

На правах рукописи

Левин Михаил Ефимович

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
МЕХАНИЗМОВ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Шаповалова Марина Александровна

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)	14
1.1. Заболеваемость и инвалидность населения психическими расстройствами	14
1.2. Проблемы организации психиатрической помощи в практике здравоохранения	17
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И ОБЪЕМ ССЛЕДОВАНИЯ	31
2.1. Показатели заболеваемости и инвалидности психических заболеваний и их детерминанты	35
2.2. Социологический опрос. Статистические условия формирования выборочной совокупности	35
2.3. Моделирование организации психиатрической помощи пациентам, обращающимся в поликлинику и многопрофильный стационар	36
2.4. Оценка эффективности модели организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи	37
ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОТРЕБНОСТИ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЯ	39
3.1. Анализ и оценка обращаемости населения за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью по данным сетевых запросов	39
3.2. Социально-медицинский профиль населения в вопросах организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи	49
ГЛАВА 4. ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	63

4.1	Инвалидность при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах	64
4.2.	Инвалидность населения при расстройствах настроения (аффективных расстройствах)	66
4.3.	Инвалидность при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах	68
4.4.	Инвалидность при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте	70
4.5.	Инвалидность при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами	72
4.6.	Инвалидность населения при умственной отсталости	74
4.7.	Инвалидность населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте	76
ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ		80
5.1.	Социально-медицинские детерминанты психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, оказываемой медицинскими специалистами	80
5.2.	Медико-социальные детерминанты заболеваемости пациентов, обратившихся за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью	90
5.3.	Экспертная оценка современной системы организации психиатрической помощи	102
ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ		123

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	127
ВЫВОДЫ	138
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	144
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	146
ПРИЛОЖЕНИЕ	178

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования.

Высокий ритм жизни, снижение стрессоустойчивости, эмоциональное выгорание и последствия пандемии существенно влияют на условно здоровую группу населения, особенно трудоспособного возраста, вызывая невротические, тревожно – фобические, аффективные и иные реакции, что обуславливает возрастание риска формирования зависимостей, особенно от алкоголя и табака, и , в совокупности, ведёт к необратимым последствиям: нарушению социального функционирования, внутрисемейным конфликтам и др. Любой вид психологической и психиатрической помощи может оказаться неэффективным по причине запоздалого обращения к специалисту, когда уже сформированы грубые необратимые нарушения. В общесоматической сети медицинская помощь пациентам оказывается врачами специалистами без учёта актуального психического состояния, так как его степень не достигает необходимости перевода в психиатрический стационар, и часто отсутствует согласие на обращение к психиатру в виду барьера стигматизации.

Несмотря на существенную законодательную формализованность работы психиатрической службы, сохраняются дефекты в ее организации. В настоящее время вне поля зрения находятся состояния, относящиеся к психосоматическим расстройствам, мягким или пограничным расстройствам. Значительное количество пациентов, нуждающихся в помощи врача-психиатра, врача – психотерапевта, психолога в процессе выхода из трудной жизненной ситуации или в рамках психосоматических нарушений, вынуждены обращаться к частнопрактикующим специалистам, либо получать помощь в условиях психиатрической службы города, что существенно ухудшает доступность и качество оказываемой помощи.

Среди различных контингентов населения увеличилось число непсихотических психических расстройств. При этом значительная часть больных, обнаруживающих различные проявления психической патологии,

«переместилась» из сугубо специализированной сферы - психиатрии в область действия других медицинских специальностей: неврологии, терапии, гинекологии, кардиологии, эндокринологии, став пациентами общесоматических учреждений (территориальных поликлиник, медсанчасти, многопрофильных больниц и т.п.).

По данным различных исследований (Labrum T. 2018. Molina-lópez A., Cruz-islas J.B., Palma-cortés M., Guizar-sánchez D.P., Garfias-rau C.Ye., Ontiveros-uribe M.P., Fresán-orellana A. 2016. Stuhec M., Tement V. 2021), число больных с психическими расстройствами в общесоматической сети колеблется в широких пределах - 10-50% всех обратившихся за медицинской помощью. Высокая распространенность психической патологии отмечена так же и среди контингентов поликлинических учреждений (Iachina M., NØrgÅrd B.M., Garvik O., Ljungdahl P., SchiØttz-Christensen B., Stenager E. 2022.).

Значительный рост числа психически больных в общесоматических учреждениях свидетельствует об актуальности создания системы специализированной помощи этим контингентам. Создавшееся положение чревато опасностью несвоевременного выявления многочисленных психических расстройств, что отражается на увеличении числа «запущенных» в отношении диагностики и лечения случаев, снижении трудоспособности, ухудшении качества жизни, неоправданных экономических расходах службы здравоохранения.

Перечисленные обстоятельства послужили основанием проведения настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования.

Изучению различных аспектов организации психиатрической помощи населению, детерминант психического здоровья, правовых аспектов регулирования процессов оказания психиатрической помощи посвящен ряд работ: Толмачева В.А. 2015, Усачевой Е.Л. 2016г., Ястребова В.С. 2016г.,

Ускова В.М. 2017, Шереметьевой И.И. 2017, Филатова Д.С. 2018, Roberts L.W. 2018, Тер-Исраелян А.Ю. 2020, Филлиповой Н.В. 2021, Ступиной О.П. 2021, Liu H., Zhu 2021, Steardo L.Jr. 2023. При этом, проведенные ранее исследования решали проблемы организации психиатрической помощи в иных социально-экономических и политических условиях. Высокая актуальность проблемы, наличие негативного тренда заболеваемости населения, обусловленной психическими расстройствами, агрессивных социально-политических детерминант для психического здоровья, необходимость создания методической базы для управления психиатрической помощью и ресурсообеспечением в ней, обусловили необходимость проведения настоящего исследования. Высокая научная управленческая ценность данной проблемы для теории и практики организации здравоохранения послужили основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: Разработка механизмов совершенствования организации психиатрической помощи населению.

Задачи исследования: Для достижения поставленной цели поставлены следующие задачи:

1. Обосновать необходимость совершенствования механизмов организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населению на основании оценки нормативно-правовой базы и данных литературных источников.
2. Проанализировать потребность в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи по данным сетевых запросов и социологического опроса населения.
3. Проанализировать динамику и структуру инвалидности психических расстройств населения за 2004 – 2021 гг.
4. Определить социально-медицинские детерминанты процесса оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи

5. Построить организационно-управленческую модель эффективной психиатрической помощи населению.

Научная новизна

Впервые:

1. Выявлены стратегические тенденции психических расстройств населения и их детерминанты;
2. Определены динамика и структура инвалидности психических расстройств населения;
3. Разработана организационно-управленческая модель эффективной психиатрической помощи населению;
4. Оценена эффективность организационных мероприятий, направленных снижения заболеваемости и повышения эффективности психиатрической помощи населению.

Теоретическая и практическая значимость работы определяется результатами проведенного исследования, позволившими представить организаторам здравоохранения объективную информацию о возможности использования организационно-управленческой модели эффективной организации психиатрической помощи населению для снижения госпитализированной заболеваемости психическими расстройствами, повышение уровня качества и эффективности оказания психиатрической помощи населению.

Внедрение в практику.

Результаты исследования применяются в работе:

- ГБУЗ «ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ» алгоритм организации психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи пациентам, обращающимся в медицинскую организацию по поводу соматического заболевания, для выявления реальной потребности в психолого-психотерапевтической и

- психиатрической помощи населению и эффективной организации системы здравоохранения (Акт внедрения № 852-11 от 25.07.2023г.);
- ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ», алгоритм организации психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи пациентам, обращающимся в медицинскую организацию по поводу соматического заболевания, для выявления реальной потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населению и эффективной организации системы здравоохранения (Акт внедрения № 2786-01-012 01.12.2023г.);
 - ГБУЗ «Городская поликлиника 180 ДЗМ» алгоритм организации психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи пациентам, обращающимся в медицинскую организацию по поводу соматического заболевания, для выявления реальной потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населению и эффективной организации работы первичного звена системы здравоохранения (Акт внедрения № 2786-01-012 01.12.2023г.);
 - ГБУЗ «ГП 115 ДЗМ» алгоритм организации психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи пациентам, обращающимся в медицинскую организацию по поводу соматического заболевания, для выявления реальной потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населению и эффективной организации работы первичного звена системы здравоохранения (Акт внедрения № 2786-01-012 01.12.2023г).

- Кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России (в части данных оценки организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи и ее медико-социальных детерминант) (Акт внедрения 0123/20 от 19.06.2023г.).

Степень достоверности результатов.

Достоверность полученных результатов исследования подтверждена данными официального статистического наблюдения, достаточным количеством единиц наблюдения, применением современных методов исследования и статистической обработки. Для анализа силы и направления связи между количественными переменными использован корреляционно-регрессионный анализ.

Апробация результатов.

Основные результаты исследования доложены и обсуждены на:

- VII Международной конференции Прикаспийских государств «Актуальные вопросы современной медицины» (Астрахань, 2023 г.);
- Межкафедральной конференции, посвященной обсуждению результатов законченной диссертации на тему: «Научное обоснование совершенствования механизмов организации психиатрической помощи населению» (Астрахань, 2023 г.).
- VIII Международной конференции Прикаспийских государств «Актуальные вопросы современной медицины» (Астрахань, 2024 г.)/

Связь работы с научными программами.

Диссертация выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ МЗ РФ в рамках Проблемы «Среда обитания, медицина труда и состояние здоровья».

Предварительное обсуждение диссертации состоялось на совместной конференции кафедр ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ МЗ РФ.

Публикации.

Основные положения диссертации опубликованы в 10 печатных работах, 4 из которых - в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 1 – в изданиях, индексируемых в наукометрических базах данных Scopus.

Личный вклад автора в проведении исследования.

Автором определена цель и сформулированы задачи исследования, составлена программа, определены этапы и тактика проведения исследования, выполнен аналитический обзор литературы и нормативных актов, регламентирующих вопросы профилактики по изучаемой теме, разработаны анкеты для проведения социологического опроса, выполнены сбор и обработка материала, проведены обобщение материала и анализ результатов исследования. Доля участия автора в сборе и накоплении материала – 90%, в обработке материала – 80%, в обобщении и анализе результатов исследования – 100%.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, 5, 7, 8 пунктам

Структура и объем диссертации.

Работа состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Диссертация изложена на 206 страницах машинописного текста.

Текст иллюстрирован 1 таблицей и 157 рисунками. Указатель литературы включает 205 источника (184 отечественных и 21 иностранных авторов).

Основные научные результаты

Инвалидизация пациентов с психическими расстройствами в городе Москва, см. работы [98] (личный вклад составляет не менее 80%).

Актуальные вопросы совершенствования психиатрической помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра в условиях модернизации здравоохранения, см. работы [16] (личный вклад составляет не менее 80%).

Клинико-социальные аспекты динамики учтенного контингента пациентов с расстройствами шизофренического спектра и некоторые вопросы оптимизации оказания психиатрической помощи, см. работы [17] (личный вклад составляет не менее 80%).

Обновленная структура социальной службы психиатрического объединения, см. работы [27] (личный вклад составляет не менее 80%).

Организационная модель двухкомпонентного приемно-диагностического отделения с блоком кратковременного круглосуточного пребывания, см. работы [28] (личный вклад составляет не менее 80%).

Опыт организации Центра психолого-психотерапевтической помощи в ГБУЗ «ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ», см. работы [29] (личный вклад составляет не менее 80%).

Новый этап развития системы лечения и реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра, см. работы [20] (личный вклад составляет не менее 80%).

Социально-медицинский профиль населения в вопросах организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, см. работы [171] (личный вклад составляет не менее 80%).

Инвалидность населения при психических расстройствах, см. работы [172] (личный вклад составляет не менее 80%).

Организационно-управленческая модель совершенствования механизмов оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, см. работы [173] (личный вклад составляет не менее 80%).

Положения, выносимые на защиту:

1. Определение социально-медицинских детерминант потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населения лежит в основе формирования адекватных механизмов организации медицинской помощи и планирования затрат.

2. Динамический рост потребности населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи является основанием необходимости формирования системы маршрутизации населения в предоставлении адекватной адресной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

3. Построение и использование организационной модели управления психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью позволит осуществлять эффективные профилактические мероприятия и контроль показателей заболеваемости и инвалидности.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Заболеваемость и инвалидность населения психическими расстройствами.

Психическое здоровье - основа благополучия человека и жизни общества. По данным ВОЗ, каждый четвертый–пятый житель Земли страдает психическим расстройством, а каждый второй - имеет шанс им заболеть в течение жизни. Более половины лиц имеют пограничные психические расстройства. Среди детей психически нездоровые составляют 20 % [17, 53, 71, 73, 102, 116, 117, 119, 120, 123, 126, 127, 137, 138].

Несмотря на данные официальной статистики в России, отражающие снижение заболеваемости психическими расстройствами, имеет место рост психических состояний непсихотического характера, психозов и слабоумия, двукратное преобладание уровня распространенности психических расстройств у мужчин, рост распространенности психических расстройств среди лиц старше 60 лет, отмечается рост психических расстройств в отдельно взятых территориях [4,6,7, 9, 25, 35, 47, 48, 49, 50,52,53, 71, 75,78,112, 115, 143].

В настоящее время крайне затруднено формирование статистических данных психических расстройств. Статистика заболеваемости по обращаемости потеряла тот всеобъемлющий характер, который был в советское время. «Учёт заболеваемости в системе обязательного медицинского страхования только складывается, но он не сможет охватить всю совокупность заболеваний из-за расширения сферы оказания медицинской помощи частными медицинскими организациями» [33].

Изучение влияния медико-организационных факторов на заболеваемость психическими расстройствами показало роль обеспеченности врачами-психиатрами в динамике распространенности данного заболевания. Анализ заболеваемости психическими расстройствами и влияния на ее

динамику показателей обеспеченности врачами-психиатрами сделало очевидной проблему дисбаланса между внедрением современных подходов к лечению и ресурсной обеспеченностью психиатрической службы [27, 37].

Не выявлена связь между введением нормативных актов, направленных на изменение организации медицинской помощи детям и подросткам, изменениями медицинских критериев рождения и динамикой заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также показателями хронизации этой патологии у детей в возрасте 0-14 лет. «Указанное наблюдение верифицировано при проведении исследования на территории Архангельской области, Северо-Западного федерального округа и, в целом, Российской Федерации в 2009-2019 годах» [34, 44, 103, 108, 161, 166].

Определена обусловленность возникновения психических расстройств у детей перенесенными тяжелыми формами пневмоний [62, 67].

Этиопатогенетически задержка психического развития у детей в большей степени обусловлена соматогенными причинами. В структуре расстройств психологического (психического) развития у детей наибольший удельный вес занимали расстройства экспрессивной речи [15].

Ключевая роль отводится проблеме охраны здоровья подросткового поколения. В этой связи важным является вопрос подготовки к военной службе и обследование лиц призывного возраста, значимой составляющей которого является военно-психиатрической экспертиза. Психические расстройства занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости призывников. Увеличивается удельный вес психической патологии в общей структуре причин ограниченной годности к военной службе, наблюдается рост числа подростков, состоящих под динамическим диспансерным наблюдением, возрастает число лиц призывного возраста с алкогольной и наркотической зависимостью [10, 91, 145].

К предикторам заболеваемости курсантов военного вуза относили сочетание показателей психических состояний: возбуждение, веселость, непринужденность, задумчивость, страх, лень. При этом для курсантов,

имеющих заболевания в течение года, характерны лень, стремление к развлечениям и возбуждению; они менее непринужденны, более задумчивы, склонны к самоанализу, анализу своего физического состояния, критичны к окружающей обстановке, не испытывают состояния страха, сопряженного с ним чувства уважения к коллективу, поскольку получение освобождения от выполнения должностных обязанностей по «несерьезному» заболеванию в воинском коллективе воспринимается как желание уклониться от своих обязанностей[59].

Прогноз общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами, рассчитанный с применением полиномиального тренда второго порядка, показал, что в 2022-2023 годах ожидается рост общей заболеваемости сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации невротическими заболеваниями, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами [66, 147].

Высокой остается заболеваемость населения России психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, несмотря на устойчивую тенденцию снижения. В большинстве случаев такие расстройства психики и поведения связаны в России со злоупотреблением алкоголем. В субъектах Российской Федерации заболеваемость изменялась от 0 в республиках Ингушетия и Северная Осетия-Алания до 34 на 100 тысяч человек в Ивановской области. Высокие показатели заболеваемости токсикоманией отмечались в Сахалинской области (28 на 100 тыс. чел.), Ненецком автономном округе, Архангельской области и Камчатском крае (20–21). Еще в 13 регионах Российской Федерации значение данного показателя варьировало от 10 до 18 на 100 тыс. человек [12, 23, 24, 26, 43, 132, 150, 162].

Большой научный интерес вызывали психические расстройства у лиц, подвергшихся аварийному облучению в отдаленном периоде спустя более чем полвека. Широкий спектр психической патологии наблюдался у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, у пострадавших в результате аварии на АЭС

Фукусима Дайичи (Япония). С учетом распределения облученных жителей и их потомков по территории Челябинской области углубленного внимания заслуживает заболеваемость умственной отсталостью [27].

С учетом многочисленных данных, свидетельствующих о высокой коморбидности психических расстройств и злокачественных новообразований, признается необходимой регистрация психических расстройств при онкологических заболеваниях [74].

Отдельные авторы занимались изучением влияния сочетанной патологии - органического расстройства личности и аффективных нарушений - на регуляцию юридически значимого поведения субъекта при судебно-психиатрическом освидетельствовании в уголовном и гражданском процессах. Установлено большое значение модифицирующего влияния совокупности психогенных факторов, обусловленных в уголовном процессе привлечением к ответственности, в гражданском - проблемами адаптации, ухудшением социального статуса, соматическим неблагополучием. Неблагоприятная динамика органического психического расстройства проявлялась декомпенсацией личностных, когнитивных нарушений, присоединением коморбидных депрессивных расстройств. Присоединение аффективной патологии к уже имевшейся органической в 48,7% случаев существенно усиливало нарушения когнитивных функций, критических и прогностических способностей, волевого контроля деятельности, что приводило к неспособности пациентов понимать значение своих действий [30].

1.2. Проблемы организации психиатрической помощи в практике здравоохранения.

Доступность и качество медицинской помощи населению являются важнейшими стратегическими задачами отечественного здравоохранения. Здоровье общества определяется на 45–53% образом жизни населения, на 18–

22% - наследственными факторами, на 17–20% - экологическими факторами, на 8–10% - уровнем развития системы здравоохранения.

Несмотря на незначительную долю фактора системы здравоохранения в структуре общественного здоровья, социально-политическая роль системы здравоохранения остается высоко значимой, стратегически важной, определяющей как нормативное обеспечение отрасли, условия работы в системе, так и уровень здоровья населения, социально-экономическую поддержку экономически активному населению, получающего медицинскую помощь и участвующего в формировании валового национального продукта, используемого в финансировании системы здравоохранения, поддержке детского населения, нетрудоспособного, старше трудоспособного и экономически неактивного населения. Именно поэтому государственная поддержка отрасли здравоохранения, эффективное государственное регулирование в системе чрезвычайно необходимы, требуют детального изучения, научной проработки, практического внедрения. В настоящее время сформировались объективные предпосылки серьезной государственной поддержки организации психолого-психотерапевтической и психиатрической службы.

В Российской Федерации показатели заболеваемости психическими расстройствами за последние два десятилетия увеличились более чем на 40%. Алкоголизм и наркомания, депрессия и суициды, расстройства личности, посттравматические стрессовые расстройства сохраняют высокий удельный вес в структуре психических заболеваний. В Европе на долю психических расстройств приходится около 20% всех заболеваний, и 60–80% составляют потери, обусловленные временной и стойкой утратой трудоспособности, снижением производительности труда и досрочным выходом на пенсию. В США ежегодные прямые издержки на лечение психических расстройств составляют 148 млрд долларов, или 2,5% валового национального продукта. «В большинстве стран значительная доля косвенных издержек ложится на плечи семей больных с психическими расстройствами. По официальным

данным, в Германии в 2012 году на психические и поведенческие расстройства только системой здравоохранения было потрачено 22,44 млрд евро (270 евро на душу населения). Наибольших затрат потребовала помощь больным с депрессией (4,025 млрд евро), шизофренией и сходными расстройствами (2,756 млрд евро) и неврозами (2, 825 млрд евро). В Англии ущерб от депрессии составил 15,46 млрд евро. Из них на лечение депрессии было потрачено 636 млн евро, а остальные потери были обусловлены нетрудоспособностью и преждевременной смертностью». К другим видам экономического ущерба, наносимого психическими расстройствами, относятся: несобранные налоги с лиц, преждевременно вышедших на пенсию или получивших инвалидность, потери, связанные с уходом за больными. Так, родственники больного шизофренией тратят на это около 6 часов в день, а уход за больными деменцией требует круглосуточного присутствия и дает 70% всех экономических потерь [70,85].

Многие страны мира в настоящее время выделяют менее 2% бюджета здравоохранения на лечение и профилактику нейропсихиатрических расстройств, и основная доля финансовых средств направлена на расходы психиатрических больниц. В странах Африки один психиатр приходится на 1,7 миллиона жителей, а одна психиатрическая койка - на 42 000 человек. Во многих странах Африки больные с тяжелыми психическими расстройствами в 76-85% случаев не получают никакого лечения [128].

Психические расстройства влияют на все стороны жизни человека: они «способны подорвать физическое здоровье, нарушить семейную и общественную жизнь, испортить карьеру, толкнуть на преступление и самоубийство». Страдающие психическими расстройствами часто становятся жертвами дискриминации и теряют самоуважение. Им трудно получить образование и работу. Семье приходится нести социальные издержки: эмоциональная нагрузка, понижение качества жизни для лиц, осуществляющих уход, социальная изоляция, стигматизация и потеря будущих возможностей для самосовершенствования [122].

Исторически сложилось неравномерное распределение ресурсов, направленных на организацию психиатрической помощи, несистемное обеспечение условий оказания помощи нуждающемуся населению, кадровый дефицит и низкая заработная плата, отсутствие механизмов эффективного государственного регулирования, в то время как социальная специфика психических заболеваний создает напряжение в обществе, нарушает безопасность граждан, может привести к необратимым последствиям [31, 32, 36, 56, 111, 113, 133, 168].

Современный этап развития психиатрии характеризуется широким внедрением социальных служб в работу медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения [1–3].

Установлено, что при общем сокращении численности психиатрических служб сеть психиатрических подразделений многопрофильных медицинских организаций в сельской местности сохранилась. Произошла перегруппировка численности занятых должностей врачами-психиатрами и врачами-психотерапевтами в пользу амбулаторного сектора психиатрических организаций. Внедрение в практику бригадных технологий в работе с пациентами способствовало росту мощности полустационарных подразделений, отделений интенсивного оказания психиатрической помощи на дому и отделений медицинской реабилитации [73].

Основным нормативно-правовым актом, регламентирующим организацию оказания социальной помощи больным психическими расстройствами является Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее Закон РФ 3185-1), который определяет правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в РФ.

Еще одним нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию оказания медицинской помощи при психических расстройствах является Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17 мая 2012 г. № 566н «Об

утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», включающим правила оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения в медицинских организациях. Согласно Порядку, в функции психоневрологического диспансера (больницы) входит не только оказание медицинской, но и социальной помощи: разработка и реализация индивидуальных программ медико-социальной реабилитации, решение медико-социальных проблем, содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами, решение вопросов опеки, консультации по вопросам реализации прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, медико-социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами [2,11,17]

Возрастающая роль социальной работы среди больных с психическими расстройствами требуют адаптации ранее функционирующей системы организации психиатрической помощи на региональном уровне.

Практика свидетельствует о серьезных проблемах кадрового обеспечения в структуре психоневрологических учреждений специалистами по медико-социальной работе. Расчет числа должностей специалистов по социальной работе осуществляется в соотношении: 1 специалист на 75 тысяч взрослого населения. Число социальных работников рассчитывается по одному на утвержденный участок врача-психиатра и составляет 27 расчетных ставок. А количество ставок медицинской сестры медико-социальной помощи рассчитывается как 2 ставки на 5 должностей врачей участков психиатров и составляет 10,8 расчетных ставок.

Фактический показатель укомплектованности штатами специалистов по социальной работе в психоневрологическом диспансере составляет всего 33,8 % или 5 ставок специалистов на психоневрологический диспансер и его филиалы, Показатель укомплектованности штатами социальных работников – 24,1% или 6,5 ставок. Должность медицинской сестры медико-социальной

помощи укомплектована на 27,8% от должного уровня. При таком уровне укомплектованности специалистами социальной службы в психоневрологических учреждениях очевидно, что выполнение необходимого объема медико-социальной помощи больным с психическими расстройствами представляется невозможным [8, 105, 106, 107, 136, 142, 148, 149, 152, 171, 172, 174].

Проблема организации психиатрической помощи усиливалась при тяжелых формах психических расстройств госпитализмом вследствие необходимости длительного пребывания пациентов в стационаре. Внедрение новой организационной формы — амбулаторного психиатрического модуля — позволяло решить проблему длительности госпитализации, уменьшить развитие госпитализма у больных [11, 139, 140, 157, 158, 159].

Отдельные исследователи заявляли, что интенсивная деятельность дневного стационара в структуре диспансерного отделения сокращала сроки пребывания психически больных в стационаре, приводила к менее выраженным обострениям заболевания, ускоряла развитие стационарозамещающих форм психиатрической помощи, снижала уровень госпитализма, улучшала уровень социализации пациента, его трудовое, семейное функционирование, социальное взаимодействие [18].

