Полтавській (13,5), Херсонській (32,1) областях, м. Києві (12,7). За 2011 р. в ЛТМ психіатричних лікарень працювало 8959 хворих (0,77 % від загальної кількості хворих, які перебувають під спостереженням в психоневрологічних диспансерах). З них працевлаштовані тільки 0,26 % хворих.

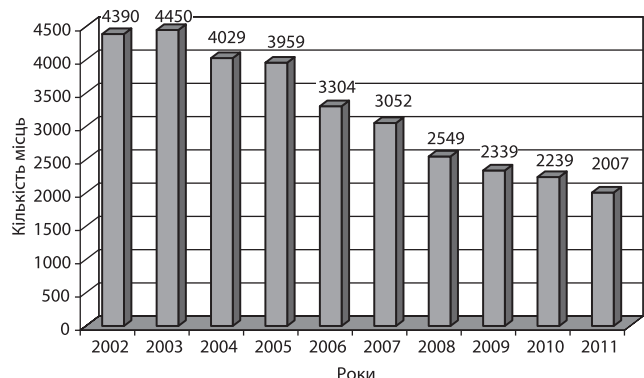


Рис. 13. Кількість місць для хворих на розлади психіки і поведінки в лікувально-трудова майстернях у 2002—2011 роках

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби свідчить про те, що протягом останнього десятиріччя відбувалось скорочення абсолютного числа штатних (34 280,75 у 2002 р. до 4 170,75 у 2011 р.) та зайнятих

(з 4064,25 у 2002 р. до 3852,0 у 2011 р.) посад лікарів-психіатрів, відповідно на 2,6 % і 5,2 %. Кількість фізичних осіб на зайнятих посадах також зменшилась на 7,3 % (з 3533 до 3274).

Показник забезпеченості штатними та зайнятими посадами лікарів-психіатрів, у 2011 р. відповідно склав 9,2 і 8,4 на 100 тис. населення. Коливання цих показників в регіонах є досить значущими — від 11,75 на 100 тис. штатних посад в м. Севастополь, 13,70 — м. Київ та 11,0 — в АР Крим, до 5,32 — в Закарпатській, 6,46 — Чернівецькій, 6,49 — в Рівненській областях.

Коливання забезпеченості зайнятими посадами лікарів-психіатрів також суттєво відрізнялися від 12,42 в м. Києві, 10,56 в м. Севастополі, 9,98 в АР Крим до 5,32 в Закарпатській, 5,91 — в Рівненській, 6,28 — в Миколаївській областях.

За 10 років зменшився показник забезпеченості населення фізичними особами лікарів-психіатрів на 1,9 % (з 7,32 на 100 тис. населення у 2002 до 7,18 у 2011). Коливання показника забезпеченості лікарями-психіатрами досить значне: від 10,8 % на 100 тис. населення в м. Києві до 4,34 в Рівненській області (середній по Україні — 7,18). Поступово знижується і **показник укомплектованості** фізичними особами штатних посад. За 10-річний період він зменшився на 4,9 % і на кінець 2011 р. склав 78,5 %. Найбільш високий показник укомплектованості — у Львівській (97,5 %), Чернівецькій (96,1 %), Закарпатській (95,0 %), Тернопільській (95,0 %) областях, нижчий за середній по Україні (78,5 %) він в Рівненській (66,9 %) і Сумській (68,6 %) областях.

З загальної кількості лікарів-психіатрів 75,0 % мають кваліфікаційну категорію, з них 37,9 % — вищу, 23,5 % — першу і 13,5 % — другу категорії. З числа атестованих вищу кваліфікаційну категорію мають 50,6 % лікарів.

45 % штатних посад лікарів-психіатрів реєструється в амбулаторних лікувально-профілактичних закладах (диспансерах, поліклініках). Кількість штатних посад в амбулаторно-поліклінічній мережі збільшилась на 0,3 % (1880,3 посади в 2002 р. і 1885,5 у 2011 р.), а кількість зайнятих посад зменшилась на 3,3 % (з 1777,3 посади у 2002 р. до 1719,0 у 2011 р.). З загальної кількості зайнятих посад психіатрів в амбулаторно-поліклінічній мережі посідають дільничні психіатри — 65,3 %. За останнє десятиріччя кількість зайнятих посад дільничних лікарів-психіатрів збільшилась на 6,1 % (з 1058,0 посад у 2002 р. до 1122,3 — у 2011 р.).