Экспертная оценка госпитализированных в зависимости от основного диагноза при госпитализации, рекомендованных сроков и объемов лечебно-диагностических мероприятий показывала необходимость более тщательного отбора пациентов на профильные психиатрические койки [19, 21, 44].

Вопросы эффективной организации психиатрической помощи связаны с междисциплинарным компонентом, организацией скорой медицинской помощи. К важной проблеме организации психиатрической помощи относят и оказание скорой помощи при суицидах. Из числа вызовов, поступающих на станцию скорой медицинской помощи, 3–5% обусловлены лекарственными отравлениями, из которых 30% случайных, а 70% преднамеренных. В популяции психически больных доля суицидов составляла 59%. Сложным

является определение суицидальных попыток, так как не все суицидальные действия представляют собой неудавшиеся самоубийства [130, 135, 151, 153, 154].

Подтверждена необходимость актуализации системы оказания медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста и развития клинического направления геронтопсихиатрии [83, 92].

Отдельными авторами отмечается недостаточное внимание к вопросам организации внебольничной помощи. Анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей организацию и предоставление медицинской, в том числе стационар замещающей помощи психически больным, показал, что составной частью правовой системы РФ являются общепризнанные принципы и нормы международного права, а также международные договоры. Ратификация описанных международных документов накладывает обязательства по их выполнению и реализации в политике и социальной жизни общества РФ [22]. В эффективном правовом обеспечении нуждается вопрос об уголовно-правовой регламентации незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях [14, 16, 134].

Международная классификация болезней 11-го пересмотра даст возможность не только обеспечивать статистическую отчетность, но и правовое регулирование, послужит основанием финансирования здравоохранения, социальных служб, определения льгот по инвалидности [14].

Специфическая нагрузка в системе оказания психиатрической помощи возрастала в связи устойчивыми тенденциями перераспределения психических расстройств в детском и подростковом возрасте, обусловленные ростом патологии развития [1, 156].

Крайне важным является вопрос поддержки психического здоровья у школьников. Учитывая специфику подросткового периода, наличие внешних вызовов политического, экономического, психологического характера,

потребность в активной деятельности психологов в школе очень высока, но кадровый дефицит в здравоохранении, дефицит знаний педагогических работников, ресурсного обеспечения не позволяет школам и органам управления в образовании проводить полноценные мероприятия по обеспечению психического здоровья детей и подростков [22, 41, 82, 163].

В настоящее время активно развивается система помощи детям с ОВЗ в рамках образовательных учреждений, психолого-педагогических центров, амбулаторного приема. Однако, для определенных категорий детей только стационарная помощь может оказаться достаточной и оптимальной для сохранения и восстановления психического здоровья [94, 98, 100, 101, 131].

Особую значимость приобретает организация психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях. Эффективная ее организация позволяет последовательно и быстро ликвидировать последствия чрезвычайных ситуаций. Для максимальной эффективности проводимых мероприятий целесообразно придерживаться определенного порядка привлечения специалистов и оказания помощи пострадавшему населению [13, 80, 90, 129, 164, 168, 175].

Психиатрическая служба должна развиваться и в ведомственном аспекте, в системе МВД России для оказания помощи как личному составу, так и пенсионерам в части коррекционных мер, диагностики пограничных психических расстройств, возникших в связи с органическими расстройствами, связанными с последствиями закрытых черепномозговых травм минно-взрывной этиологии, выраженной невротизацией и формированием химических зависимостей. При выработке плана мероприятий по ликвидации последствий войны в области нервно-психической заболеваемости необходимо привлекать к работе не только учреждения Министерства здравоохранения, но и учреждения социального обеспечения, ВЦСПС (по линии организаций санаториев и рационализации дела экспертизы временной нетрудоспособности) и Министерства просвещения (по оказанию помощи детям и подросткам). Комплексная работа

всех указанных ведомств позволит провести эффективные мероприятия по оздоровлению нервно-психического состояния населения, пострадавшего во время войны [20, 141, 173].

К организации психиатрической помощи были претензии у пациентов, что подтверждалось рядом исследований, проведенных организаторами здравоохранения и юристами. К основным претензиям граждан, обращающихся к правозащитникам, защищающим права человека в психиатрии, относились: принуждение к даче согласия на госпитализацию и лечение; неинформирование о правах, диагнозе, методах лечения, назначенных препаратах; ущерб здоровью из-за высоких дозировок препаратов и длительного применения; многочисленные нарушения при недобровольной госпитализации и лечении, жестокое или оскорбительное обращение, в том числе избиение санитарями, летальные исходы из-за халатного отношения; недобровольная госпитализация граждан в корыстных целях, в том числе с целью завладения жильем, недобровольное освидетельствование.

Оценка и анализ способов совершения преступлений, связанных с незаконной госпитализацией в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, позволили выявлять зависимость преступных действий виновных от установленной государством процедуры госпитализации в психиатрический стационар. Закономерности способа совершения незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, связаны с деятельностью медицинских работников (врачей-психиатров, заведующих отделениями, главных врачей больниц или стационаров и т.п.). Медицинский персонал, привлекаемый к уголовной ответственности за незаконную госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, корыстно заинтересован и действовал в интересах третьих лиц: родственников, близких жертве, опекунов, попечителей, иных лиц, оказывающих «заботу» о

потерпевшем. Последние выступали инициаторами преступных действий, склоняли уполномоченных законодательством должностных лиц на принятие необоснованных и незаконных решений о госпитализации, являясь соучастниками исследуемой преступной деятельности [2,3,5,8, 29, 54, 55, 57, 76, 77, 79, 81, 93, 97, 104, 110, 146, 165, 167].

Не менее серьезной оказалась проблема организации психиатрической помощи осужденным, имеющим психические расстройства. К недостаткам в ее организации следовало относить низкий уровень диагностики психических расстройств у преступников до совершения преступления и осуждения, недостаточно частое назначение судебно-психиатрических исследований, отсутствие в заключении судебно-психиатрических экспертиз диагноза психического расстройства, записи о наличии у преступника коморбидной наркологической патологии; дефицит или полное отсутствие в пенитенциарных условиях врача-психиатра; частые отказы лиц с психическими расстройствами от терапии, неразработанность практических мер по реализации амбулаторного принудительного лечения и наблюдения у врача-психиатра в условиях пенитенциарных учреждений; отсутствие разработанных программ с целевым и длительным использованием нейрорептиков для коррекции непсихотических расстройств, в том числе при агрессии, декомпенсации у лиц с расстройствами личности; недостаточно эффективное взаимодействие с психиатрической службой системы здравоохранения по преемственности в ведении таких пациентов; отсутствие совместной доступной базы данных на преступников и лиц, совершивших общественно опасные действия[46].

Организация психиатрической помощи сопряжена и с правовой неопределенностью помещения и содержания подозреваемого (обвиняемого), в отношении которого в ходе предварительного расследования была избрана мера пресечения в виде заключения под стражу в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь. На основе анализа норм уголовно-процессуального законодательства и судебно-следственной практики

предлагались изменения в отдельные нормы УПК РФ, позволяющие обеспечить нахождение подозреваемого (обвиняемого) в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, в разумные сроки [114, 121, 124, 155, 176, 177, 179].

Объективная необходимость организации психосоциальной реабилитации на амбулаторном этапе сопровождалась внедрением программ, позволяющих планировать и контролировать необходимые формы оказания юридической, социальной, психологической помощи, а на стационарном этапе – формировать полный цикл оказания помощи с продолжением наблюдения и лечения пациентов в общежитии [38].

Защите прав пациентов уделяется серьезное внимание со стороны пациентских общественных организаций, обеспечивающих проведение групповых и индивидуальных встреч с родственниками душевнобольных в рамках психологического консультирования и групповой психообразовательной программы врачами, медицинскими психологами и специалистами по социальной работе, информирование и координация родственников душевнобольных по социальным, трудовым, правовым вопросам волонтерами организации, активизация благотворительной деятельности, привлечение средств благотворительных фондов и грантов для практического решения проблем душевнобольных и членов их семей; проведение досуговых мероприятий, установление контактов с профильными органами здравоохранения и другими государственными структурами по вопросам защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами [39, 40, 178].

Международный опыт организации психиатрической помощи свидетельствовал о необходимости ее интеграции с общей медициной, перехода к оказанию психиатрической помощи в местах расположения других медицинских учреждений, в психиатрических отделениях обычных соматических больниц, однако полного отказа от психиатрических больниц в связи со спецификой оказания психиатрической помощи, не происходило.

Замена прежней модели организации психиатрической помощи на социально ориентированную обусловлена социальной депривацией лиц с психическими расстройствами, находящимися на длительном стационарном лечении, потребностью пациентов в общественной поддержке, необходимостью соблюдения обществом социальных гарантий и прав человека, привлечения к помощи ресурсов общества на стадии социального восстановления. Рассматриваемая модель ассертивной помощи как организационная модель психиатрической помощи, включала поддерживаемое трудоустройство как эффективное конкурентное с увеличением продолжительности рабочего дня, часто комбинируемое с когнитивными методиками, тренинг социальных навыков и когнитивно-бихевиоральной психотерапии; тренинг навыков социальных взаимодействий, независимое проживание, функционирование внутри общества. подготовку членов семьи в качестве «генерализирующих агентов»; когнитивно-бихевиоральную терапию как в групповом, так и индивидуальном формате; методы жетонной системы вознаграждения; подключение службы семьи; психосоциальные вмешательства в отношении расстройств, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков; психосоциальные вмешательства при избыточном весе; когнитивное восстановление; «когнитивная коррекция»; поддержка со стороны пациентов и службы с их участием; вмешательства, повышающие соблюдение приема психотропной терапии (комплаенс-терапия); психосоциальные методы при недавно начавшейся шизофрении. При сравнительной оценке стоимости оказания помощи в двух указанных системах - ориентированной на учреждения и ориентированной на сообщество, - авторы указывали на сложность бесчисленных соотношений между бюджетом, персоналом и другими нанимаемыми ресурсами [45, 72, 118, 128].

Отечественные авторы предлагали идти другим путем организации психиатрической помощи: через акценты на первичное звено в системе здравоохранения, повышение квалификации врачей соматических специальностей по вопросам охраны психического здоровья, что, по их

мнению, позволит повысить эффективность деятельности психотерапевтов, психиатров, подключить врачей соматических специальностей к оказанию психиатрической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами [51, 125].

Отечественные исследователи обращали внимание на непрерывное образование персонала психиатрических больниц через наделение их гибкими навыками критического мышления, решения задач, выстраивания эффективной коммуникации, публичного выступления и ораторского искусства, цифрового и делового общения, работы в команде, работы в условиях неопределенности, самоанализа и саморефлексии в организации психиатрической помощи [28, 29, 60, 65, 68, 95].

К основным направлениям развития региональных и муниципальных служб психического здоровья в России относили изменение содержания и повышение доступности психиатрической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи за счет поэтапного по мере накопления кадровых ресурсов обновления функциональных обязанностей врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, сбалансированное распределение объемов и качества полипрофессиональных и межведомственных бригадных форм работы в первичном звене медицинской помощи (в поликлиниках), в стационарах, в сообществе по месту проживания (в психоневрологических диспансерах, психиатрических и психотерапевтических кабинетах), в государственных и муниципальных учреждениях социального обслуживания населения [68, 70, 72, 86, 87, 88, 89].

Учитывая тот факт, что большинство людей с психическими расстройствами обращаются в учреждения первичной медико-санитарной помощи, где и предпочитают получать лечение, а врачи первичной медико-санитарной помощи встречают почти вдвое больше пациентов с психическими расстройствами, чем психиатры, во многом из-за «барьеров» психиатрической службы, требуется создание программ обучения диагностике и

медикаментозному лечению тревожных и депрессивных расстройств для врачей первичного медико-санитарного звена, разработки протоколов лечения и показаний к направлению лиц с психическими расстройствами к специалистам-психиатрам [84].

С учетом высокой востребованности социальной работы в деятельности психиатрических и психотерапевтических служб необходима активизация послевузовской подготовки специалистов по социальной работе и расширение подготовки социальных работников в медицинских колледжах по уже разработанным и используемым в стране образовательным программам [69].

Таким образом, наличие проблем организации медицинской помощи при психических расстройствах, рост реальной заболеваемости и инвалидности, высокая степень социальной и политической значимости этой категории патологии обусловили объективную необходимость организации и проведения настоящего исследования с детальной оценкой и научным анализом сложившихся организационно-медицинских проблем психиатрической помощи для внедрения инновационных управленческих технологий в практику организации адекватной своевременной психиатрической помощи населению, решению проблем на уровне первичной профилактики психических заболеваний, снижения заболеваемости и инвалидизации населения, повышения уровня психического здоровья общества и укрепления национальной безопасности.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе ГБУЗ Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москва. Коечная мощность составляет 1348 коек, на которых получает медицинскую помощь 89000 человек ежегодно. Медицинская помощь оказывается 1300 медицинскими работниками (в том числе 44 кандидатами медицинских наук, 4 докторами медицинских наук, 3 заслуженными врачами) на базе 50 отделений, включая психиатрическую службу.

Особенность исследования заключалась в изучении потребности населения в психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи и ее организации на базе медицинских организаций первичного звена системы здравоохранения. В настоящее время система психиатрической помощи предоставляет ее профильным пациентам на базе психиатрических больниц и диспансеров. В них лечение получают ежегодно порядка 24000 пациентов. В психоневрологических диспансерах проводят 2,7 – 2,8 миллиона медицинских осмотров в год. Осмотру подлежат те, кто лечился в стационаре и встал под наблюдение в психоневрологический диспансер либо уже наблюдается в психоневрологическом диспансере. В сомато-психиатрическое отделение многопрофильного стационара ГБУЗ Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова департамента здравоохранения города Москва поступают пациенты, 60-70 процентов которых ранее не наблюдались у психиатра и не лечились в психиатрической больнице. Эти пациенты не попадали в поле зрения психиатра, психотерапевта и психолога, они лечились в поликлиниках, соматических больницах. Именно для этой категории пациентов требуется инновационная технология организации профильной психиатрической помощи для эффективного расходования ресурсов медицинских организаций, качества оказания и удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

Статистическая отчетность формировалась при использовании программы "Медкарта Про". В исследовании участвовали сведения форм № 30, 36, 10, данные регистратуры, приема врача, врачебных комиссий.

Объектом исследования являлись пациенты, получавшие психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, население, готовое обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, медицинские специалисты, участвующие в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, медицинские эксперты-психиатры, психотерапевты и медицинские психологи, оценившие характер заболеваемости, систему оценки оказания психиатрической, психолого-психотерапевтической помощи.

Предметом исследования выступал комплекс теоретических, методологических и практических вопросов, связанных с медико-социальной оценкой потребности населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, процессов ее получения пациентами и оказания медицинскими специалистами и разработкой модели управления психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью.

Гипотеза исследования. Функционирование инновационной модели организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи снижает нагрузку на систему здравоохранения, повышает эффективность, уровень качества и доступности медицинской помощи населению.

Цель - Разработка механизмов совершенствования организации психиатрической помощи населению.

Работа проводилась поэтапно, по заранее разработанной программе с использованием различных способов сбора информации в зависимости от цели и поставленных задач (таб. 2.1).

Таблица 2.1. - Программа исследования

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объем исследования	Источники информации	Сроки
1.Обосновать необходимость совершенствования механизмов организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населению на основании оценки нормативно-правовой базы и данных литературных источников.	Аналитический, статистический	Пациенты, обратившиеся за медицинской помощью в ГБУЗ Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москва (145000 человек).	Данные литературы (205 источников). Данные статистической отчетности психиатрической службы (форм № 30, 36, 10) ДЗМ за 2004 – 2021 гг.	2023г.
2.Проанализировать потребность в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи по данным сетевых запросов и социологического опроса населения.	Аналитический, статистический	Население, выражающее потребность в получении психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи в сети интернет (200000 чел.)	Данные обращений населения в сети интернет за 2021 год.	2023г.
3.Проанализировать динамику и структуру инвалидности психических расстройств населения за 2004 – 2021 гг.	Аналитический, статистический	Случаи оказания психиатрической помощи населению	Данные статистической отчетности психиатрической службы (форм № 30, 36, 10) ДЗМ за 2004 – 2021 гг.	2023г.
4.Определить медико-социальные детерминанты оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.	Аналитический, статистический, социологический опроса, организационного эксперимента	Анкеты для населения (20 вопросов), медицинского персонала (34 вопроса), пациентов (40 вопросов)	Материалы проведенного исследования:	2023г.
5.Построить организационно-управленческую модель эффективной психиатрической помощи населению.	Аналитический, статистический, организационного эксперимента	Организационно-медицинские, медико-демографические и медико-социальные детерминанты	Материалы проведенного исследования:	2023г.

На первом этапе осуществлялось изучение литературных источников по проблеме организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населению на основании оценки нормативно-правовой базы и данных литературных источников.

На втором этапе осуществлялся сбор сетевых сведений о потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населения, статистических данных в ГКБ 67 г. Москва по материалам конъюнктурных отчетов за 2004 – 2021 гг., статистических данных общей и впервые выявленной инвалидности психических расстройств, демографической структуры инвалидности.

На третьем этапе был проведен социологический опрос населения для выявления готовности обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, медицинских специалистов, оказывающих психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, пациентов, получающих психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь.

На четвертом этапе определены медико-социальные детерминанты оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

На пятом этапе осуществлялось построение организационно-управленческой модели эффективной психиатрической помощи населению. Были использованы методы: аналитический, социологического опроса, динамических рядов, корреляционно-регрессионного анализа, организационного эксперимента.

Полученные в результате исследования данные были подвергнуты статистической обработке с использованием 13 версии программы STATISTICA от StatSoft (серийный номер JPZ807I452917ARCN20ACD-9), установленной на персональном компьютере с операционной системой Microsoft Windows 10.

2.1. Показатели заболеваемости и инвалидности психических заболеваний и их детерминанты

Рассчитаны показатели общей и впервые выявленной инвалидности, демографической структуры инвалидности при психических расстройствах, оценена сила влияния на них медико-социальных факторов, выявлены медико-социальные детерминанты для построения эффективной модели организации адресной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населению.

Экстенсивные показатели были представлены графически в виде внутрисклассовых, секторных диаграмм.

В работе использованы методы непараметрической статистики, при помощи которых была оценена инвалидность. Рассчитаны показатели инвалидности по отдельным нозологическим формам, проведен анализ динамических рядов, рассчитаны коэффициенты регрессии, детерминации, угловые коэффициенты, вероятности безошибочного прогноза для подтверждения наличия тенденций динамических рядов.

Выявление трендов показателей создавало базу для прогнозирования – вероятностной оценки, получаемой путем перспективной экстраполяции ряда (продление в будущее тенденции, наблюдавшейся в прошлом).

Экстраполяция рядов динамики осуществлялась аналитическим выравниванием, подставляя в уравнение $y = a_0 + a_1 \cdot t$ значения t за пределами исследованного ряда и рассчитывая для t вероятностные \hat{y}_t .

2.2. Социологический опрос. Статистические условия формирования выборочной совокупности.

Разработано 3 вида анкет для:

- населения, готового обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью - 20 вопросов,

- медицинских специалистов, оказывающих психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь 34 вопроса,
- пациентов, получающих психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь – 41 вопрос,
- экспертов психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов - 14.

Для определения доверительного числа (t) исходили из знания, что при $t=2$ вероятность утверждения о расхождении выборочной и генеральной совокупностей составляет 0,954. При проведении социологических исследований является достаточным обеспечение вероятности отображения выборкой данных генеральной совокупности (репрезентативность). Максимальное расхождение между данными выборочной и генеральной совокупностей составляет $\Delta=5\%$ или 0,05. Таким образом, при этих параметрах минимальная численность выборки должна быть не менее 400.

дисперсия (мера колебания признака в генеральной совокупности), Δ -предельная ошибка выборки. Признаки, регистрируемые при социологическом опросе, носят атрибутивный характер, в связи с чем мерой колебания выступает дисперсия альтернативного признака pq , где

p – доля данного признака, установленного заранее

$$q = 1 - p$$

при расчете необходимой численности случайной выборки использовалось максимальное значение дисперсии $G^2 = pq = 0,5 * 0,$

2.3. Моделирование организации психиатрической помощи пациентам, обращающимся в поликлинику и многопрофильный стационар

Построение алгоритма организации психиатрической помощи пациентам, обращающимся в поликлинику и многопрофильный стационар для снижения нагрузки на общесоматическую сеть, формирования групп профильных пациентов, избегающих обращение в специализированные

учреждения, для обеспечения их адресной специализированной своевременной психиатрической помощью, формирования у населения приверженности к здоровому образу жизни, снижения социально-экономической нагрузки на здравоохранение и профессионального выгорания медицинских специалистов, обеспечения безопасности психически здоровых граждан, объективизации заболеваемости и инвалидности для обоснования адекватного финансирования психиатрической службы, ликвидации теневого рынка медицинских услуг по оказанию психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи.

2.4. Оценка эффективности модели организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи

1. Уровень удовлетворенности медицинской помощью: был оценен по пятибалльной системе на основании данных социологического опроса женщин родильниц (1500 анкет). Использован выборочный метод, определена необходимая численность выборочной совокупности по формуле:

$$n = t^2 * G^2 / \Delta^2, \text{ где:}$$

n – число необходимых наблюдений,

t – доверительный критерий,

G – дисперсия (мера колебания признака в генеральной совокупности),

Δ – предельная ошибка выборки. Признаки, регистрируемые при социологическом опросе, носят атрибутивный характер, в связи с чем мерой колебания выступает дисперсия альтернативного признака pq , где:

p – доля данного признака, установленного заранее

$$q = 1 - p$$

при расчете необходимой численности случайной выборки использовалось максимальное значение дисперсии $G^2 = pq = 0,5 * 0,5$

1. Медицинская результативность:

$$K_{MP} = \frac{MP_{\phi}}{n}, \text{ где}$$

MP_{ϕ} – количество пациентов с положительным медицинским результатом (положительная динамика здоровья на день выписки) за отчетный период;

n – общее число пациентов, выбывших из учреждений за этот же период.

В основу организационной модели психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи заложены ключевые медико-социальные детерминанты заболеваемости и инвалидности психическими расстройствами, определенные методом корреляционно-регрессионного анализа, меры, обеспечивающие контроль их изменения и эффективное управление, медико-социально-экономическая эффективность.

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОТРЕБНОСТИ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЯ

3.1. Анализ и оценка обращаемости населения за психолого- психотерапевтической и психиатрической помощью по данным сетевых запросов.

По данным статистики Всемирной организации здравоохранения каждый восьмой человек в мире живет с психическим расстройством. За 2020 год число людей с тревожными и депрессивными расстройствами увеличилось на 26% и 28% соответственно¹. Согласно данным² в 2017 году депрессия была выявлена у 264 миллионов человек, тревожные расстройства у 284, а уже в 2019 году у 280 миллионов и 301 миллиона соответственно.

В последние несколько лет отмечается увеличение спроса на психологическую помощь, как со стороны граждан³, так и со стороны работодателей. Пандемия COVID-19 и постковидный синдром, а также социально-политический контекст привели к повышению уровня невротизации и усилению тревожно-депрессивных состояний^{4 5 6 7 8}. Так, в 2022 году спрос на консультации психологов увеличился на 62,87% по сравнению с 2021 годом⁹, отмечен рост обращений к психиатрам и психотерапевтам в частные клиники¹⁰. Согласно данным ресурса HeadHunter число вакансий для психологов в сравнении с 2021 годом увеличилось на

¹ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

² <https://ourworldindata.org/mental-health>

³ <https://www.gazeta.ru/business/2022/05/24/14898320.shtml?updated>

⁴ https://psychiatr.ru/files/magazines/2022_04_obozi_2158.pdf

⁵ <https://www.who.int/ru/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

⁶ <https://tass.ru/obshchestvo/10993575>

⁷ <https://www.forbes.ru/society/483190-eksperty-svazali-rost-sprosa-na-uslugi-psihologov-so-specoperaciej-i-mobilizaciej>

⁸ <https://secretmag.ru/news/v-rossii-stalo-bolshe-depressivnykh-21-07-2022.htm>;

<https://www.forbes.ru/biznes/472121-zit-stisnuy-zuby-v-rossii-rastet-zabolevaemost-depressiej>

⁹ <https://www.kommersant.ru/doc/5748777>

¹⁰ <https://www.kommersant.ru/doc/5758780>

111%¹¹. Пандемия COVID-19 выявила недостаточность групп психологической поддержки населению в ситуациях, когда она нужна сразу большому количеству людей, а именно, врачам, пациентам, сотрудникам экстренных служб, таким уязвимым категориям как пожилые люди и дети [1-7]. Была установлена потребность в профилактике и коррекции неблагоприятных психологических состояний [8-10], а также недостаточность информационных материалов в качестве психологической самопомощи. Очевидна необходимость в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, поскольку психотерапия как область профессиональной деятельности определяется как форма взаимодействия по сохранению и развитию индивидуального физического, психологического, социального здоровья и эмоционального благополучия, и сформировалась тенденция роста потребности такого вида помощи.

Согласно статистике поисковых запросов Google, с 2006 года по настоящее время отмечается общий рост числа запросов «Психолог» в поиске¹². Среди регионов лидерами по поиску психологов оказались Санкт-Петербург и Москва (Рис. 3.1-3.2).

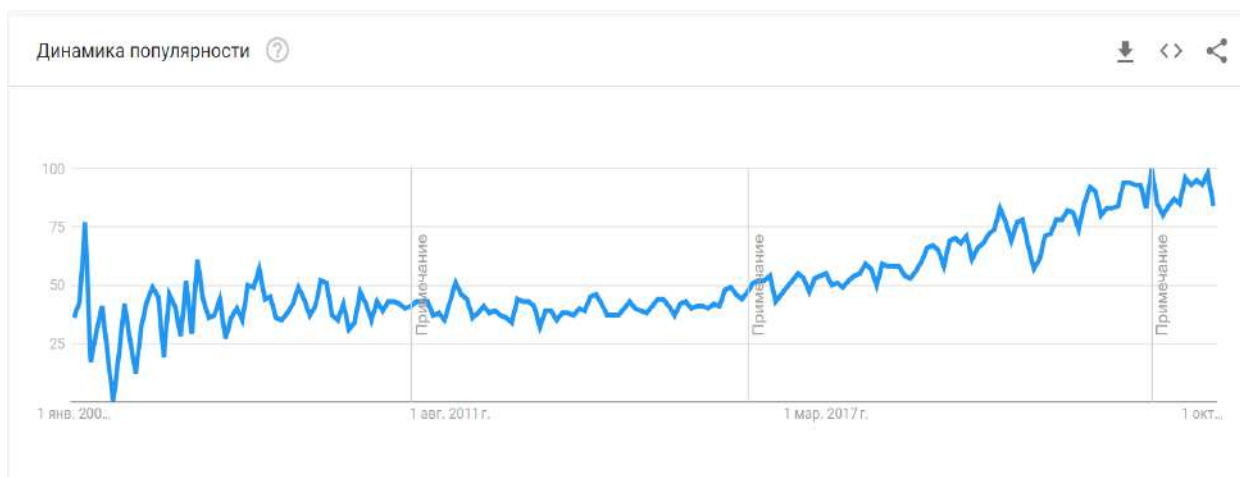


Рисунок 3.1. Динамика популярности поисковых запросов «Психолог» (%)

¹¹ https://www.rbc.ru/spb_sz/03/03/2022/622077c39a794779aceb34da

¹² <https://trends.google.ru/trends/explore?date=2006-01-01%202022-12-27&geo=RU&q=психолог>

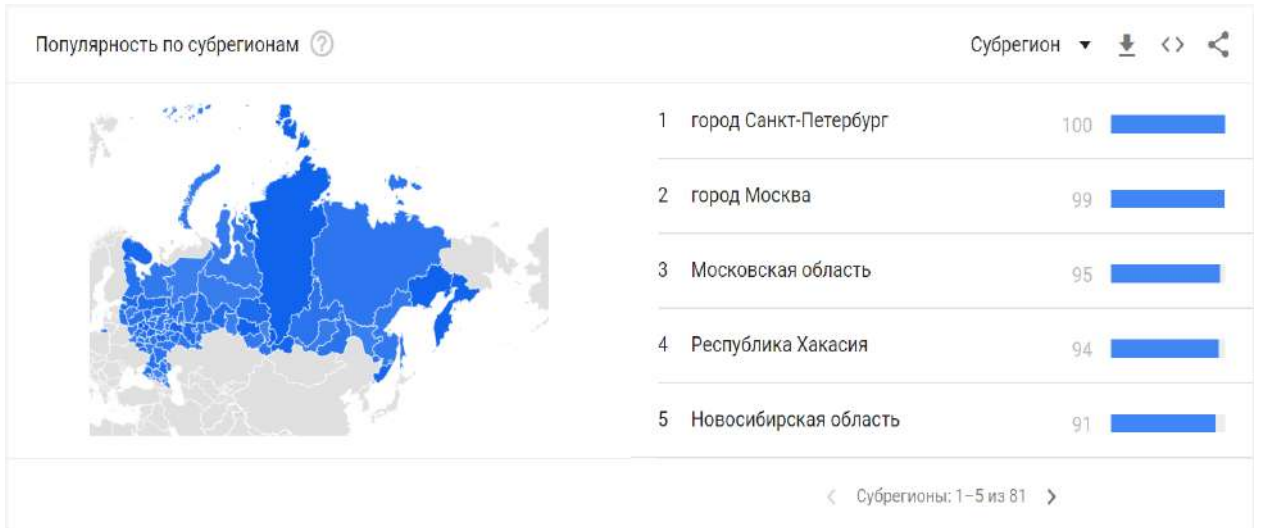


Рисунок 3.2. Динамика популярности поисковых запросов «Психолог»

Рост запросов за последний год отмечается и, согласно статистике Яндекс (2 176 315 запросов в начале 2021 года, 3 322 199 в ноябре 2022) прослеживается общая тенденция роста числа запросов. Повышенный интерес к запросу «Психолог» отмечался в Москве (108%) и Санкт-Петербурге (112%)¹³ (Рис. 3.3).

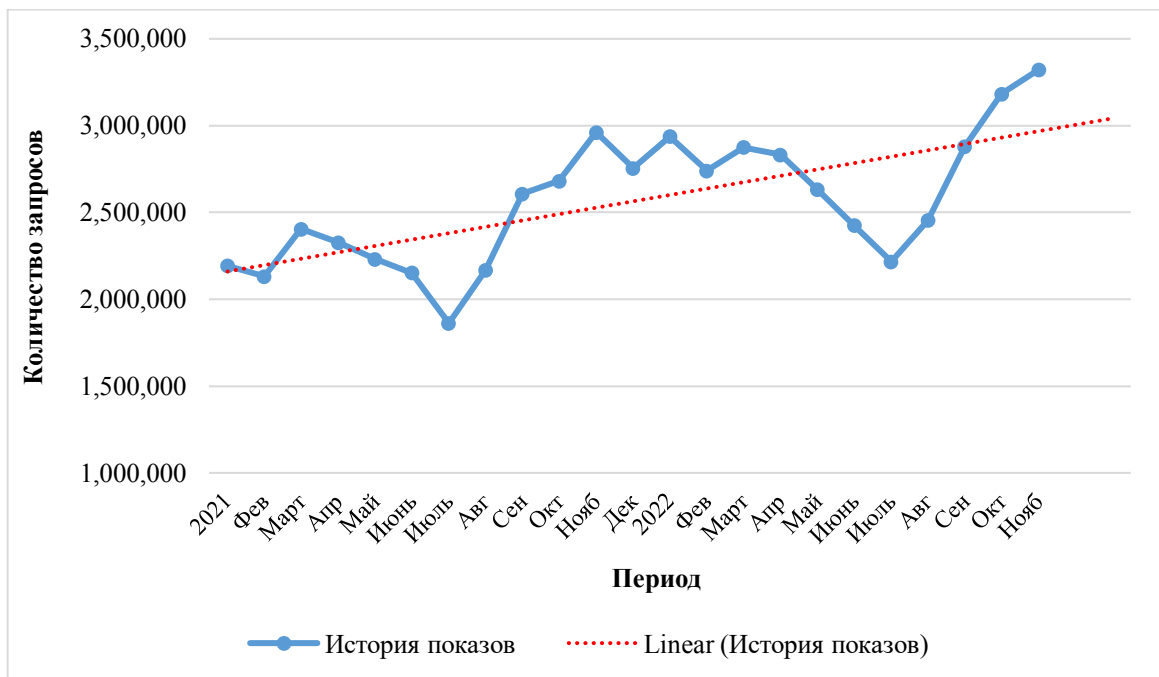


Рисунок 3.3. История показов по запросу «Психолог»

¹³ <https://wordstat.yandex.ru/#!/regions?filter=cities&words=психолог>

Аналогичный интерес в плане запросов с 2007 года отмечается и при поиске по слову «психиатр»¹⁴.

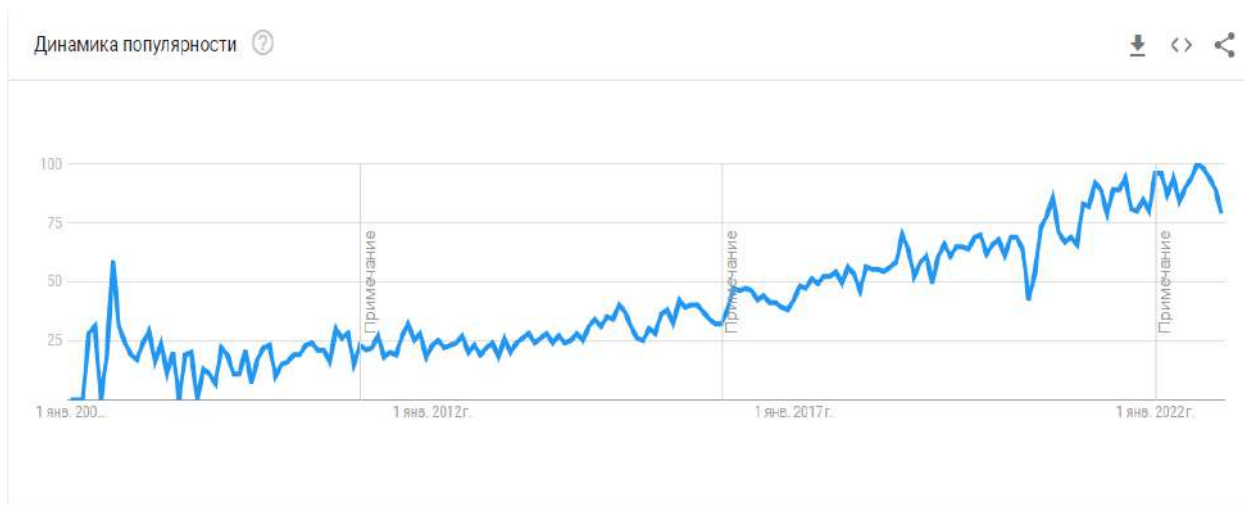


Рисунок 3.4. История показов по запросу «Психиатр»

С января 2021 года по настоящий момент отмечался рост популярности поискового запроса «психиатр» согласно статистике Яндекс¹⁵, причем с аналогичной тенденцией к увеличению интереса, как и в случае с запросом «психолог». Анализ региональных запросов раскрыл наибольший интерес о данному запросу в Москве (125%), Санкт-Петербурге (118%) и Новосибирске (113%)¹⁶ (Рис. 3.4-3.5).

¹⁴ <https://trends.google.ru/trends/explore?date=2007-01-01%202022-12-27&geo=RU&q=Психиатр>

¹⁵ <https://wordstat.yandex.ru/#/history?words=психиатр>

¹⁶ <https://wordstat.yandex.ru/#/regions?filter=cities&words=психиатр>

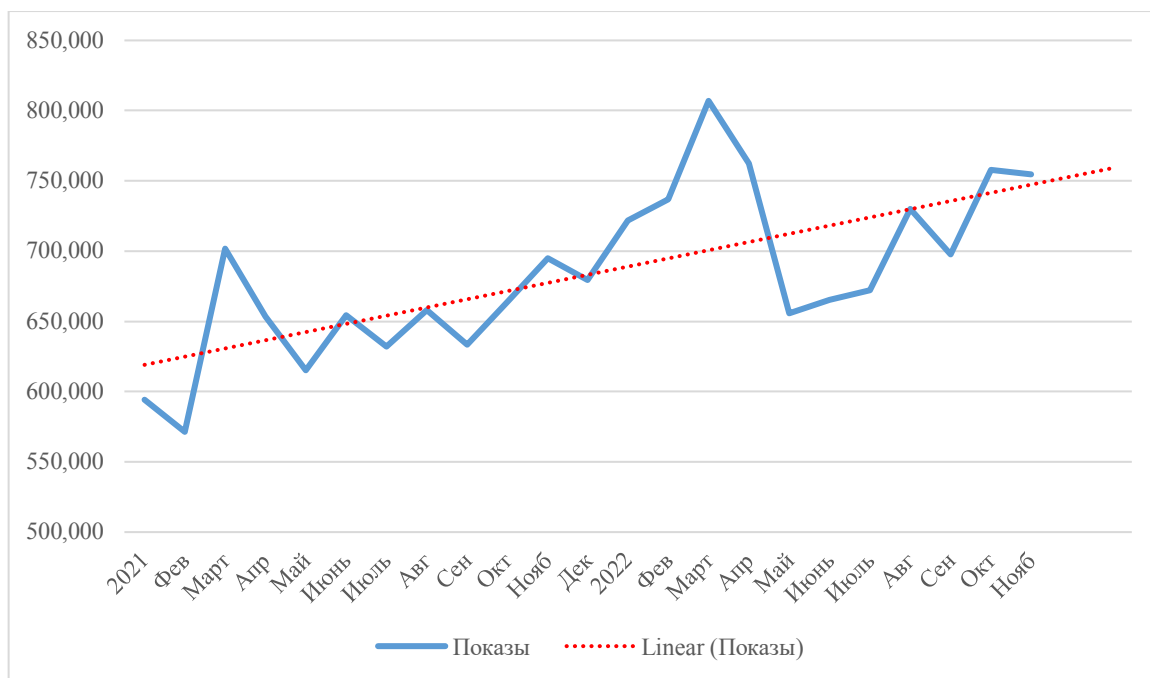


Рисунок 3.5. История показов по запросу «Психиатр»

Возрастал интерес и к психотерапевтам.

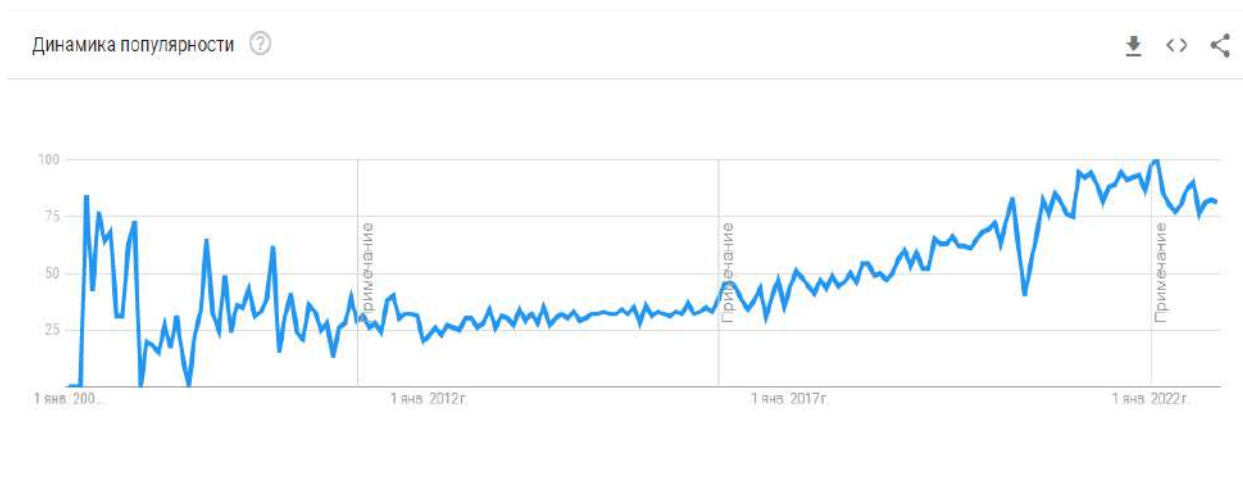


Рисунок 3.6. Динамика популярности по запросу «Психотерапевт»

С 2021 года отмечен рост популярности данного запроса с тенденцией роста¹⁷. Наиболее популярен поисковый запрос «психотерапевт» в Москве (115%) и Санкт-Петербурге (156%)¹⁸ (Рис. 3.6-3.7).

¹⁷ <https://wordstat.yandex.ru/#!/history?words=психотерапевт>

¹⁸ <https://wordstat.yandex.ru/#!/regions?filter=cities&words=психотерапевт>

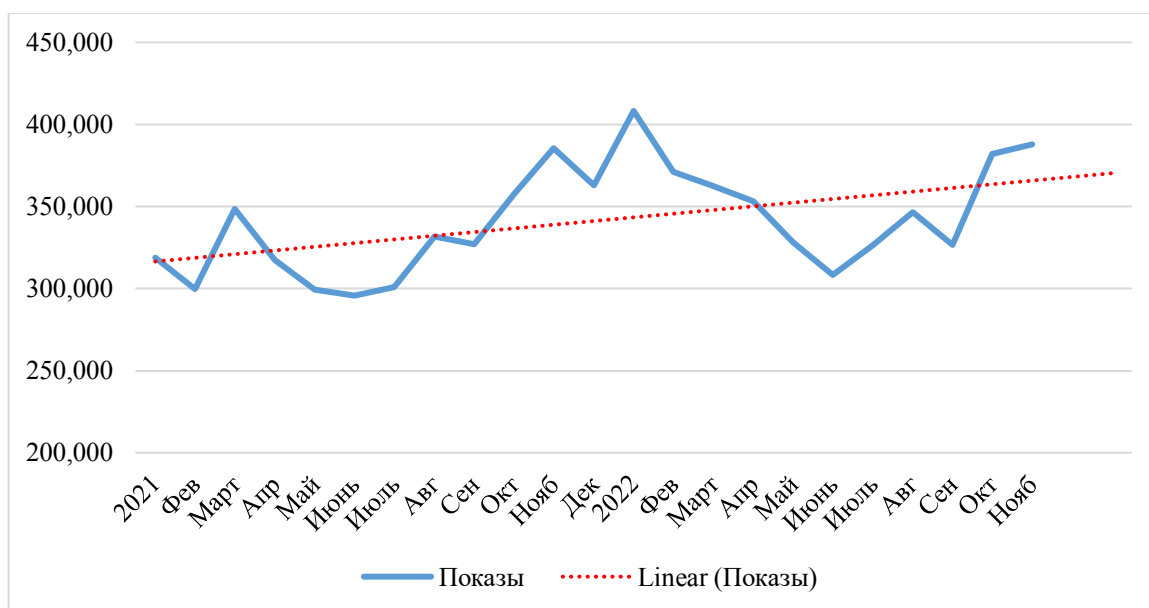


Рисунок 3.7. Динамика популярности по запросу «Психотерапевт»

С начала 2022 года в России на 44% увеличился спрос на седативные препараты и на 48% на антидепрессанты по сравнению с 2021 годом¹⁹. Тенденция роста зафиксирована статистикой поисковых запросов Google²⁰ (Рис. 3.8-3.10).

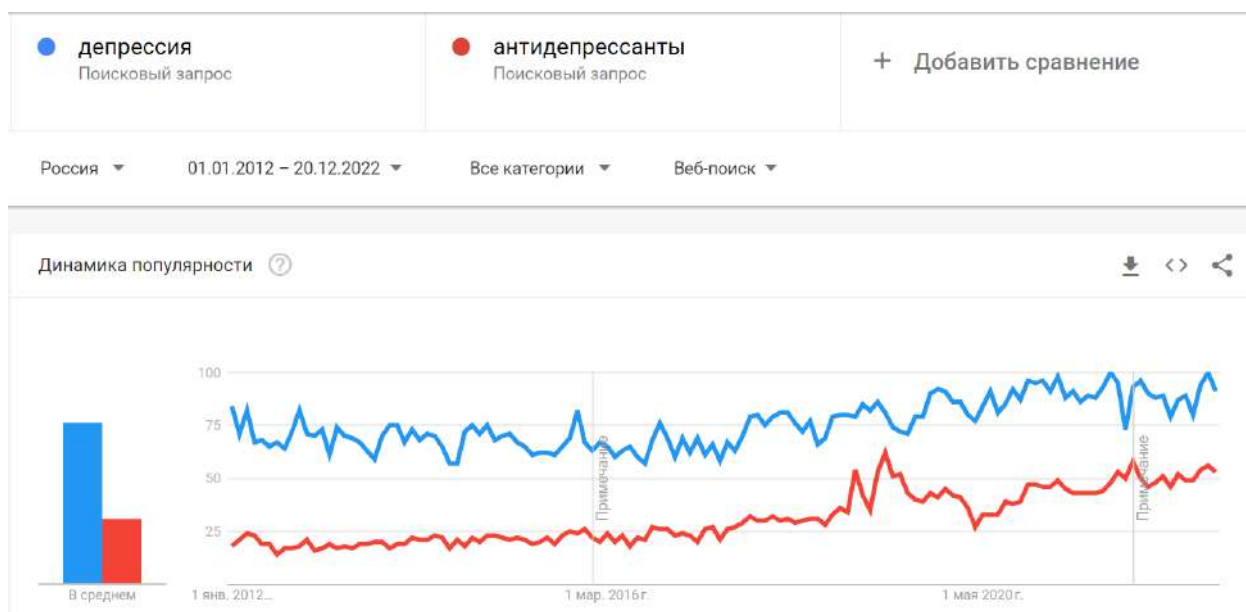


Рисунок 3.8. Динамика популярности по запросу «Депрессия» и «Антидепрессанты»

¹⁹ <https://vademec.ru/news/2022/12/02/murashko-dostupnost-psikhologo-psikhiatricheskoy-pomoshchi-v-rossii-povysitsya/>

²⁰ <https://trends.google.ru/trends/explore?date=2012-01-01%202022-12-20&geo=RU&q=депрессия,антидепрессанты>

Прогнозируемый рост числа запросов прослеживался и по данным Яндекса за период с 2021 по конец 2022 года^{21 22}.

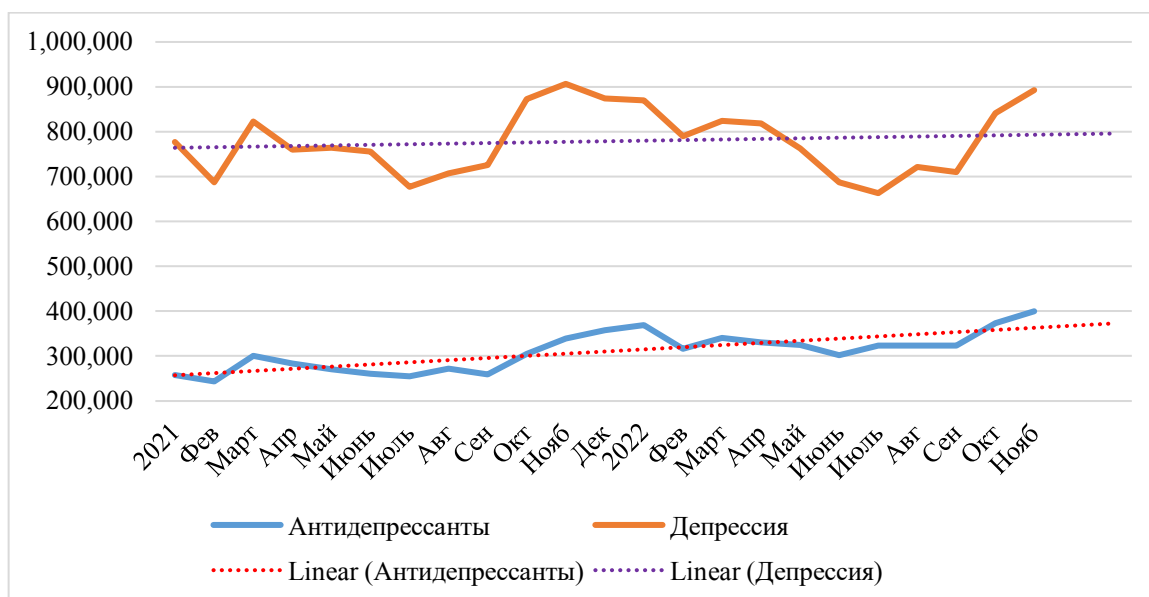


Рисунок 3.9. История показов по запросу «Депрессия» и «Антидепрессанты»

Рост уровня тревожности населения подтверждался динамикой роста популярности поисковых запросов Google²³ (Рис. 3.10).

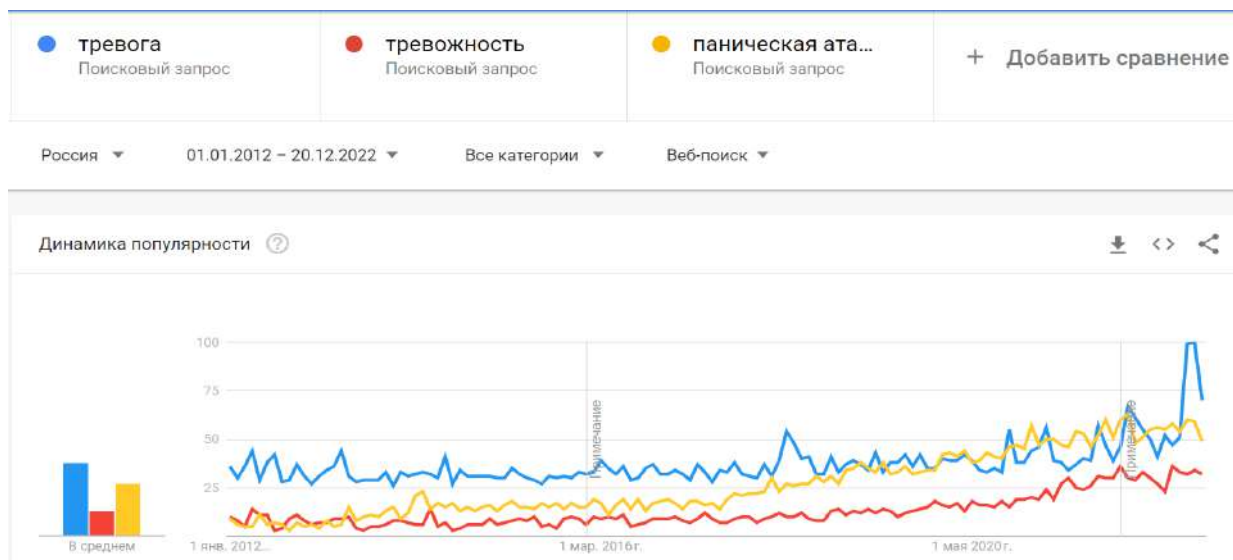


Рисунок 3.10. Динамика популярности по запросу психоэмоциональных нарушений

²¹ <https://wordstat.yandex.ru/#!/history?words=антидепрессанты>

²² <https://wordstat.yandex.ru/#!/history?words=депрессия>

²³ <https://trends.google.ru/trends/explore?date=2012-01-01%202022-12-20&geo=RU&q=тревога,тревожность,паническая%20атака>

Аналогичное увеличение числа запросов по теме панических атак²⁴, тревог²⁵ и тревожности²⁶ подтверждалось анализом и оценкой статистики Яндекса (рисунок 3.11).