Кількість хворих на 1 зайняту посаду дільничного лікаря-психіатра для дорослого населення в середньому по Україні складає 851. За 10-річний період цей показник з незначними коливаннями зберігає стабільність. В регіонах кількість хворих на 1 зайняту посаду дільничного психіатра для дорослих коливається від 585 в Полтавській області, 642 в Запорізькій, 654 в Житомирській до 1123 — в Херсонській, 1109 — в Івано-Франківській, 1073 — в Хмельницькій областях). Кількість відвідувань дорослого населення до 1 дільничного психіатра в динаміці також зберігає стабільність і складає в середньому 5500—5700 відвідувань за рік. Коливання цього показника в регіонах від 3051 в м. Києві, 4163 в Тернопільській, 4322 в Запорізькій області до 7550 в Житомирській, 4137 в Одеській, 6765 в Хмельницькій областях.

За останні роки поліпшилась забезпеченість хворих на психічні розлади психологами, медичним персоналом соціальної допомоги, і особливо лікарями-психологами. В 2011 році в психоневрологічних закладах України

реєструвалось 67 зайнятих посад лікарів-психологів (у 2002 р. їх було 4,5). Психологів, які беруть участь у наданні допомоги хворим на психічні та поведінкові розлади — 454,75 (в 2002 р. — 335,25), медичних сестер соціальної допомоги — 304,5 (у 2002 р. — 232,0).

За останні 10 років на 35,6 % збільшилась кількість лікарів-психологів (з 335,25 у 2002 р. до 454,75 у 2011 р.), на 31,2 % кількість медичних сестер соціальної допомоги (з 232,0 у 2002 р. до 303,5 у 2011 році), які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

Узагальнюючи наведені статистичні дані слід підкреслити, що основними тенденціями в цій сфері є зменшення захворюваності на психічні та поведінкові розлади, поступове зростання поширеності цих захворювань та прогресивне збільшення кількості осіб, визнаних інвалідами внаслідок психічних та поведінкових розладів.

Така епідеміологічна ситуація віддзеркалює недостатню інтегрованість психіатричної допомоги у первинну медико-санітарну мережу та недостатню її спроможність ефективно виявляти хворих та надавати допомогу на первинному рівні. Крім того суттєвими недоліками надання допомоги є недосконалість соціально-реабілітаційних заходів в системі надання психіатричної допомоги.

Основними напрямками покращання ситуації в сфері психічного здоров'я є:

1. Необхідність розроблення державної стратегії в галузі психічного здоров'я, яка визначає проблеми профілактики психічних розладів пріоритетами держави та забезпечує участь усього суспільства та міжвідомчу взаємодію у вирішенні цієї складної проблеми.

Законодавче закріплення державної стратегії потребує внесення змін до закону «Про психіатричну допомогу» та інші законодавчі акти.

2. Проведення структурної реформи галузі, спрямованої на відтворення соціально-орієнтованої допомоги, яка передбачає розширення мережі стаціонарзамісних форм допомоги при поступовому зменшенні потенціалу стаціонарної служби (така модель має назву «збалансованої» соціально-орієнтованої допомоги та рекомендується для впровадження Всесвітньою психіатричною асоціацією).

Розвиток соціально-орієнтованої психіатричної служби спрямований на найбільш можливе зміщення психіатричної допомоги безпосередньо у соціальну сферу, надання допомоги з участю мікросоціального оточення, використання системи психосоціальної терапії та реабілітації.

Основою соціально-орієнтованої допомоги є розвинена мережа позалікарняних установ, служб та організацій, базовими структурами якої є психоневрологічні та психіатричні диспансери (диспансерні відділення), поліклінічні відділення психіатричних та психоневрологічних лікарень, денні стаціонари, медико-психологічні центри, центри психосоціальної реабілітації, кризової допомоги та телефони довіри, психіатричні кабінети поліклінік та центральних районних лікарень, а також лікувально-трудова майстерні.

Сучасні психіатричні лікарні з модернізованою структурою не втрачають своєї ролі в наданні допомоги. При цьому структура лікарні повинна включати підрозділи, які відповідають потребам соціально-орієнтованій допомоги та надають високо-диференційовані послуги: реабілітаційні центри, відділення первинного епізоду психозу, геронтопсихіатричне відділення, відділення сестринської допомоги, кризисні відділення. Такі структурні підрозділи, окрім численних покладених на них

функцій (діагностика, лікування, догляд, нагляд, експертиза) з перших моментів госпіталізації виконують і реабілітаційні завдання, вважаючи їх базовими.

3. Перехід від переважно медичної до біопсихосоціальної, та, відповідно, до мультидисциплінарної моделі психіатричної допомоги і бригадного підходу до її надання. Робота мультидисциплінарної бригади передбачає активну участь у лікувально-реабілітаційному процесі не лише лікаря-психіатра, а й лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога, соціального працівника та медичної сестри.