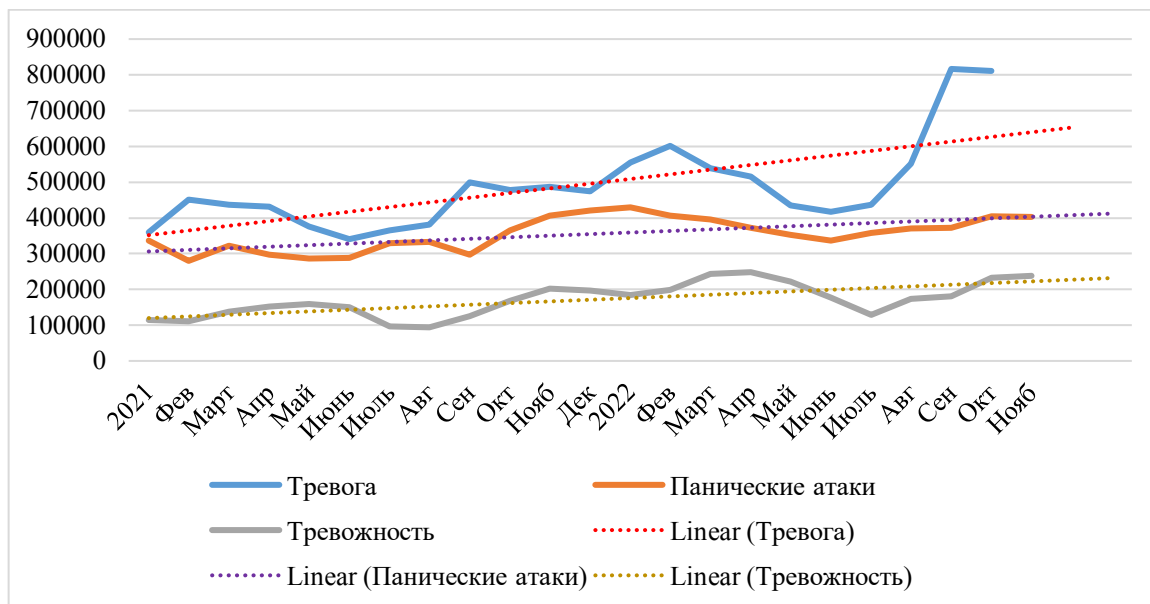


Рисунок 3.11. История показов по запросам психоэмоциональных нарушений

В рамках исследования был проведен анализ востребованности консультаций медицинских психологов в стационаре на базе ГКБ 67 г. Москва. С 2020 года отмечался рост числа консультаций на 386% (Рис. 3.12).

²⁴ <https://wordstat.yandex.ru/#!/history?words=панические%20атаки>

²⁵ <https://wordstat.yandex.ru/#!/history?words=тревога>

²⁶ <https://wordstat.yandex.ru/#!/history?words=тревожность>

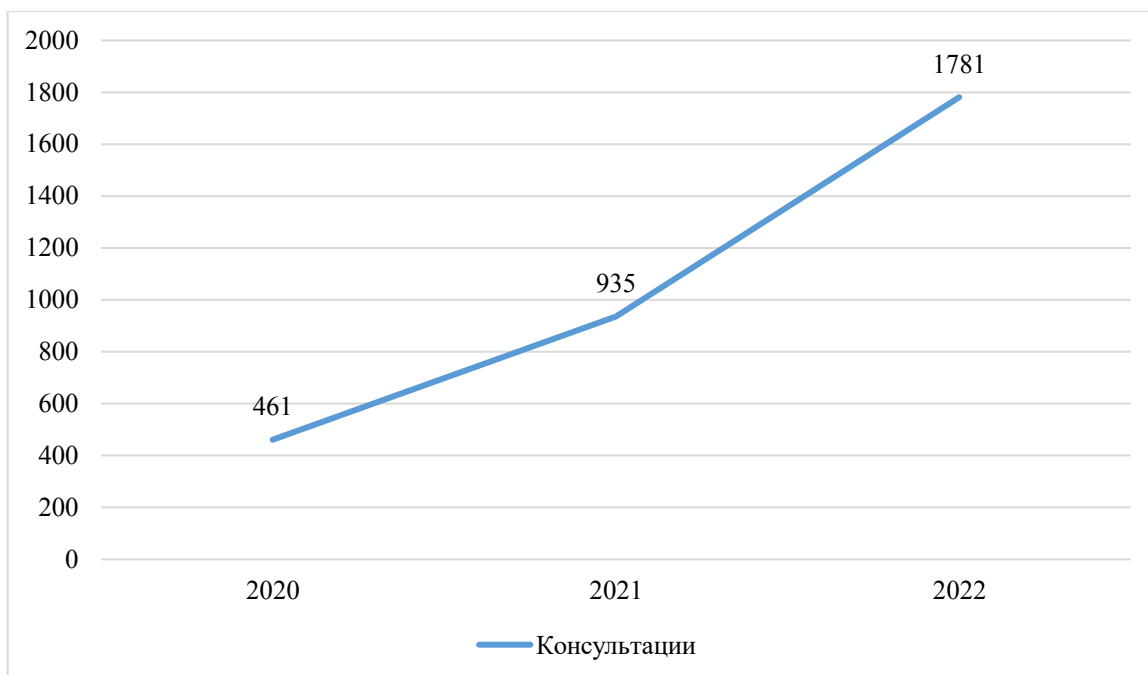


Рисунок 3.12. Анализ востребованности консультаций медицинских психологов в стационаре

Исходя из анализа запросов, на первый план выходила работа с проблематикой тревоги. В период пандемии умеренная тревога составляла 52% от общего числа запросов, острая тревога – 23%. В 2022 году в стационаре ГКБ 67 основной причиной обращений за консультацией медицинского психолога была тревога (44% от общего числа запросов), а также депрессия (20%) и эмоционально-личностные особенности (16%) (Рис. 3.13).

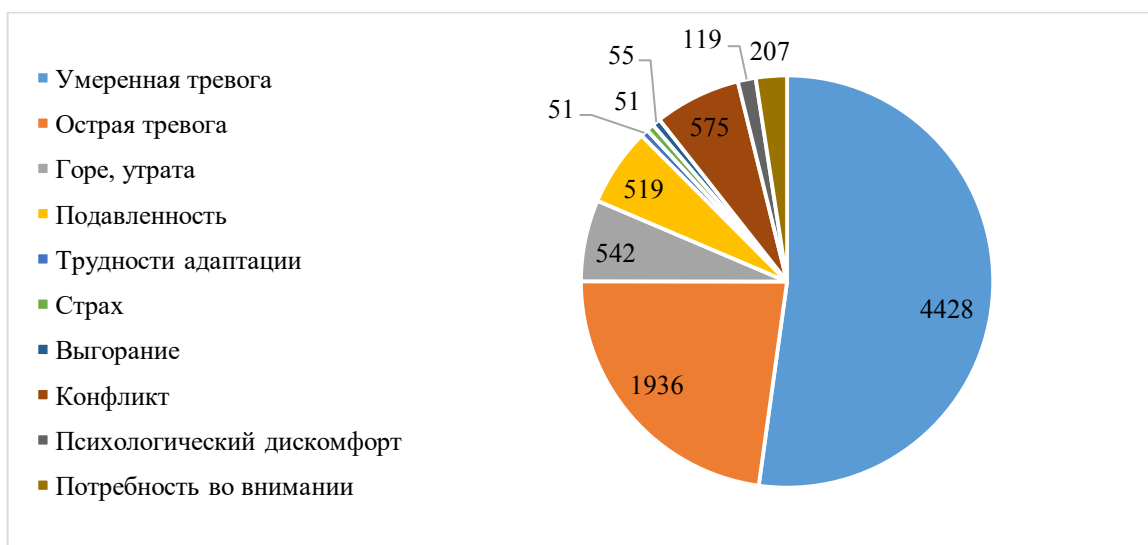


Рисунок 3.13. Направления работы психологов в ковидном госпитале

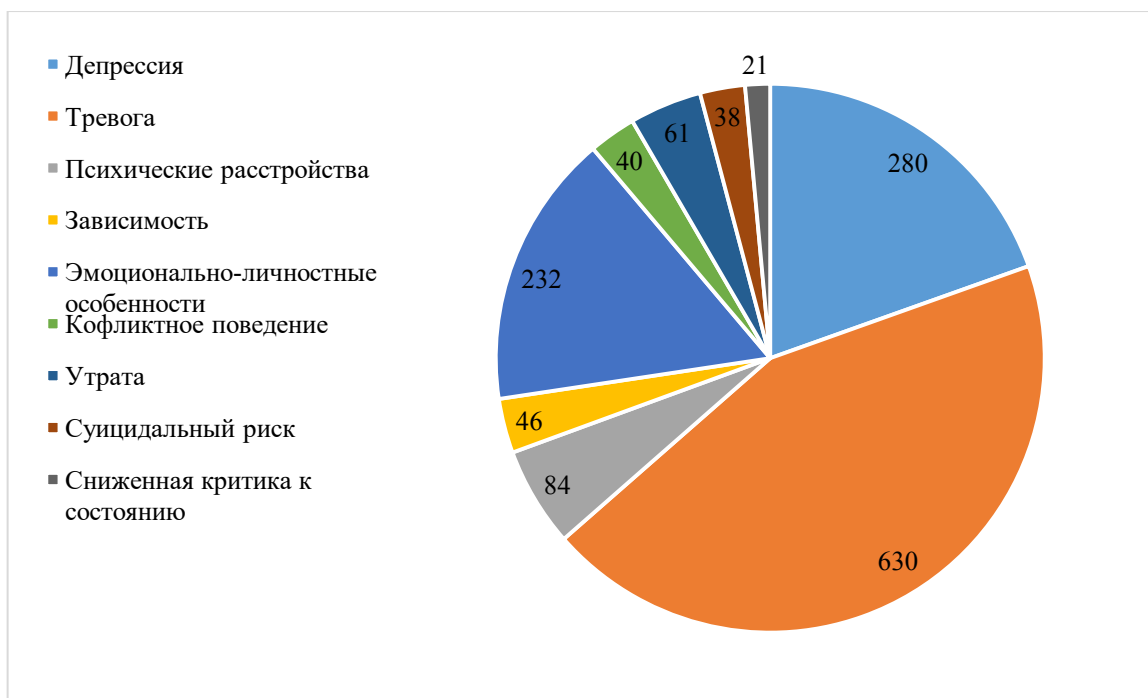


Рисунок 3.14. Направления работы психологов в ГКБ 67 в 2022 году

Кроме того, был проведен опрос пациенток перинатального центра ГКБ 67 в возрасте от 18 до 44 лет. 95% пациенток замужем и проживали с супругом и детьми, 63% имели постоянную работу. В рамках исследования было выявлено, что 44% пациенток периодически испытывали беспокойство, тревожность или страх, 24% отмечали сниженное настроение, 31% повышенную раздражительность, 38% повышенную утомляемость (Рис. 3.15).

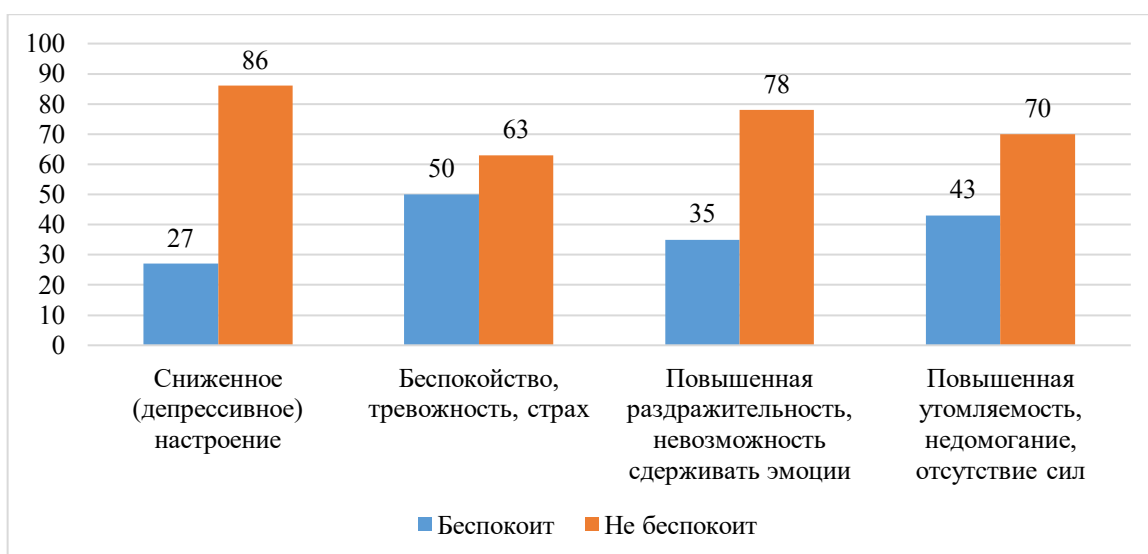


Рисунок 3.15. Структура причин психоэмоциональных нарушений пациенток перинатального центра ГКБ 67, %

Пациентки, заинтересованные в специализированной помощи, составляли большинство. 75% пациенток при необходимости были готовы обратиться за консультацией психолога, 64% - психотерапевта, 62% - психиатра (Рис. 3.16).

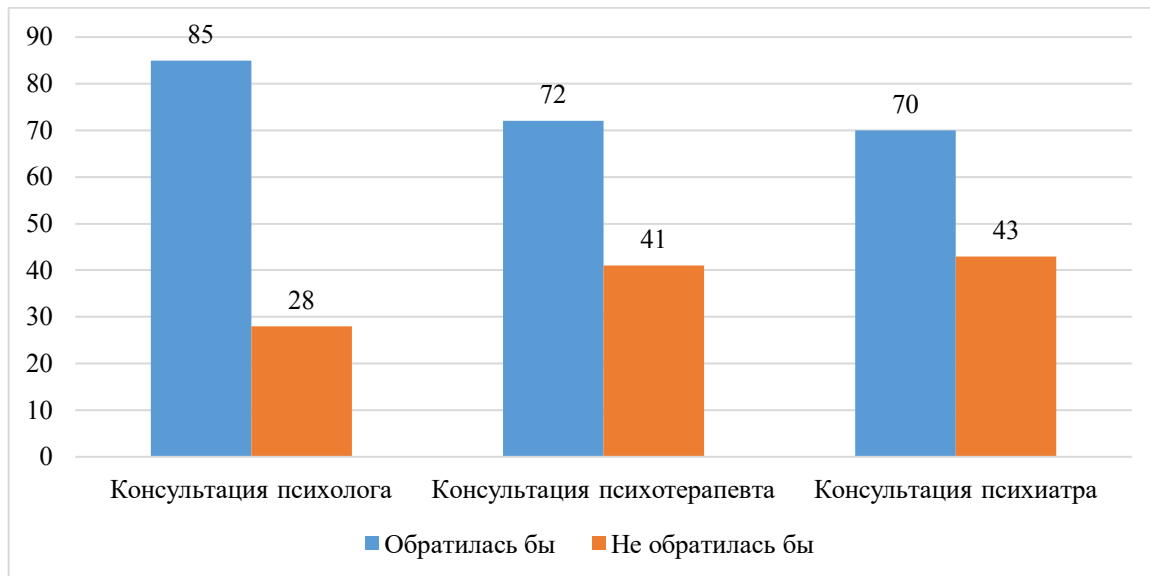


Рисунок 3.16. Структура пациенток перинатального центра ГKB 67, заинтересованных в специализированной помощи, %

3.2. Социально-медицинский профиль населения в вопросах организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи

В половой структуре населения, готового обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью населения преобладали женщины, составляя 61,96%, мужчины занимали меньшую долю – 38,04% (Рис. 3.17).

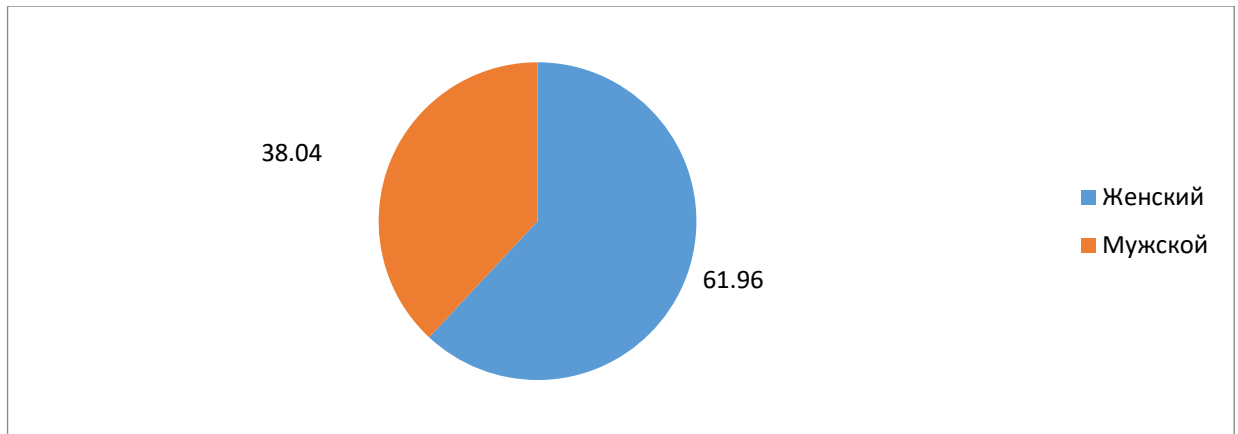


Рисунок 3.17. Распределение по полу лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью. %

Возрастная структура опрошенных была представлена преимущественно лицами 35-39 лет (20,57%), 40-44 года (16,14%), 30-34 года (15,38%), 25-29 лет (11,29%) (Рис. 3.18).

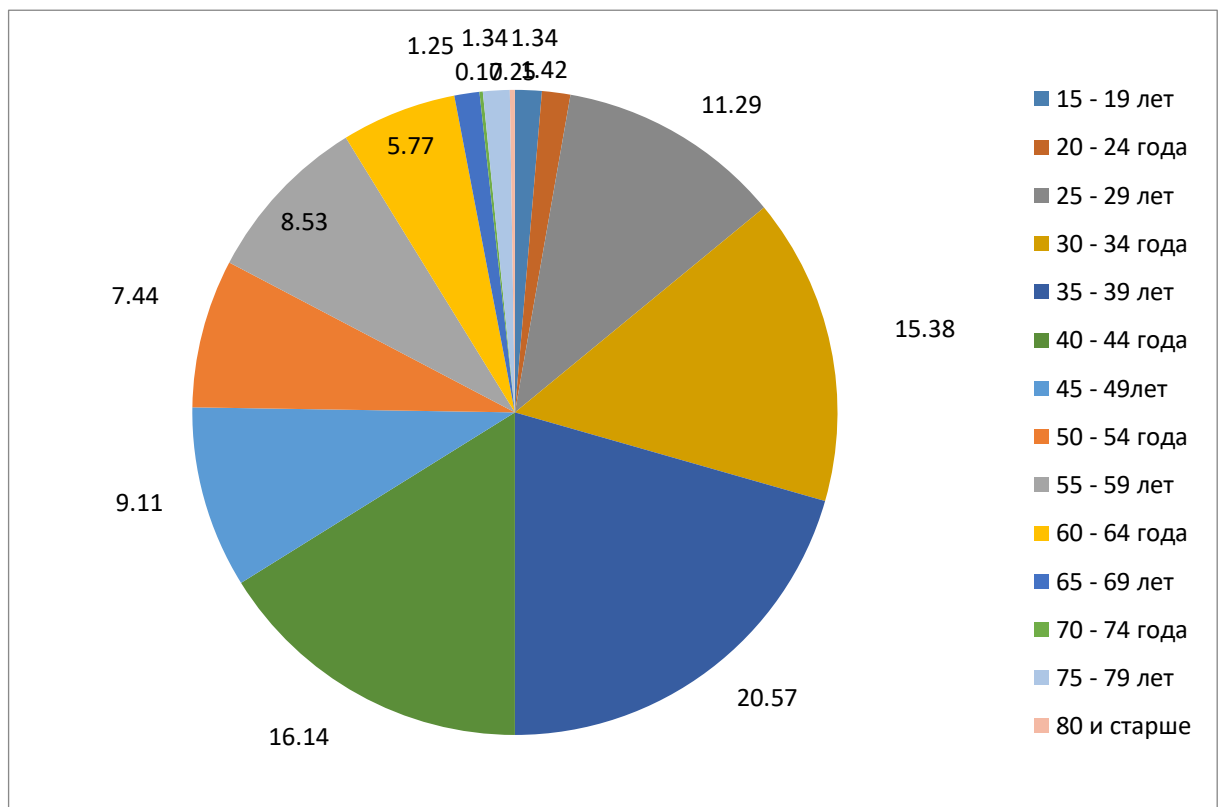


Рисунок 3.18. Распределение по возрасту лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью. %

Среди опрошенных, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью 65,89% были замужем и

женаты, 20,57% были разведены, 10,79% - холосты (не замужем), 2,76% - вдовы (Рис. 3.19).

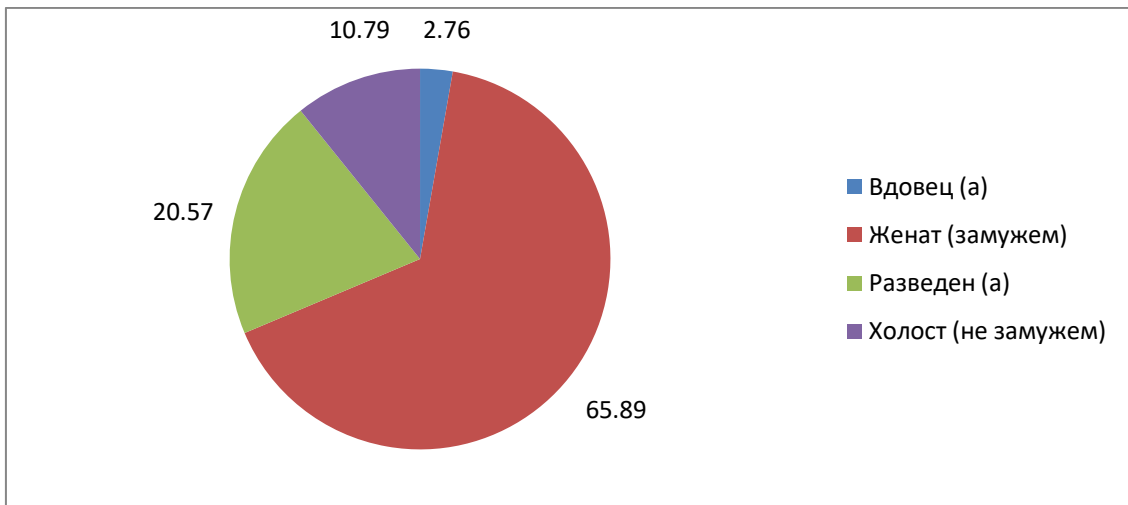


Рисунок 3.19. Распределение по семейному положению лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью. %

Среди лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, работали в государственных учреждениях 47,41%, 39,21% - в частных учреждениях и предприятиях, 7,44% - не работали, 3,6% - были пенсионерами по возрасту, 2,34% - были пенсионерами, инвалидами (Рис. 3.20).

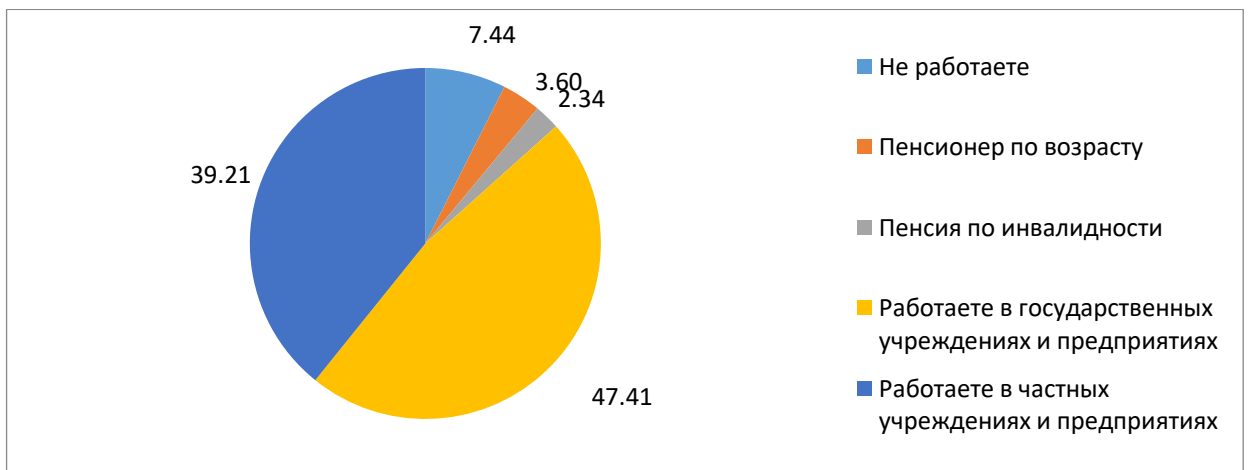


Рисунок 3.20. Распределение по социальному статусу лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью. %

Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по составу семьи

показало, что 52,17% проживали с супругом (ой) и детьми, 13, 04% - проживали в одиночестве, 12,96% - проживали с супругом, 9,45% - проживали с родителями, 8,11% - проживали с детьми (Рис. 3.21).

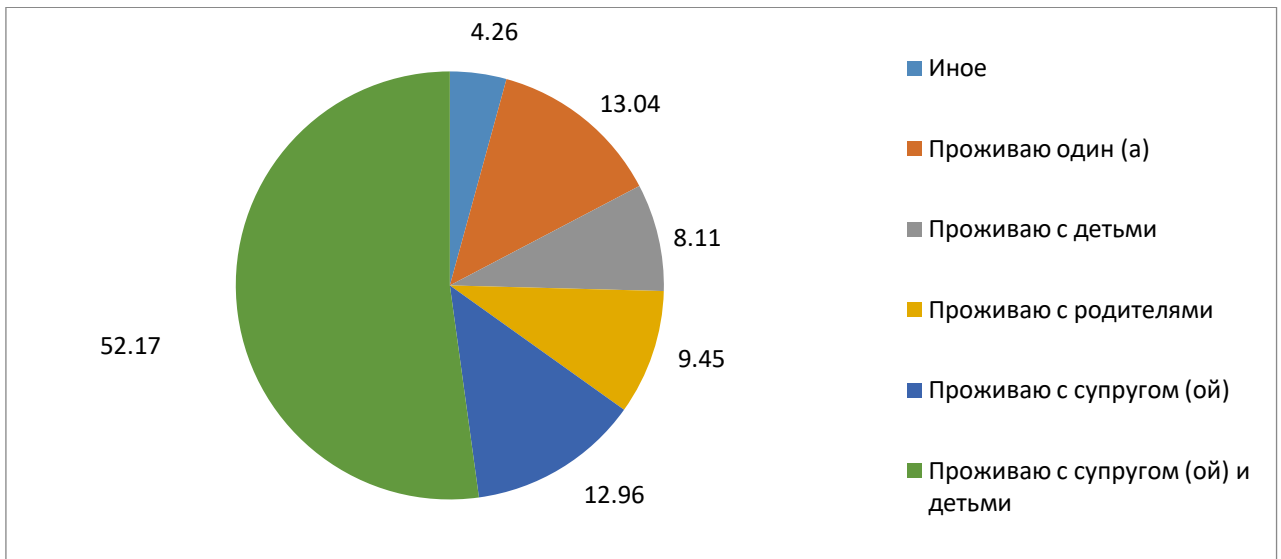


Рисунок 3.21. Распределение по составу семьи лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью. %

Среди опрошенных имели хронические заболевания 34,7%, не имели – 65,3% (Рис. 3.22).

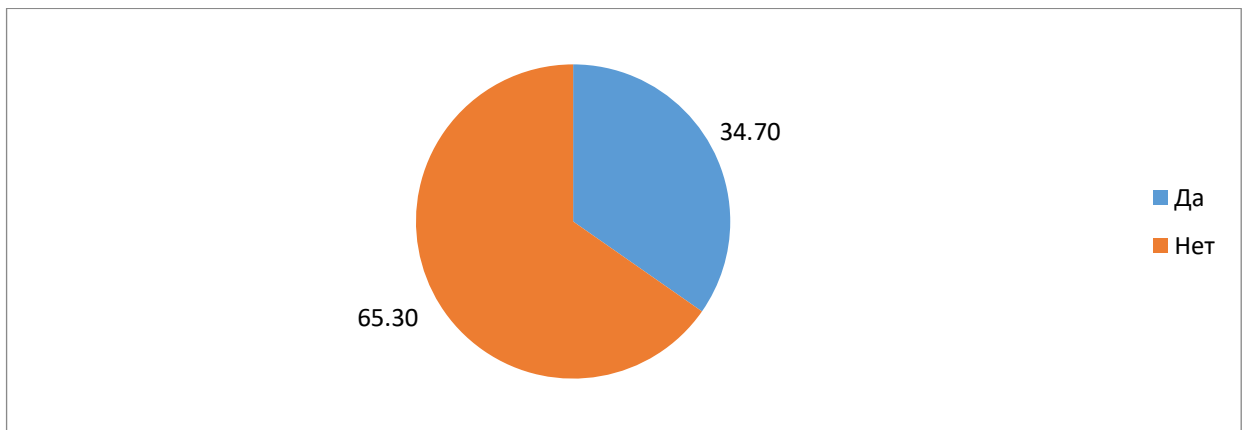


Рисунок 3.22. Распределение по наличию хронических заболеваний лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью. %

Среди опрошенных 91,47% лиц болели коронавирусной инфекцией, и только 8,53% - не болели (Рис. 3.23).

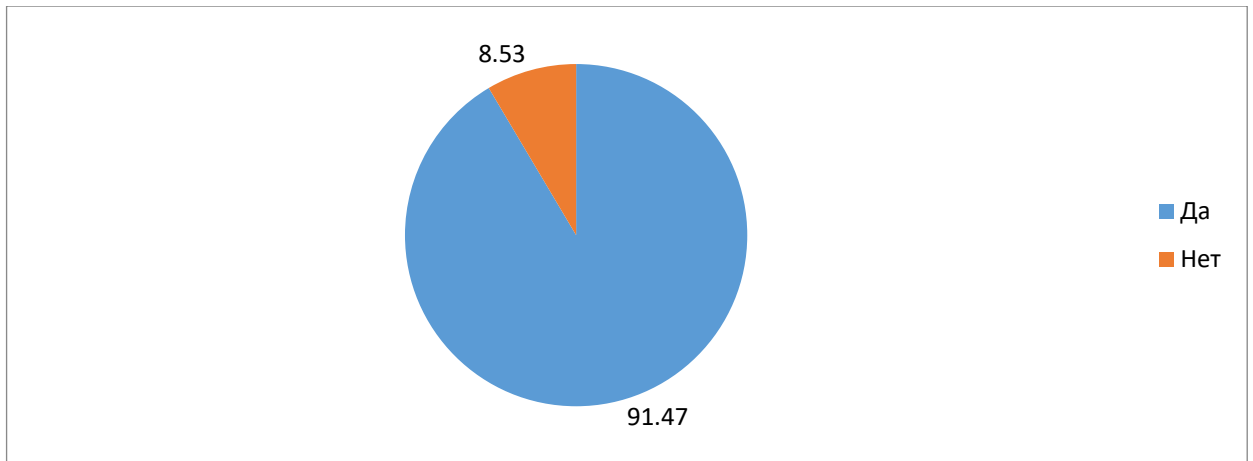


Рисунок 3.23. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Болели ли Вы коронавирусной инфекцией» %

По форме течения коронавирусной инфекции все опрошенные распределились на группы с легким течением (58,78%), средней тяжести (35,56%), тяжелым течением (5,21%) (Рис. 3.24)

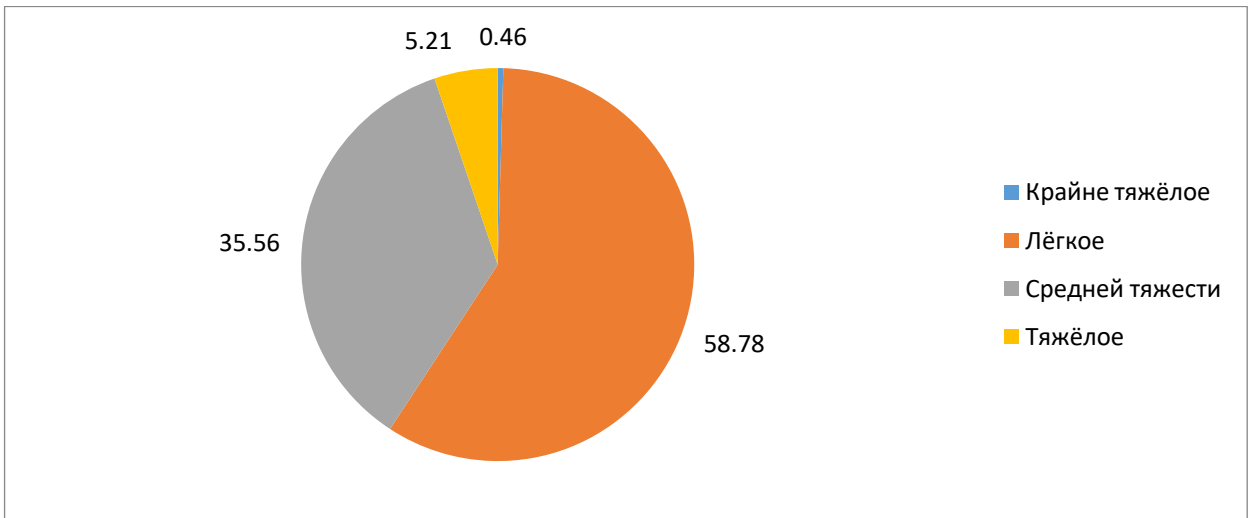


Рисунок 3.24. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Форма течения коронавирусной инфекции» %

Среди опрошенных 77,68% отмечали у себя депрессивное настроение, у 22,32% - настроение было нормальным (Рис. 3.25)

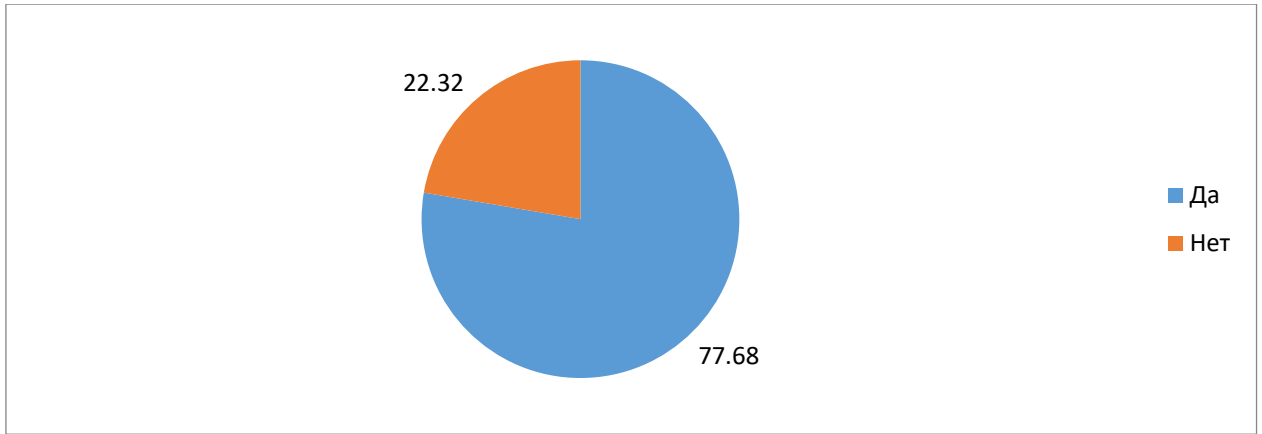


Рисунок 25. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Отмечаете ли Вы у себя: (Сниженное (депрессивное) настроение)» %

Среди опрошенных лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, 38,38% отмечали у себя присутствие страха, тревожности, беспокойства, 61,62% - не испытывали таких ощущений (Рис. 3.26).

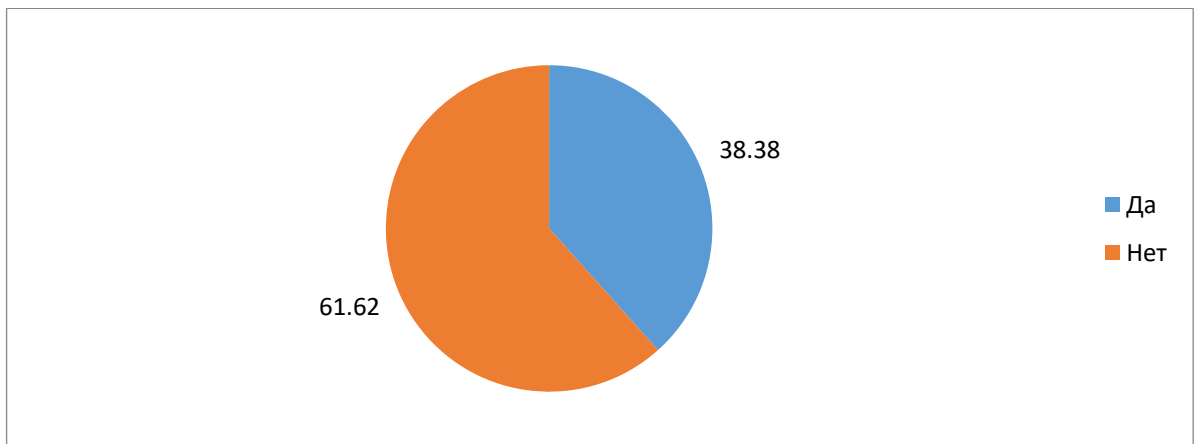


Рисунок 3.26. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Отмечаете ли Вы у себя: Беспокойство, тревожность, страх» %

Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Отмечаете ли Вы у себя: Периодическое чувство паники» происходило следующим образом: 79,43% не отмечали у себя периодическое чувство паники, 20,57% - наоборот, отмечали данное состояние (Рис. 3.27).

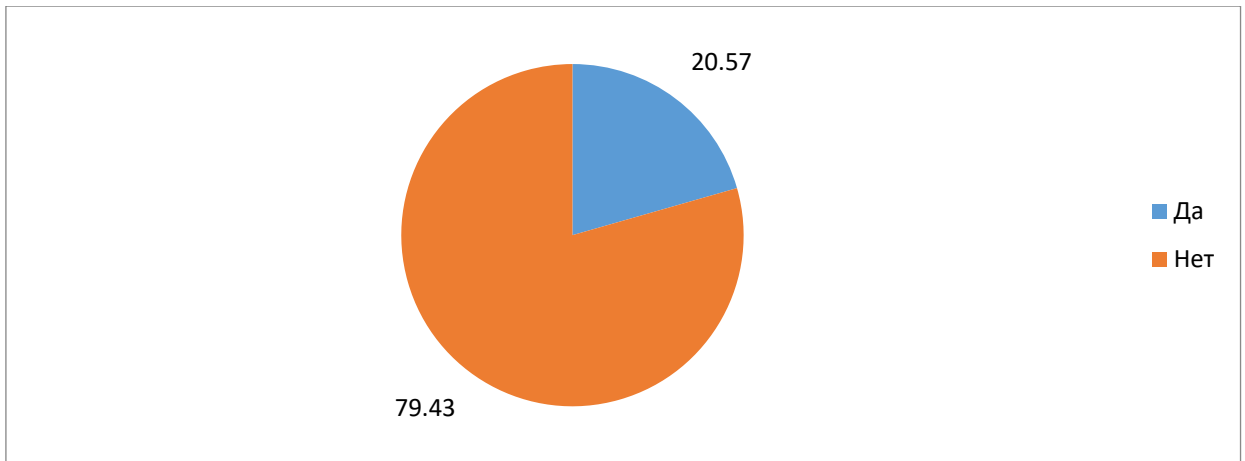


Рисунок 3.27. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Отмечаете ли Вы у себя: Периодическое чувство паники» %

При постановке вопроса «Отмечаете ли Вы у себя снижение памяти, трудности усвоения новой информации» 76,7% опрошенных подтверждали факт снижения памяти и трудность усвоения информации, 23,33% - отвергали данный факт (Рис. 3.28).

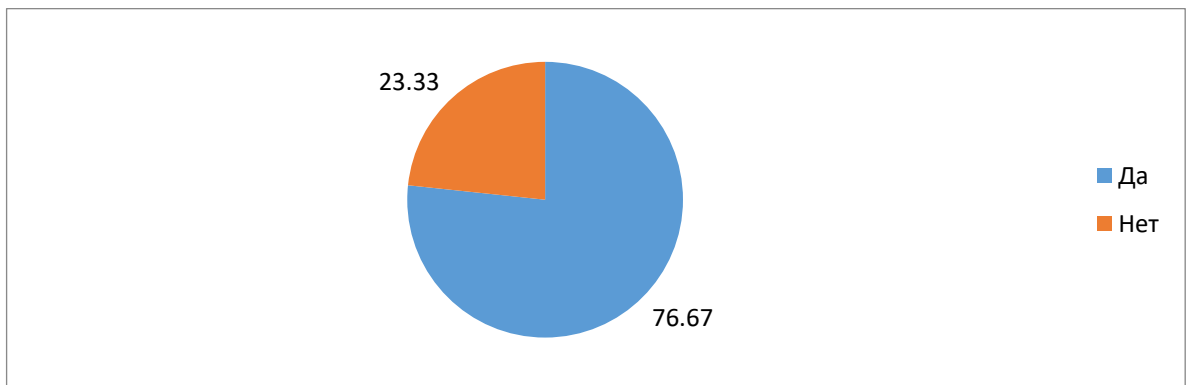


Рисунок 3.28. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Отмечаете ли Вы у себя снижение памяти, трудности усвоения новой информации» %

На вопрос «Отмечаете ли Вы у себя трудности в общении с окружающими?» только 11,87% отвечали положительно, а 88,13% - отрицали данный факт (Рис. 3.29).

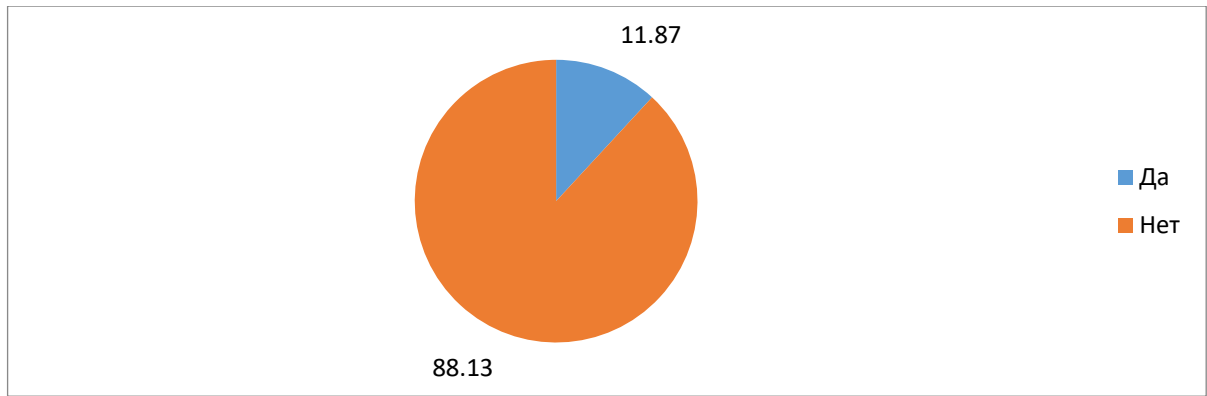


Рисунок 3.29. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Отмечаете ли Вы у себя трудности в общении с окружающими?» %

На вопрос «Отмечаете ли Вы у себя недомогание, отсутствие сил, повышенную утомляемость» 50,17% отвечали положительно, а 49,83% - отрицательно (Рис. 3.30).

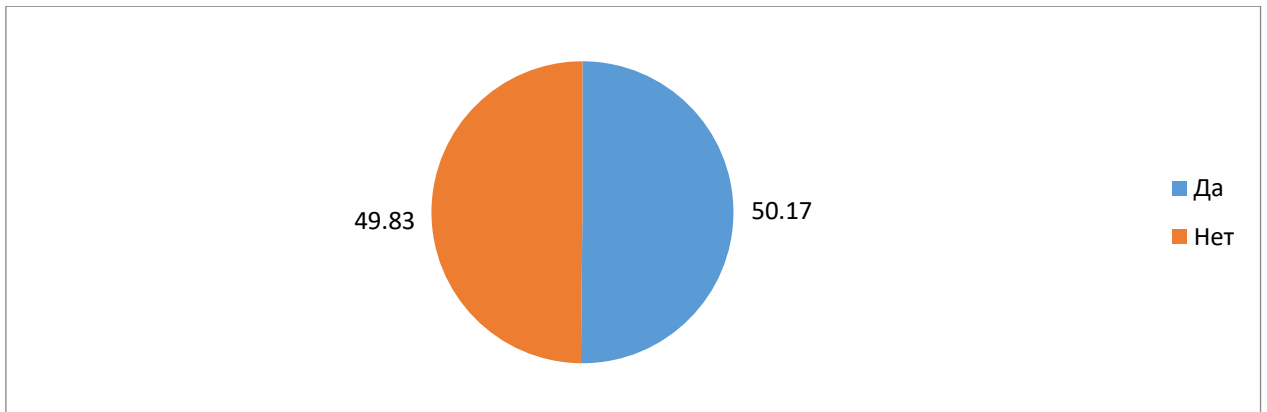


Рисунок 3.30. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Отмечаете ли Вы у себя недомогание, отсутствие сил, повышенную утомляемость?» %

На вопрос «Отмечаете ли Вы у себя снижение работоспособности» 81,69% отвечали положительно, а 18,31% - отрицательно (Рис. 3.31).

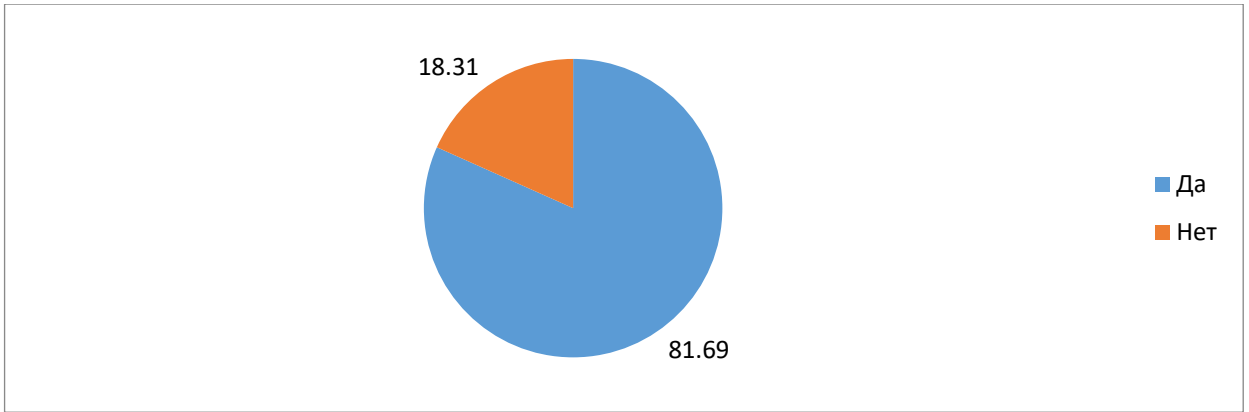


Рисунок 3.31. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Отмечаете ли Вы у себя снижение работоспособности?» %

На вопрос «Имеются ли у Вас жалобы на неутрачивающие после приема лекарств боли или дискомфорт во внутренних органах, мышцах. Лечение у доктора не приносит облегчение» 11,87% опрошенных подтверждали этот факт, а 88,13% - не подтверждали (Рис. 3.32).

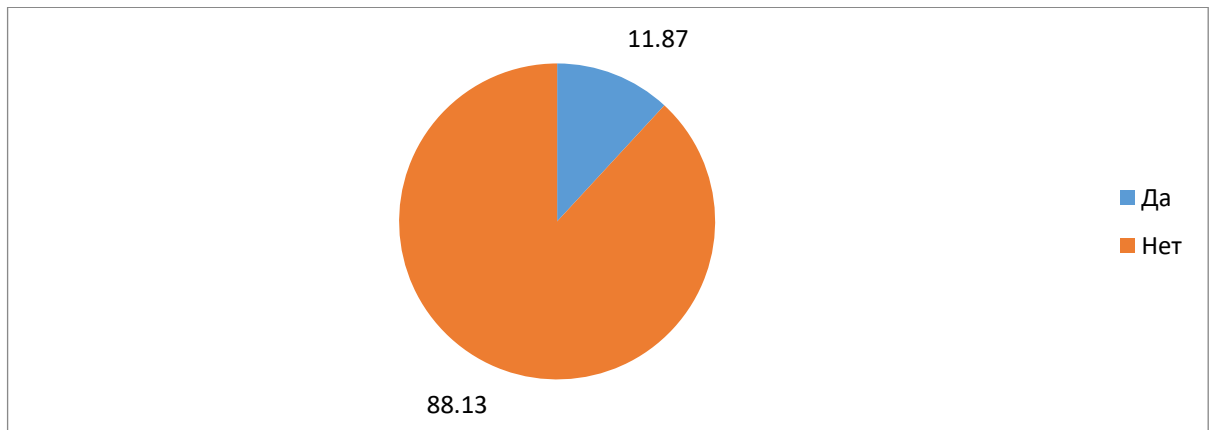


Рисунок 3.32. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Имеются ли у Вас жалобы на неутрачивающие после приема лекарств боли или дискомфорт во внутренних органах, мышцах. Лечение у доктора не приносит облегчение» %

На вопрос «При возникновении необходимости, Вы бы обратились за консультацией к психологу» 56,19% отвечали положительно, а 43,81% - отрицательно (Рис. 3.33).

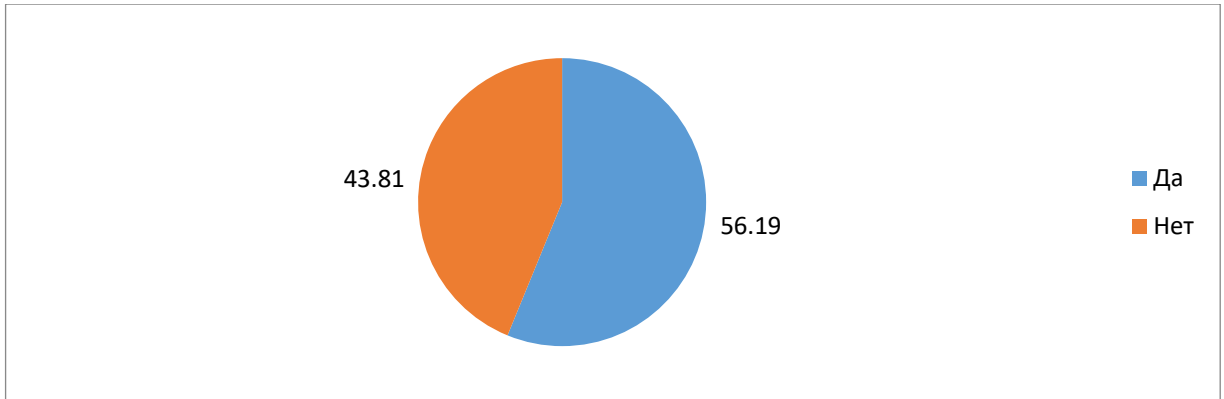


Рисунок 3.33. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «При возникновении необходимости, Вы бы обратились за консультацией к психологу» %

На вопрос «Выберите причину консультации у врача-психолога» 92,94% считали, что такой необходимости возникнуть не может, 7,06% - опасались последствий (Рис. 3.34).