Організація роботи мультидисциплінарної бригади передбачає вирішення таких завдань:

- Укомплектованість фізичними особами штатних посад (лікарів-психіатрів, лікарів-наркологів, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, соціальних працівників та медичних сестер соціальної допомоги).

- Вдосконалення законодавчого забезпечення професійної діяльності фахівців в галузі медичної психології (практичних психологів) в частині їх післядипломної підготовки, питань атестації, кола професійних функцій тощо. Участь психологів з університетською освітою в наданні психіатричної допомоги дозволяє більш раціонально та економно вирішувати питання кадрового забезпечення психіатричних закладів, та відповідає загальноосвітнім стандартам.

- Окремими завданнями підготовки кадрів є підвищення рівня знань сімейних лікарів з питань психічного

здоров'я, що дозволяє забезпечити раннє виявлення, діагностику та профілактику психічних розладів.

4. Вдосконалення методології надання психіатричної допомоги з максимальним використанням можливостей психосоціальної терапії та реабілітації, без обмеження лікувальних можливостей лише фармакотерапією.

Реалізація цього напрямку потребує широкого впровадження при наданні допомоги тренінгових та реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення когнітивних, побутових та професійних навичок осіб з психічними розладами, їх соціального захисту.

У цілому необхідно підкреслити, що реформа психіатричної допомоги на засадах соціально-орієнтованої психіатричної служби потребує фінансування та підтримки держави та активної участі всього суспільства, законодавчої та виконавчої влади, налагодження міжсекторальної взаємодії закладів Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства внутрішніх справ України, державних та недержавних організацій та установ, включаючи асоціації осіб з психічними розладами та їх родичів.

Найбільш результативно така координація реалізується за умов опрацювання та впровадження Національної Програми охорони психічного здоров'я.

Надійшла до редакції 04.06.2012 р.

*М. К. Хобзей¹, П. В. Волошин², Н. О. Марута², О. М. Зинченко¹,
О. О. Петриченко¹, Л. І. Дьяченко²*

¹ Міністерство здравоохоронення України (з. Києв),

² ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (з. Харків)

Состояние психического здоровья населения и перспективы развития психиатрической помощи в Украине

В статье представлены основные направления улучшения ситуации в сфере психического здоровья — необходимость разработки государственной стратегии в области психического здоровья, которая определяет проблемы профилактики психических расстройств приоритетами государства и обеспечивает участие всего общества и межведомственное взаимодействие в решении этой сложной проблемы; проведение структурной реформы отрасли, направленной на воссоздание социально-ориентированной помощи, которая предусматривает расширение сети стационарзамещающих форм помощи при постепенном уменьшении потенциала стационарной службы; переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной, и, соответственно, к мультидисциплинарной модели психиатрической помощи и бригадному подходу к ее оказанию; совершенствование методологии оказания психиатрической помощи с максимальным использованием возможностей психосоциальной терапии и реабилитации, без ограничения лечебных возможностей только фармакотерапией.

Реформа психиатрической помощи на принципах социально-ориентированной психиатрической службы требует финансирования и поддержки государства и активного участия всего общества, законодательной и исполнительной власти, налаживания межсекторального взаимодействия учреждений Министерства здравоохранения Украины и других Министерств и ведомств.

Ключевые слова: психическое здоровье, психиатрическая помощь в Украине, реформа.

*M. K. Khobzey¹, P. V. Voloshyn², N. O. Maruta², O. M. Zynchenko¹,
O. O. Petrychenko¹, L. I. Dyachenko²*

¹ Ministry of Health of Ukraine (Kyiv),

² State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

The state of mental health of the population and perspectives of development of mental health care in Ukraine

In the article the main directions to improve the situation in the mental health sphere are presented: a necessity to develop a governmental strategy for the mental health sphere, which defines problems of mental disorders prevention as governmental priorities and provides a participation of all the society and inter-institutional interactions to solve this complex problem; a reforming of a structural reform in this field directed on re-establishment of a community based care, which anticipates a broadening network of stationary-replacing care forms with a decreasing of a stationary services potential gradually; a transition from a predominantly medical model of mental health care to a biopsychosocial and, thus, multidisciplinary one and to a team approach to its delivery; an improvement of mental health care methodology with a maximal usage of opportunities of psychosocial therapy and rehabilitation, without limitations of treatment opportunities by pharmacotherapy only.

The reform of mental health care on the principles of community based mental health services requires governmental costs and support and an active participation of all the society, legislative and executive authorities, an adjustment of an inter-sectional interaction between institutions of the Ministry of Health of Ukraine and other ministries and governmental departments.

Key words: mental health, mental health care in Ukraine, reform.