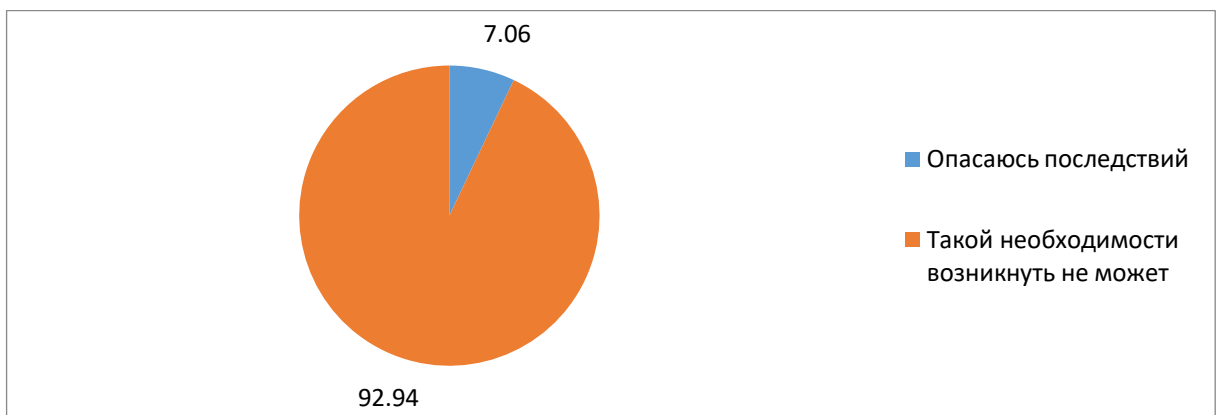


Рисунок 3.34. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Выберите причину консультации у врача-психолога» %

На вопрос «При возникновении необходимости, Вы бы обратились Вы за консультацией к врачу - психотерапевту» 65,13% отвечали положительно, 34,87% - отрицательно (Рис. 3.35).

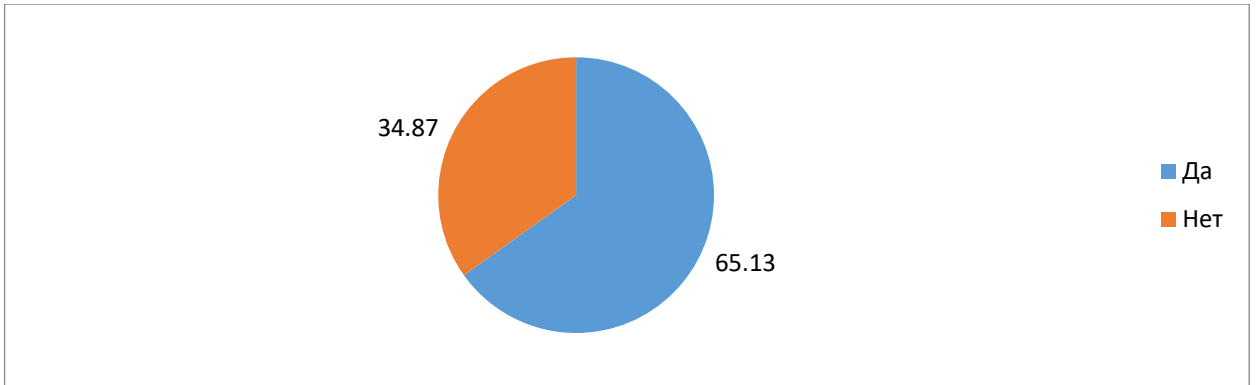


Рисунок 3.35. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «При возникновении необходимости, Вы бы обратились Вы за консультацией к врачу - психотерапевту» %

На вопрос «Выберите причину консультации у врача-психотерапевта» 87,53% отвечали «Такой необходимости возникнуть не может», 12,47% - опасались последствий такого обращения (Рис. 3.36).

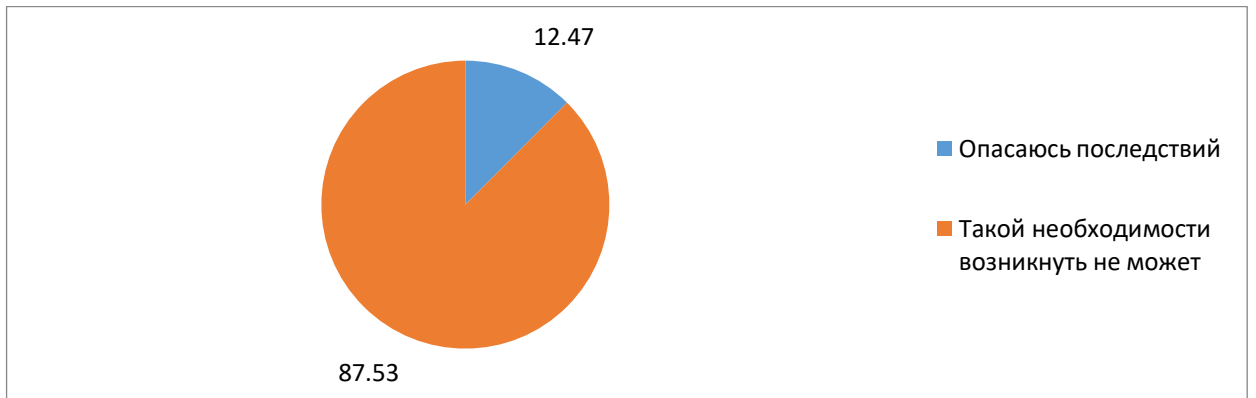


Рисунок 3.36. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Выберите причину консультации у врача-психотерапевта» %

На вопрос «При возникновении необходимости, Вы бы обратились Вы за консультацией к врачу – психиатру» 86,79% были готовы обратиться к психиатру за консультацией в случае необходимости, 13,21% - исключали такую возможность (Рис. 3.37).

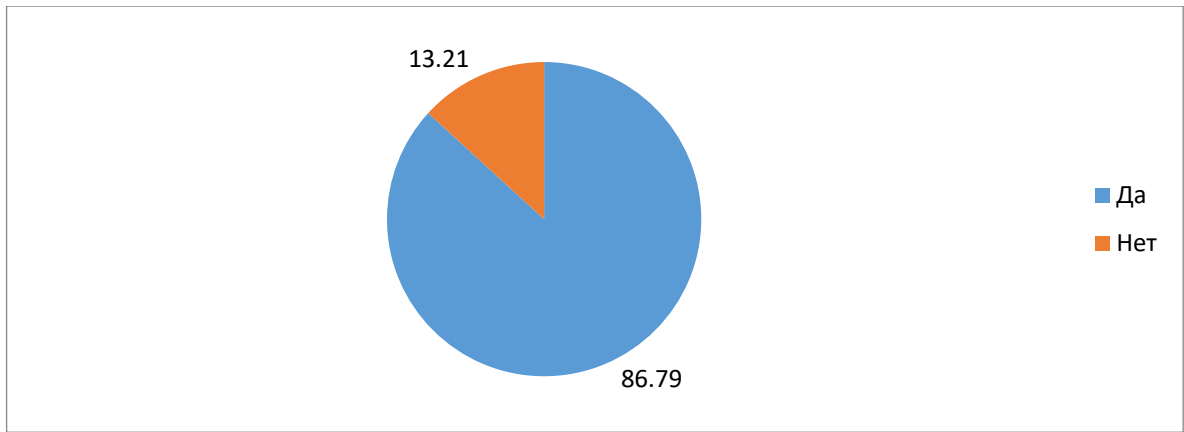


Рисунок 3.37. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «При возникновении необходимости, Вы бы обратились Вы за консультацией к врачу – психиатру» %

На вопрос «Выберите причину консультации у врача-психиатра» 72,78% отвечали «Такой необходимости возникнуть не может», 27,22% - опасались последствий такого обращения (Рис. 3.38).

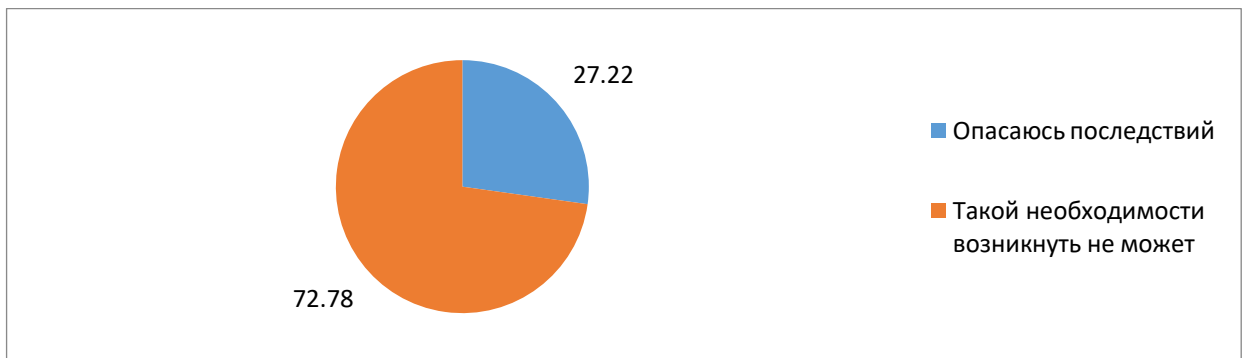


Рисунок 3.38. Распределение лиц, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, по признаку «Выберите причину консультации у врача-психиатра» %

Таким образом, проведенный анализ показал общий рост потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

Определение социально-медицинских детерминант потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населения осуществлялось посредством глобальной оценки и анализа слепых сетевых

запросов «Психолог», «Психотерапевт», «Психиатр», лидером по которым являлось население столичных регионов Москвы и Санкт-Петербурга.

Зафиксировано увеличение спроса в 2022 по сравнению с 2021 годом на 44% на седативные лекарственные препараты и на 48% - на антидепрессанты. Пропорционально роста потребности в профильной лекарственной терапии отмечен рост уровня тревожности населения, панических атак, четырехкратный прирост числа обращений к психологу, обусловленный преимущественно тревогой (44% случаев) и депрессией (20% случаев).

Наибольшей медицинской активностью по формированию потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи обладали женщины, составляя 61,96%. Возрастной интервал опрошенных граждан, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, был от 25 до 44 лет - 63,38% - экономически активное население. В структуре опрошенных преобладали лица, состоящие в браке – 65,89%, в 86,62% - работающие, в 91,47% - перенесших коронавирусную инфекцию в легкой (58,78%) форме и средней (35,56%) тяжести, в 50,17% случаев - ощущавшие недомогание, отсутствие сил, повышенную утомляемость.

Среди опрошенных, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, к психологу были готовы обратиться 56,19%, психотерапевту – 65,13%, психиатру – 86,79%.

Объективным обоснованием социально-медицинских детерминант потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи являлась тесная корреляционная взаимосвязь между признаками (вопросами, заданными респондентам). Тесная взаимосвязь ($R=0,7$) зафиксирована между признаками «Снижение памяти, трудности в освоении нового» и «Снижение работоспособности; трудности в общении с окружающими», «Снижение работоспособности; трудности в общении с окружающими» и «Готовность обратиться к психотерапевту» ($R=0,64$), «Депрессивное настроение» и «Снижение памяти, трудности в общении с людьми» ($R=0,76$), «Депрессивное настроение» и «Снижение работоспособности» ($R=0,76$), «Депрессивное

настроение» и «Готовность обратиться за консультацией к психиатру($R=0,51$), «Возраст» и «Хронические заболевания» ($R= - 0,55$).

Полученные результаты констатируют статистически значимую возрастающую, но до конца неосознанную, неадресную потребность населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, что является основанием необходимости формирования системы маршрутизации населения в предоставлении адекватной адресной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

ГЛАВА 4. ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Психическое здоровье населения отражает уровень общественного здоровья, являясь индикатором социального благополучия. В настоящее время каждый 10-й житель планеты страдает психическими расстройствами, а каждый четвертый встретится с ними в тот или иной период жизни. Психические расстройства и расстройства поведения занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и стойкой утрате трудоспособности.

Особенностью психических заболеваний является то, что они часто приводят к глубокой социальной и психологической дезадаптации, и, в подавляющем большинстве, являются причиной инвалидности. В первичном выходе на инвалидность в течение ряда лет лидирует именно эта группа пациентов, в которой около 75% составляют лица трудоспособного возраста. Общее число инвалидов вследствие психических расстройств в России составляет более 8% от общей численности инвалидов по всем заболеваниям [6, 14, 18, 23].

Инвалидность при психических заболеваниях традиционно рассматривалась по четырем группам: 1, 2, 3 и дети. Согласно третьей группе у пациентов установлены умеренные отклонения в психическом здоровье, пациенты считаются дееспособными, имеют право работать наравне с большинством; согласно второй - психика пациентов разрушена в выраженной степени, но они могут заботиться о себе и близких, могут работать в специально обустроенном месте не более трех часов в день; согласно первой группе - у пациента зафиксировано полное отсутствие дееспособности, он не имеет права на труд, нуждается в опекуне.

4.1. Инвалидность при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах.

Многолетнее исследование психических расстройств населения Российской Федерации показало наличие устойчивых тенденций общей инвалидности населения при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах: роста - первой группы инвалидности от 0,78 в 2004 году до 1,39 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r=0,85$) и третьей группы инвалидности от 1,78 в 2004 году до 3,78 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r=0,86$), снижения от 25,32 в 2004 до 19,14 на 100 тысяч населения в 2021 году – второй группы инвалидности ($r=-0,9$), роста от 0,47 в 2004 году до 0,57 на 100 тысяч населения в 2021 году – инвалидности детей ($r=0,58$) ($p<0,05$). (Рис. 4.1).

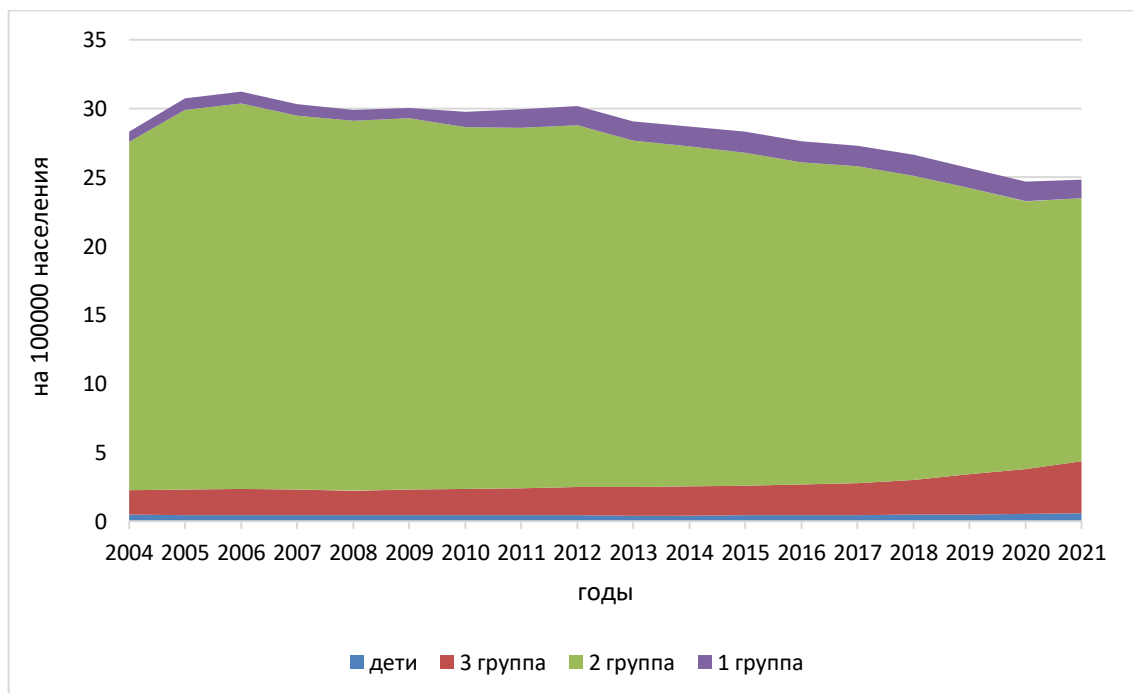


Рисунок 4.1. Динамика общей инвалидности населения при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах, на 100000 населения.

Динамика впервые выявленной инвалидности сохраняла аналогичные тенденции: неустойчивого роста 1-й группы – от 0,006 до 0,01 на 100 тысяч населения в интервале от 2004 до 2021 года ($r=0,05$), устойчивого роста от 0,09 до 0,55 на 100 тысяч населения в интервале от 2004 до 2021 года ($r=0,81$)

третьей группы, устойчивого роста от 0,47 до 0,57 на 100 тысяч населения в интервале от 2004 до 2021 года ($r=0,67$) группы детей, устойчивого снижения от 0,76 до 0,16 на 100 тысяч населения в интервале от 2004 до 2021 года ($r= -0,79$) второй группы (Рис. 4.2).

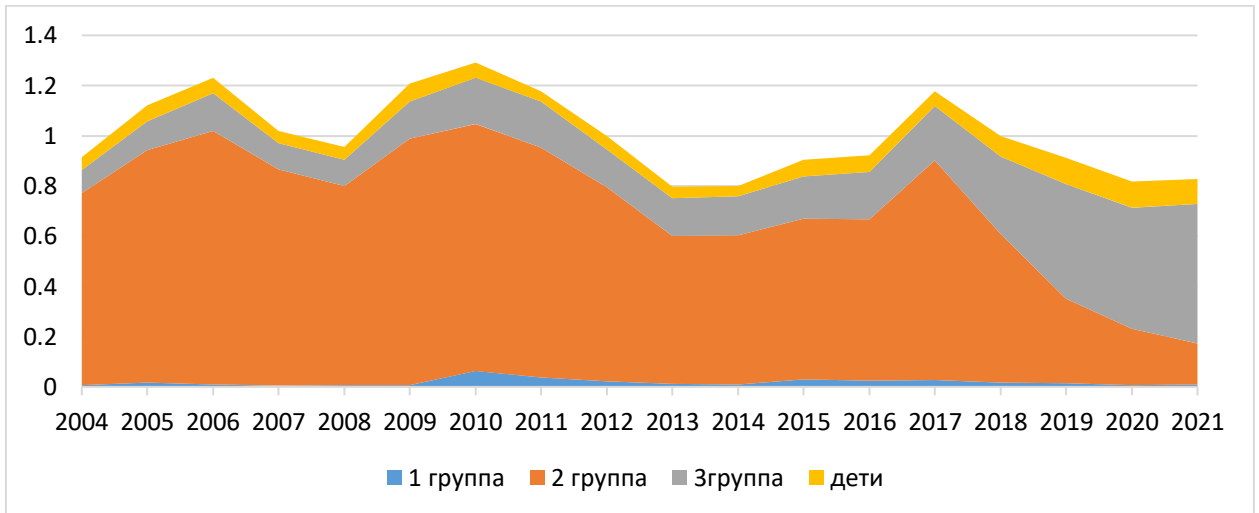


Рисунок 4.2. Динамика впервые выявленной инвалидности населения при психических расстройствах: шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах, на 100000 населения.

Демографическая структура инвалидности населения при психических расстройствах: шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах представлена преимущественно женщинами (54,01%), в несколько меньшей доле мужчинами (44,37%) и минимально (1,61%) – детьми (Рис. 4.3).

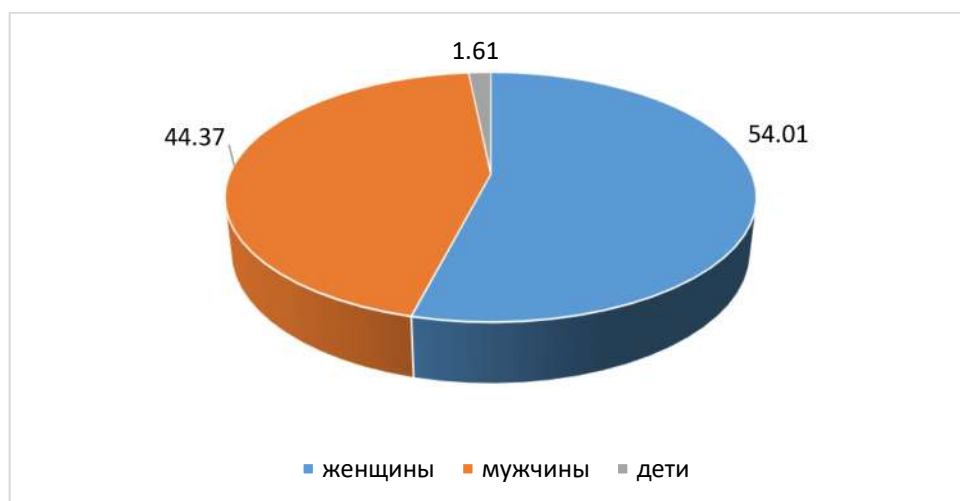


Рисунок 4.3. Демографическая структура инвалидности при психических расстройствах: шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах, %.

4.2. Инвалидность населения при расстройствах настроения (аффективных расстройствах).

Динамика общей инвалидности населения при расстройствах настроения (аффективных расстройствах) свидетельствовала об отсутствии изменений показателя у пациентов первой группы инвалидности: от 0,01 в 2004 году до 0,01 на 100 тысяч населения в 2021 году, устойчивой тенденции снижения показателя у пациентов второй группы инвалидности: от 1,04 на 100 тысяч населения в 2004 до 0,35 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r = -0,53$), неустойчивой тенденции роста у детей: от 0,0009 на 100 тысяч населения в 2004 году до 0,01 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r = 0,24$) (Рис. 4.4).

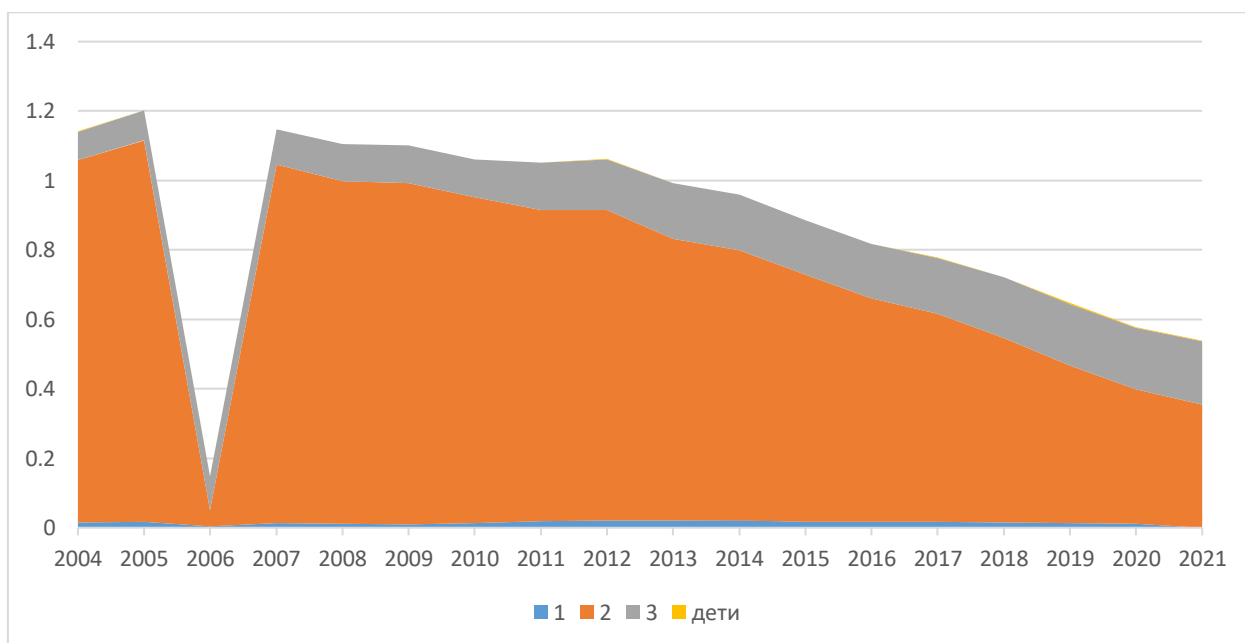


Рисунок 4.4. Динамика общей инвалидности населения при расстройствах настроения (аффективных расстройствах), на 100000 населения.

Впервые выявленная инвалидность при расстройствах настроения (аффективных расстройствах) неустойчиво снижалась в первой: от 0,003 на 100 тысяч населения в 2004 году до 0 в 2021 году ($r = -0,06$) и второй: от 0,05 в 2004 до 0,0009 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r = -0,32$) группах инвалидности, детей: от 0,0009 на 100 тысяч населения в 2004 году до 0 в 2021 году ($r = 0,53$) и устойчиво возрастала в третьей группе: от 0,01 на 100

тысяч населения в 2004 году до 0,02 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r = 0,97$) (Рис. 4.5).

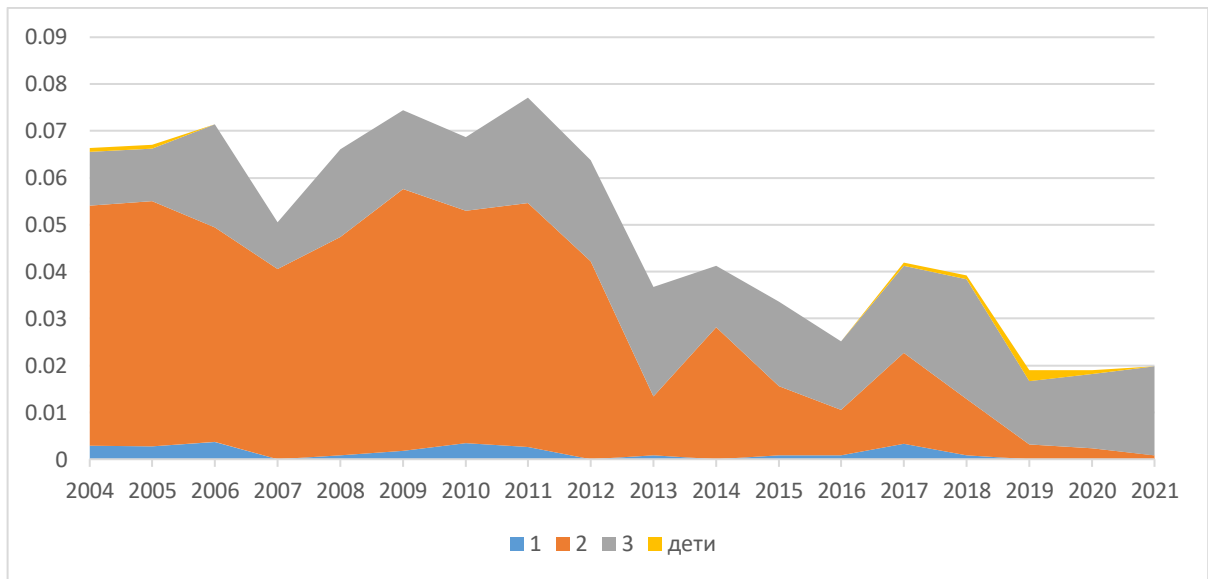


Рисунок 4.5. Динамика впервые выявленной инвалидности населения при расстройствах настроения (аффективных расстройствах), на 100000 населения.

В демографической структуре инвалидности при расстройствах настроения (аффективных расстройствах) доминировали женщины, составляя 70,03%, а мужчины заметно уступали им, составляя 27,64%. Дети занимали минимальную долю - 2,33% (Рис. 4.6).



Рисунок 4.6. Демографическая структура общей инвалидности при расстройствах настроения (аффективных расстройствах), %.

4.3. Инвалидность при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах.

Динамика общей инвалидности населения при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах свидетельствовала о неустойчивом росте показателя у пациентов первой группы инвалидности: от 0,0009 в 2004 году до 0,036 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r= 0,31$), устойчивой тенденции снижения показателя у пациентов второй группы инвалидности: от 0,089 на 100 тысяч населения в 2004 до 0,018 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r= -0,76$), неустойчивой тенденции снижения у пациентов третьей группы от 0,017 на 100 тысяч населения в 2004 году до 0,0008 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r=-0,53$), устойчивой тенденции снижения у детей: от 0,006 на 100 тысяч детского населения в 2004 году до 0,0 на 100 тысяч детского населения в 2021 году ($r= -0,62$) (Рис. 4.7).

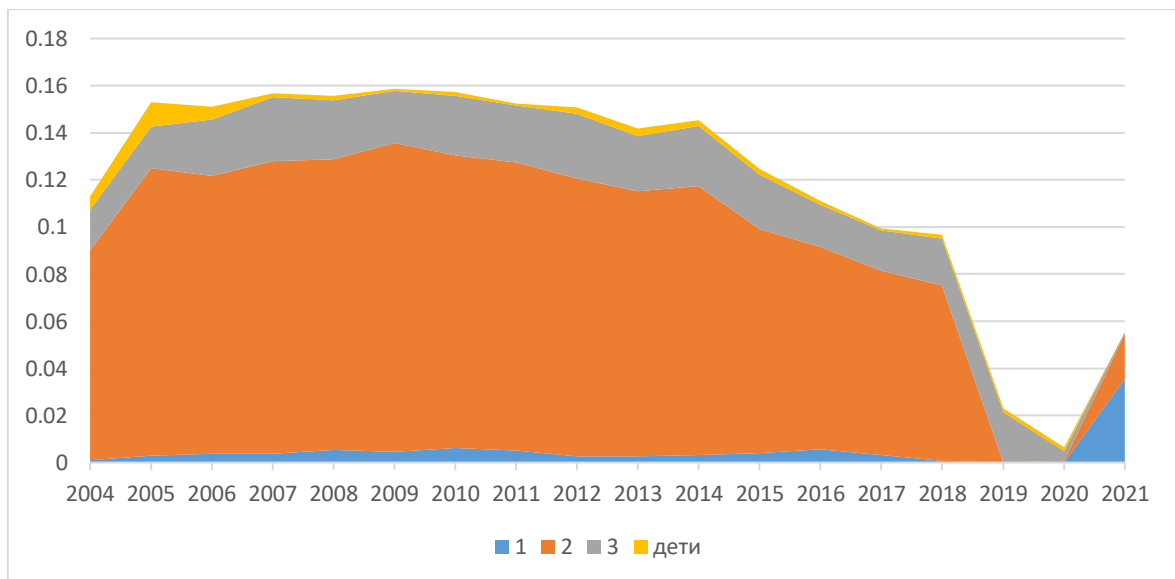


Рисунок 4.7. Динамика общей инвалидности населения при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах, на 100000 населения.

Динамика впервые выявленной инвалидности населения при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах свидетельствовала о практически нулевом показателе у пациентов первой

группы инвалидности, устойчивой тенденции снижения показателя у пациентов второй группы инвалидности: от 0,007 на 100 тысяч населения в 2004 до 0,0008 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r=0,03$), неустойчивой тенденции снижения показателя у пациентов третьей группы инвалидности от 0,004 на 100 тысяч населения в 2004 году до 0,0008 на 100 тысяч населения в 2021 году ($r=-0,61$), у детей: от 0,004 на 100 тысяч детского населения в 2004 году до 0,0 на 100 тысяч детского населения в 2021 году ($r=-0,49$) (Рис. 4.8).

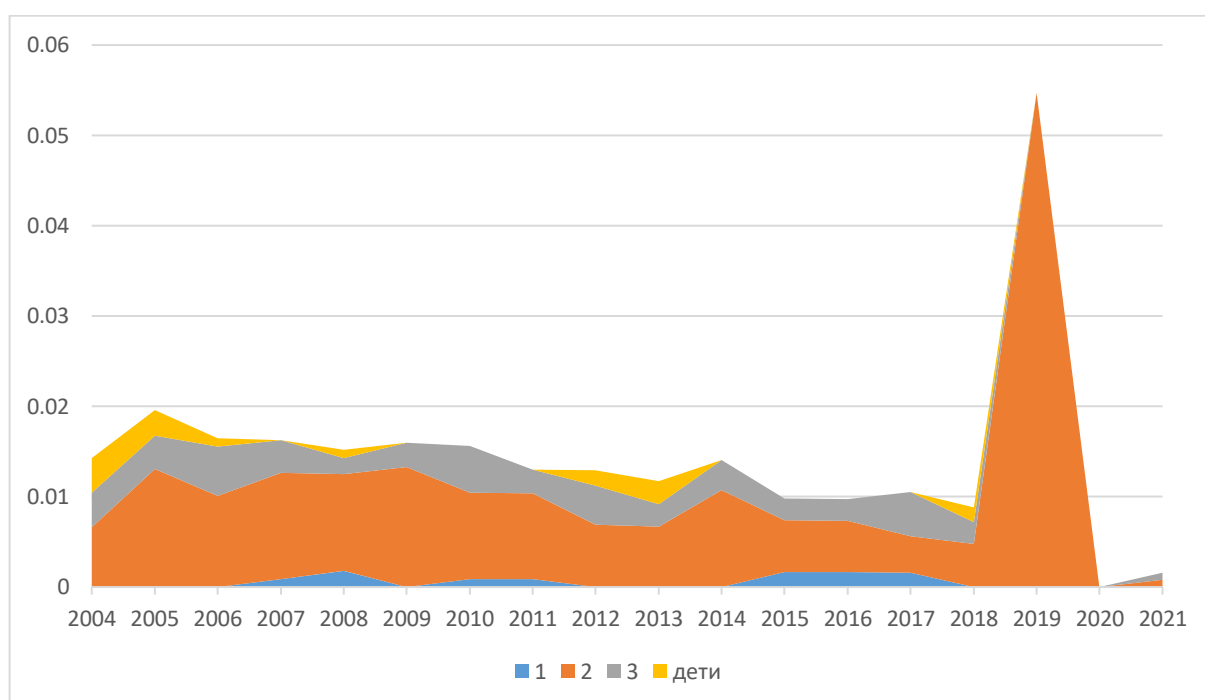


Рисунок 4.8. Динамика впервые выявленной инвалидности населения при невротических, связанные со стрессом, и соматоформных расстройствах, на 100000 населения.

В демографической структуре инвалидности населения при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах доминировали женщины, составляя 50,8%, а мужчины заметно уступали им, составляя 34,6%. Дети занимали минимальную долю, занимая 14,5% (Рис. 4.9).

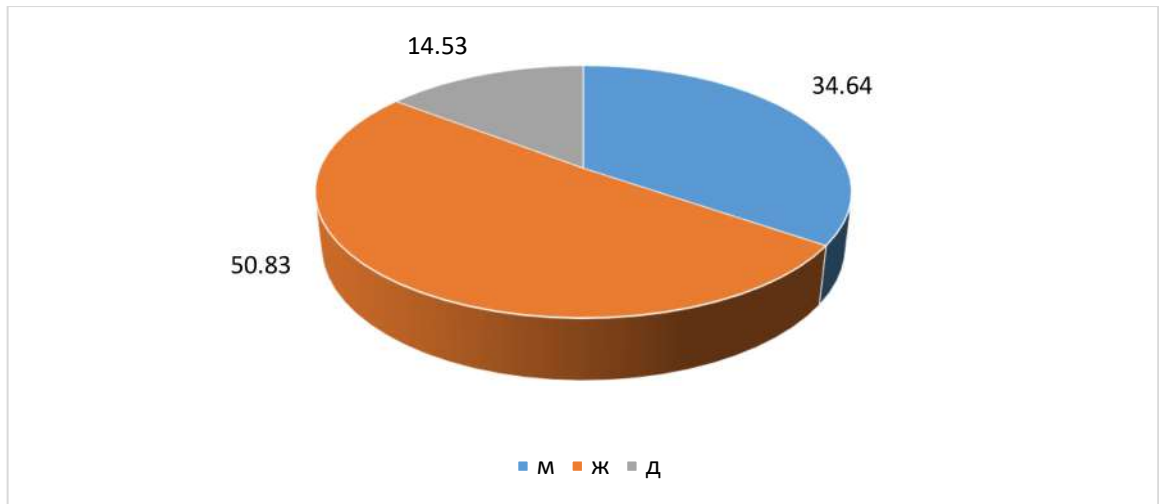


Рисунок 4.9. Демографическая структура инвалидности при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах, %.

4.4. Инвалидность при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте.

Динамика общей инвалидности населения при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте в интервале 2004-2021г.г., носила убывающий характер: в первой группе изменялась от 0,004 до 0,003, второй – от 0,18 до 0,041, детей – от 0,006 до 0,002, оставалась неизменной в третьей группе– от 0,03 до 0,03 ($r = -0,61$) (Рис. 4.10).

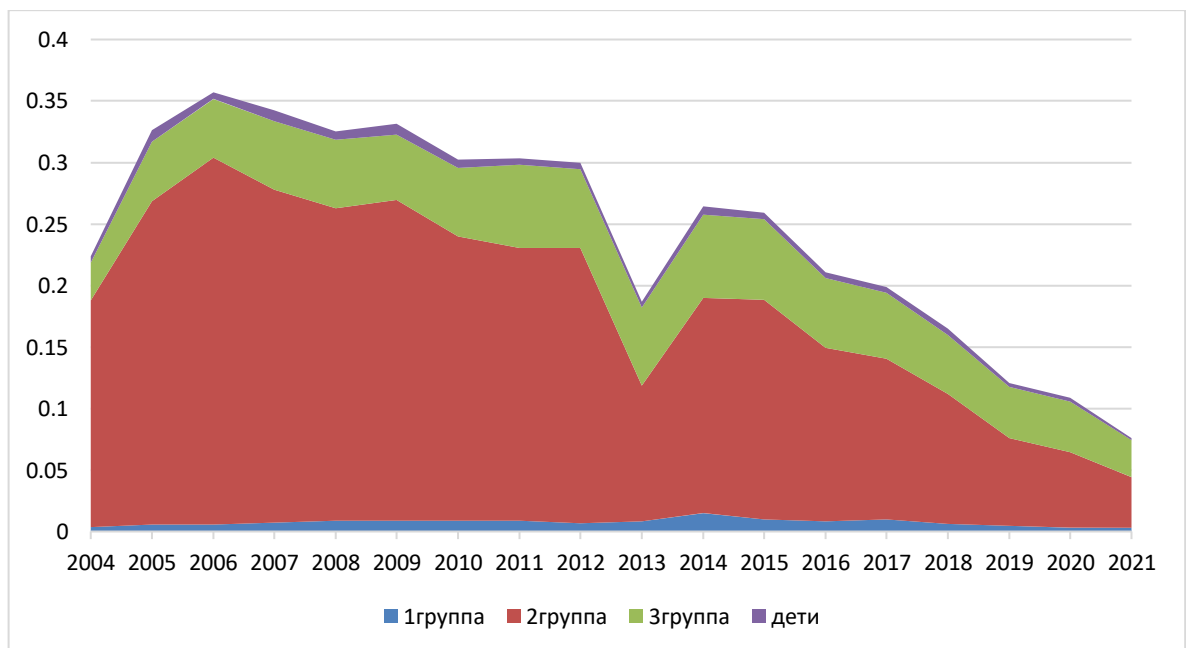


Рисунок 4.10. Динамика общей инвалидности населения при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте, на 100000 населения.

Динамика впервые выявленной инвалидности населения при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте в интервале 2004-2021г.г., носила убывающий характер: в первой группе инвалидности изменяясь от 0,002 до 0,0, второй – от 0,02 до 0,0, детей – от 0,002 до 0,0 и устойчиво возрастала в третьей – от 0,02 до 0,03 ($r = -0,87$) (Рис. 4.11.).

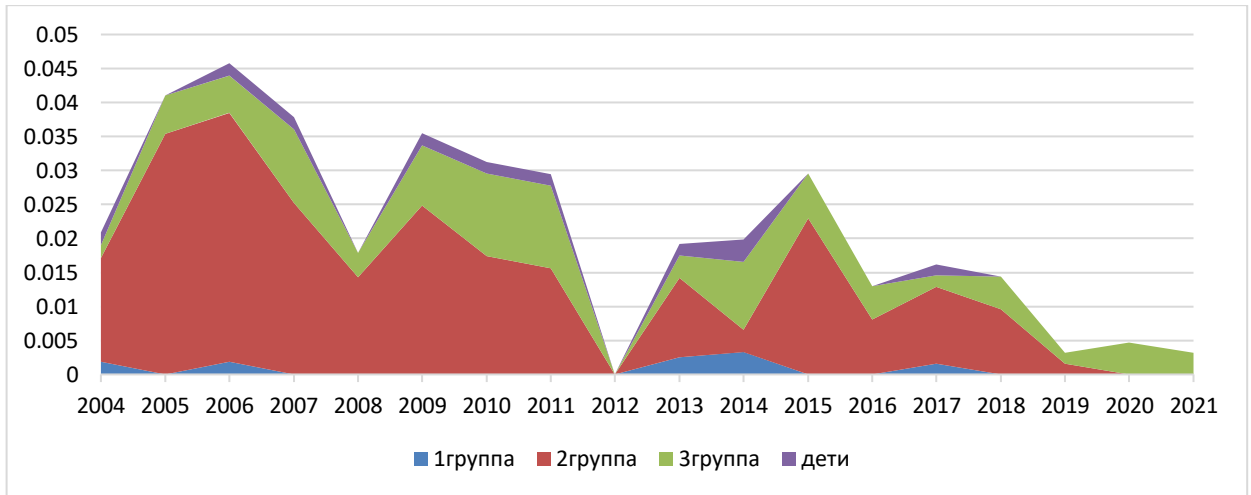


Рисунок 4.11. Динамика впервые выявленной инвалидности населения при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте, на 100000 населения.

В демографической структуре инвалидности населения при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте преобладали мужчины, составляя 75,7%. Женщины занимали второе место – 16,2%, дети – третье, составляя 9,05% (Рис. 4.12).

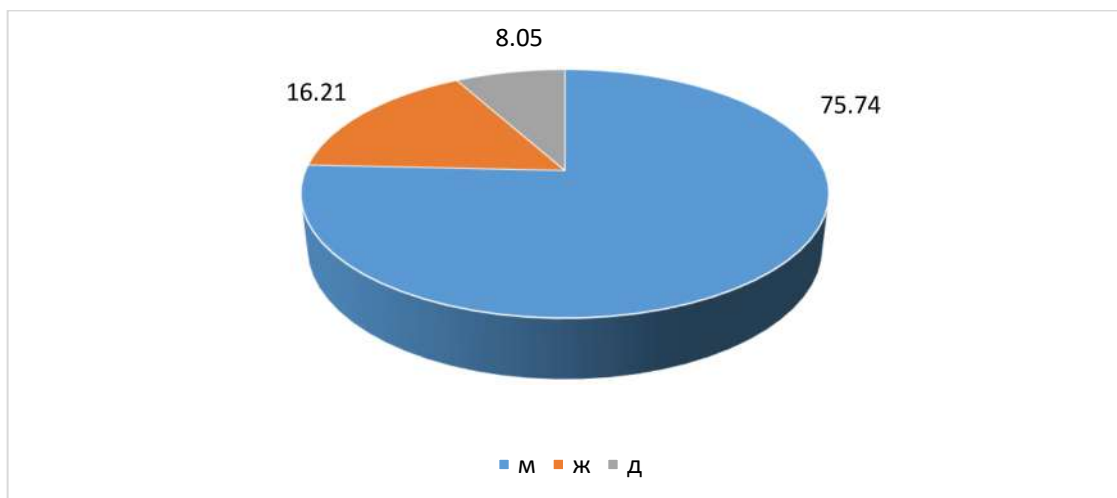


Рисунок 4.12. Демографическая структура общей инвалидности при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте, %.

4.5. Инвалидность при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

Первая группа инвалидности при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами, встречалась лишь в 2012 году, составляя 0,02 на 100 тысяч населения, вторая в 2013 году и в 2014 году – по 0,0017, в 2016 и 2017 году – по 0,0016, третья группа инвалидности и группа детей – отсутствовали в данной номинации (Рис. 4.13).

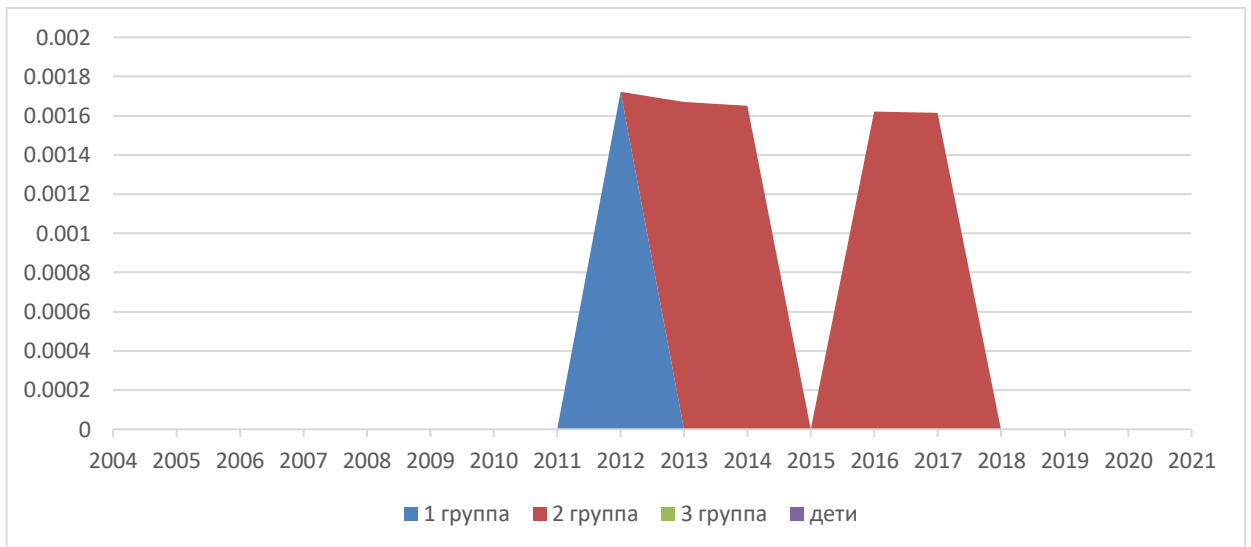


Рисунок 4.13. Динамика общей инвалидности населения при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами, на 100000 населения.

Впервые выявленная инвалидность населения при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами в 1 группе не встречалась, в второй группе встречалась в 2011 (0,0017), в 2012 (0,0017), в 2014 (0,0016) году, в 3 группе – в 2016 (0,0016), в 2021 (0,0032), у детей в 2011 (0,005), 2016 (0,003), 2018 (0,005), 2019 (0,005), 2020 (0,005), в 2021 (0,005) (Рис. 4.14).

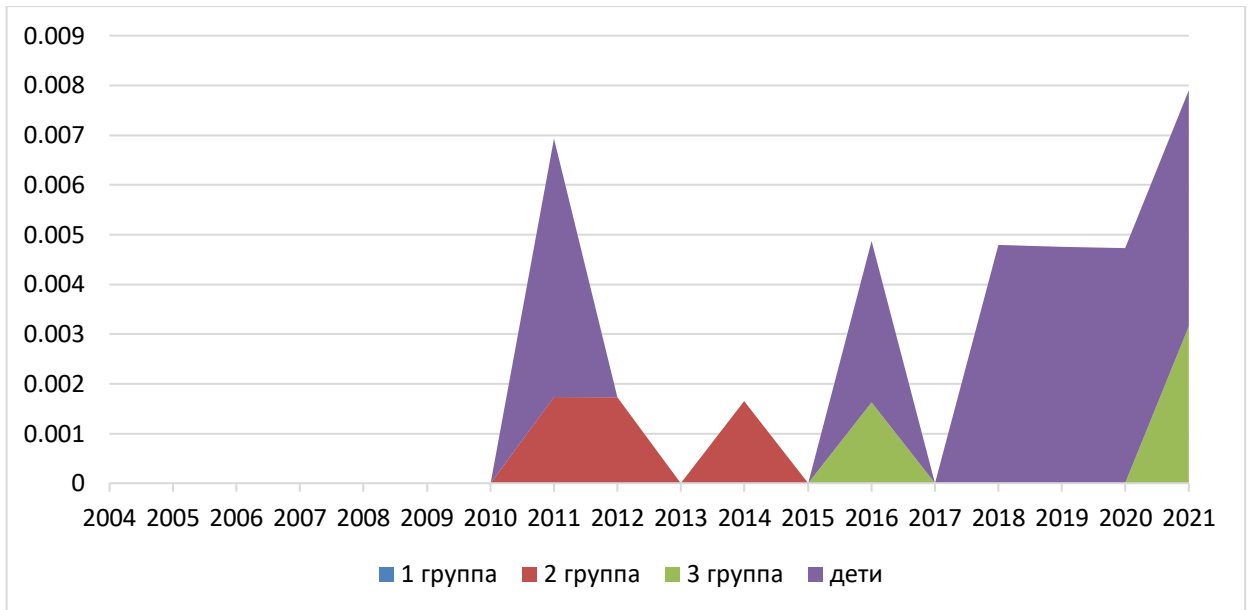


Рисунок 4.14. Динамика впервые выявленной инвалидности населения при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами, на 100000 населения.

В демографической структуре инвалидности населения при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами доминировали мужчины, составляя 53,4%, а женщины заметно уступали им, составляя 29,5%. Дети занимали минимальную долю - 17,09% (Рис. 4.15).

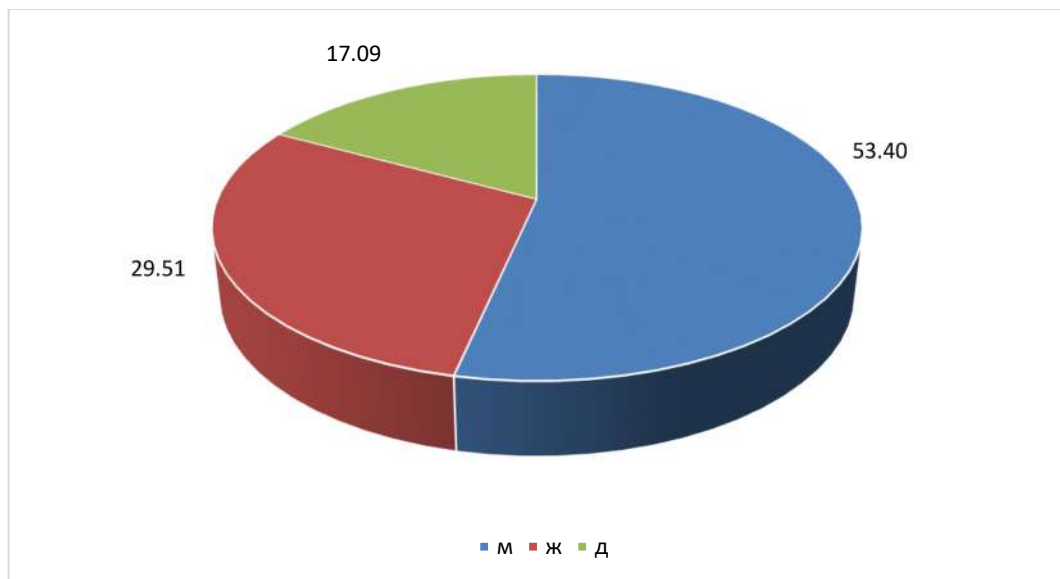


Рисунок 4.15. Демографическая структура инвалидности при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами, %.

4.6. Инвалидность населения при умственной отсталости.

Динамика общей инвалидности населения при умственной отсталости имела устойчивые тенденции: роста - в интервале 2004 – 2021 гг. у инвалидов первой группы: от 1,65 до 2,1 ($r=0,9$), детей: от 2,2 до 2,6 ($r=0,88$), снижения - у инвалидов 2 группы: от 4,6 до 3,02 ($r=-0,87$), инвалидов 3 группы: от 0,77 до 0,73 ($r=-0,82$) (Рис. 4.16).

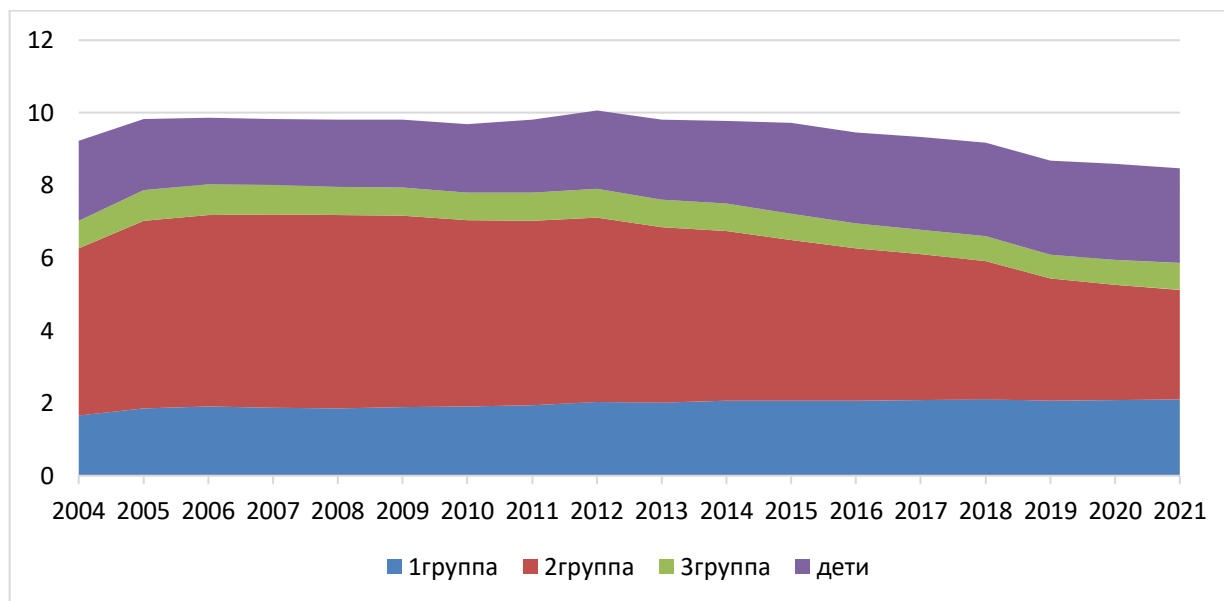


Рисунок 4.16. Динамика общей инвалидности населения при умственной отсталости, на 100000 населения.

Динамика впервые выявленной инвалидности населения при умственной отсталости имела устойчивую тенденцию роста в интервале 2004 – 2021 гг. у инвалидов первой группы: от 0,01 до 0,02, ($r=0,72$), инвалидов 3 группы: от 0,02 до 0,03 ($r=-0,7$), детей: от 0,23 до 0,27 ($r=0,6$), и устойчивую тенденцию снижения у инвалидов 2 группы: от 0,06 до 0,02 ($r=-0,83$), (Рис. 4.17).

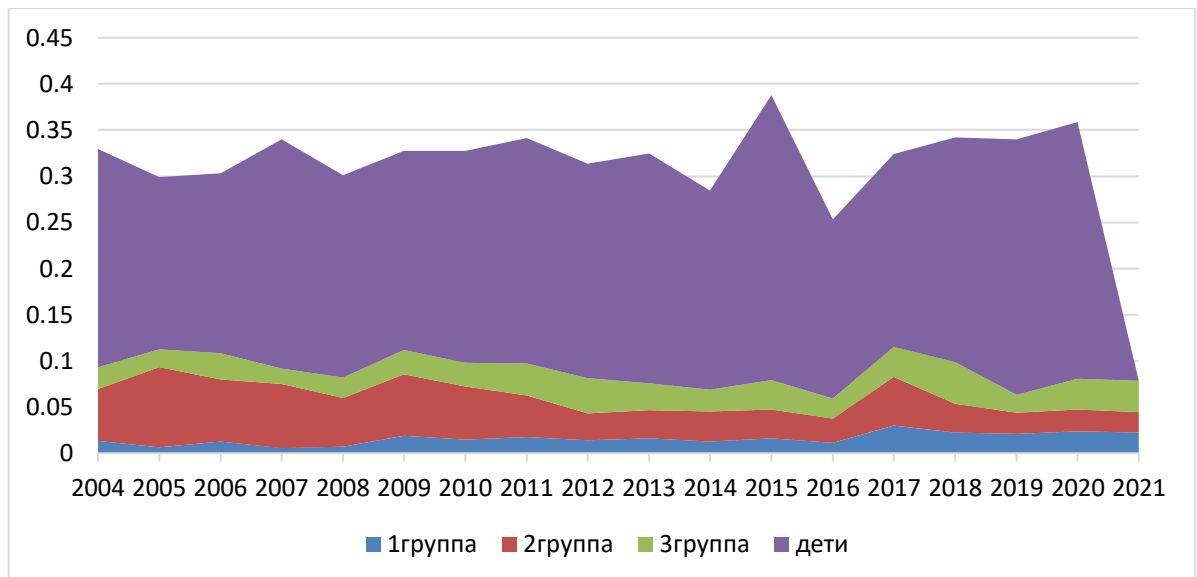


Рисунок 4.17. Динамика впервые выявленной инвалидности населения при умственной отсталости, на 100000 населения.

В демографической структуре инвалидности населения при умственной отсталости мужчины преобладали, составляя 32,15%, женщины занимали третье место – 23,1%, дети – второе: 24,82% (Рис. 4.18).



Рисунок 4.18. Демографическая структура общей инвалидности при умственной отсталости, %.

4.7. Инвалидность населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте.

Динамика общей инвалидности населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте, имела устойчивую тенденцию снижения в интервале 2004 – 2021 г.г у инвалидов первой группы : от 0,004 до 0,003 ($r=-0,81$), второй: от 0,009 до 0,003($r=-0,6$), неустойчивой тенденции у инвалидов третьей группы : от 0,004 до 0,003($r= - 0,4$) и детей: от 0,03 до 0,02 ($r= - 0,3$) (Рис. 4.19).

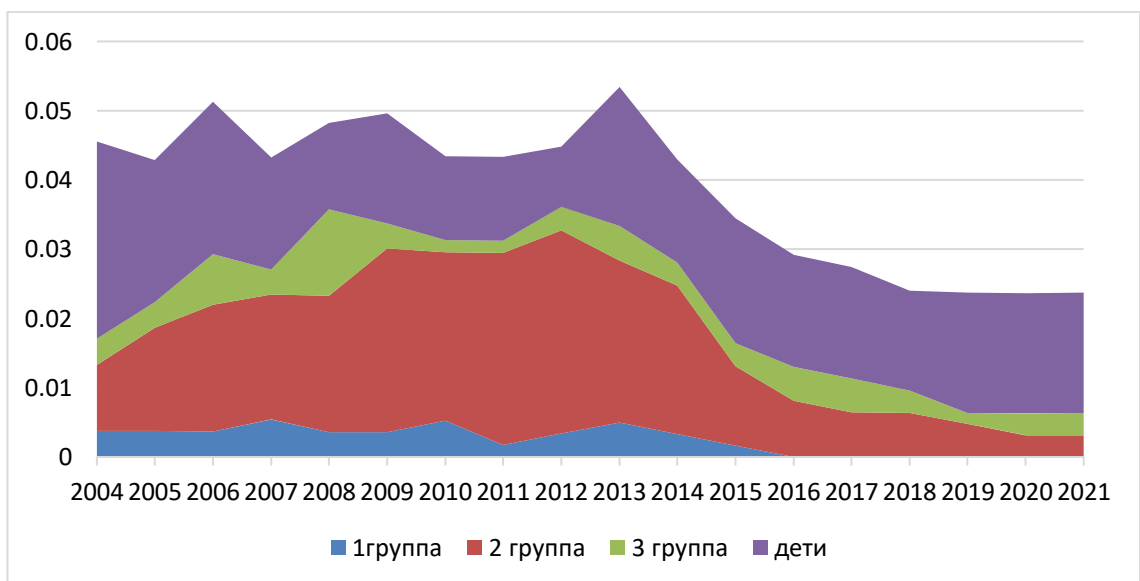


Рисунок 4.19. Динамика общей инвалидности населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте, на 100000 населения.

Впервые выявленная инвалидность населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте, встречалась лишь в 2010 году (0,002) у первой группы, устойчиво снижалась у второй группы от 0,004 до 0,0($r= - 0,6$), неустойчиво повышалась у третьей группы от 0 до 0,003 и детей – от 0,004 до 0,005(Рис. 4.20).

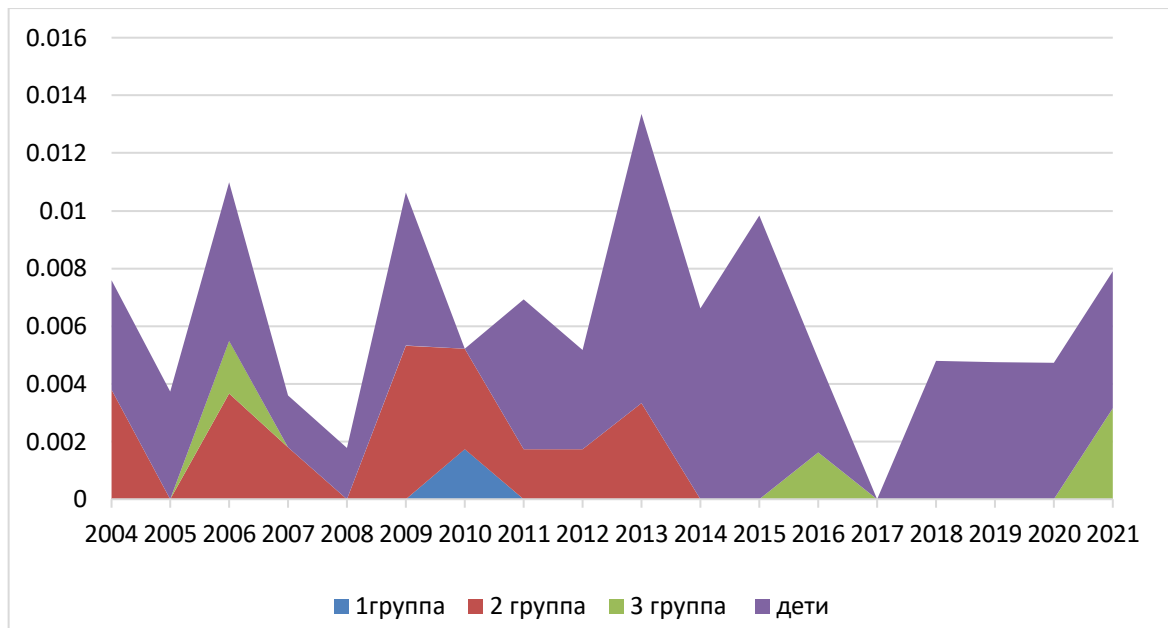


Рисунок 4.20. Динамика впервые выявленной инвалидности населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте, на 100000 населения

В демографической структуре инвалидности населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте преобладали дети, составляя 49,0%, второе место занимали мужчины – 37,9%, третье – женщины 13,05% (Рис. 4.21).

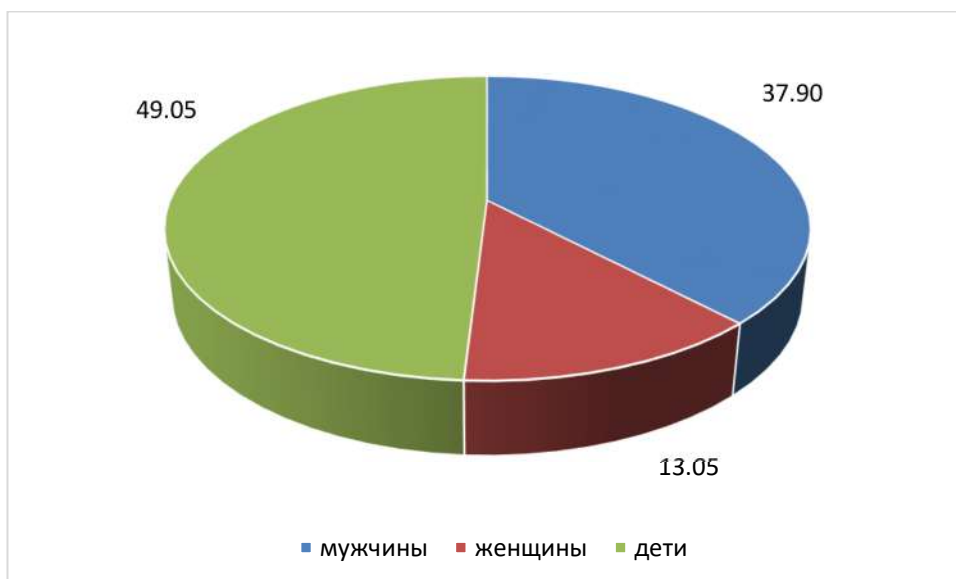


Рисунок 4.21. Демографическая структура инвалидности при расстройствах психологического (психического) развития, %.

Таким образом, наибольшую инвалидизацию обеспечивала Умственная отсталость с выраженной тенденцией роста общей инвалидности для первой группы ($1,6\text{‰} - 2,1\text{‰}$) и детей ($2,2\text{‰} - 2,6\text{‰}$), впервые выявленной инвалидности – для первой ($0,01\text{‰} - 0,02\text{‰}$), третьей ($0,02\text{‰} - 0,03\text{‰}$) и детей ($0,23\text{‰} - 0,27\text{‰}$). В демографической структуре Умственной отсталости мужчины преобладали, составляя 32,15%, дети занимали второе место: 24,8%, женщины – треть: 23,1%.

На второе место по уровню общей инвалидности выходили психические расстройства: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства с устойчивой тенденцией роста первой группы ($0,006\text{‰} - 0,01\text{‰}$), третьей группы ($0,09\text{‰} - 0,55\text{‰}$), детей ($0,47\text{‰} - 0,57\text{‰}$). Демографическая структура инвалидности населения при психических расстройствах: шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах представлена преимущественно женщинами (54,01%), в несколько меньшей доле мужчинами (44,37%) и минимально (1,61%) – детьми.

На третье место по уровню общей инвалидности выходили расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, имея тенденции снижения в первой ($0,004\text{‰} - 0,003\text{‰}$), второй ($0,18\text{‰} - 0,041\text{‰}$), детей ($0,006\text{‰} - 0,002\text{‰}$) и стабилизации в третьей группе ($0,03\text{‰} - 0,03\text{‰}$). В демографической структуре общей инвалидности населения при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте преобладали мужчины, составляя 75,7%. Женщины занимали второе место – 16,2%, дети – треть, составляя 9,05%.

На четвертом месте находилась инвалидность при невротических, связанные со стрессом, и соматоформных расстройствах с неустойчивым ростом показателя у пациентов первой группы от 0,0009 до 0,036 на 100 тысяч населения, устойчивой тенденцией снижения показателя у пациентов второй группы: от 0,089 ‰ до 0,018 ‰, детей: от 0,006 ‰ до 0,0 ‰, неустойчивой тенденции снижения у пациентов третьей группы от 0,017 ‰ до 0,0008 ‰. В демографической структуре инвалидности населения при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах

доминировали женщины, составляя 50,8%, а мужчины заметно уступали им, составляя 34,6%. Дети занимали минимальную долю, занимая 14,5%.

Пятое место занимала общая инвалидность при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте, имея устойчивую тенденцию снижения в интервале 2004 – 2021 г.г у инвалидов первой группы : от 0,004 до 0,003 , второй: от 0,009 до 0,003, неустойчивую тенденции инвалидов третьей группы : от 0,004 до 0,003, детей: от 0,03 до 0,02. В демографической структуре инвалидности населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте преобладали дети, составляя 49,0%, второе место занимали мужчины – 37,9%, третье – женщины 13,05%.

Шестое место занимала инвалидность при расстройствах настроения (аффективных расстройствах), в демографической структуре которой доминировали женщины, составляя 69,2%, а мужчины заметно уступали им, составляя 28,8%. Дети занимали минимальную долю - 2,05%. Отсутствовали изменения показателя у пациентов первой группы инвалидности: от 0,01 до 0,01 в интервале от 2004 до 2021г.г., устойчивой была тенденция снижения показателя у пациентов второй группы инвалидности: от 1,04 до 0,35, неустойчивой - тенденция роста у детей: от 0,0009 до 0,01.

ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО- ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

5.1. Социально-медицинские детерминанты психолого- психотерапевтической и психиатрической помощи, оказываемой медицинскими специалистами

Анализ процесса оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи медицинскими специалистами включал изучение условий ее оказания, выявление ключевых факторов, взаимосвязь с результативностью и эффективностью оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

Так, в анкетировании принимали участие 53,97% врачей, 31,88% - медицинских сестер, 9,88% - руководителей подразделений медицинских организаций, 2,52% - старших медицинских сестер, 0,97% - провизоров, 0,78% - фармацевтов (Рис. 5.1).

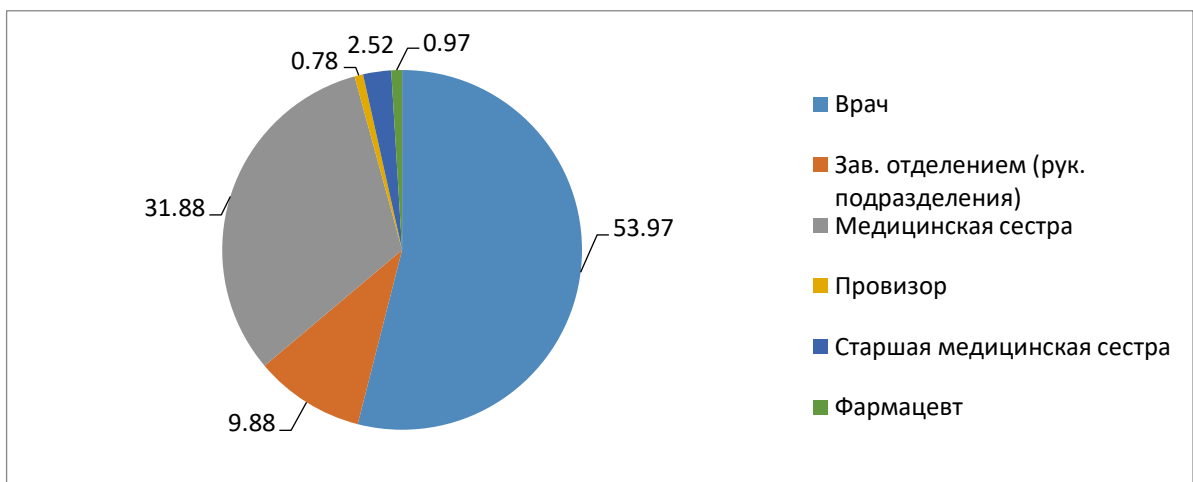


Рисунок 5.1. Должностная структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

Среди опрошенных преобладали лица женского пола, составляя 70,22% (Рис. 5.2).

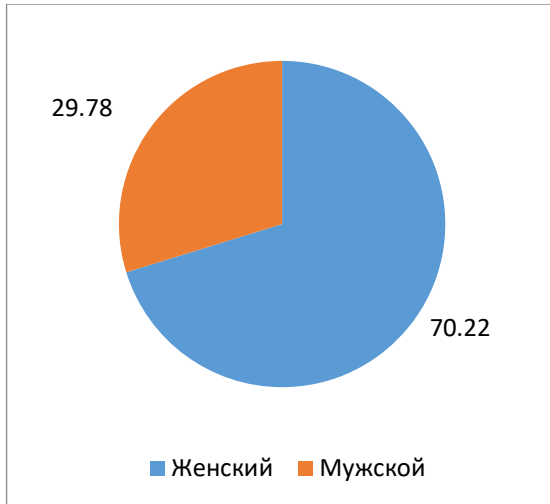


Рисунок 5.2. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по полу, %

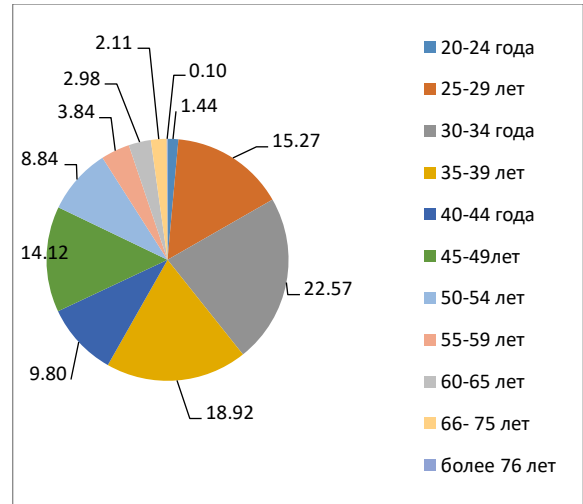


Рисунок 5.3. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по возрасту, %

Более 90% опрошенных составляли лица трудоспособного экономически активного возраста: 22,57% - 30-34 года, 18,92% - 35-39 лет, 15,27% - 25-29 лет, 14,12% - 45-49 лет, 8,84% - 50-54 года, 3,84% - 55-59 лет, 2,98% - 60-65 лет (Рис. 5.3).

Состоящих в браке было 58,21%. Статус «Холост (не замужем)» имели 26,99% опрошенных медицинских работников. Разведены были 11,14% работников, 3,65% были вдовыми (Рис. 5.4).

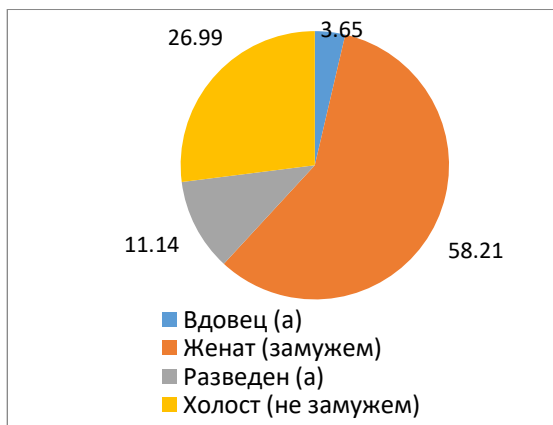


Рисунок 5.4. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по семейному положению, %.

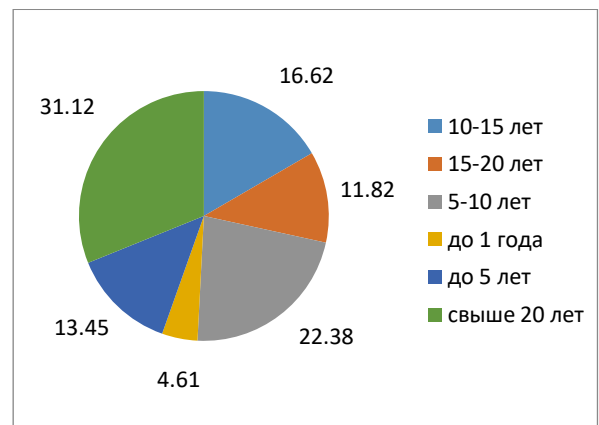


Рисунок 5.5. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по продолжительности работы по специальности, %.

Работали по специальности свыше 20 лет 31,12% опрошенных, 15-20 лет – 11,82%, 10-15 лет – 16,62%, 5-10 лет – 22,38%, до 5 лет – 13,45% (Рис. 5.5).

На данном рабочем месте свыше 20 лет работали 9,03% работников, 15-20 лет – 4,8% работников, 10-15 лет – 9,8% работников, 5-10 лет – 14,79% работников, до 5 лет – 24,02% работников, до 1 года – 37,56% (Рис. 5.6).

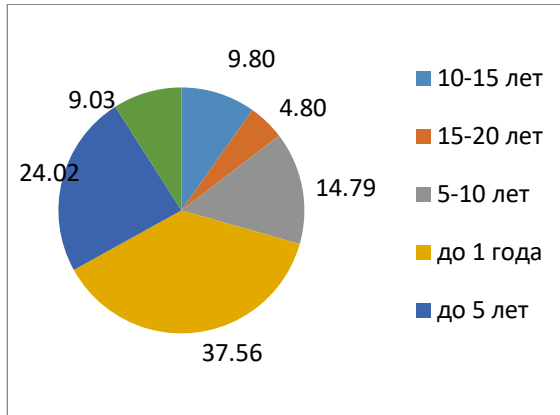


Рисунок 5.6. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по продолжительности работы на текущем месте, %.

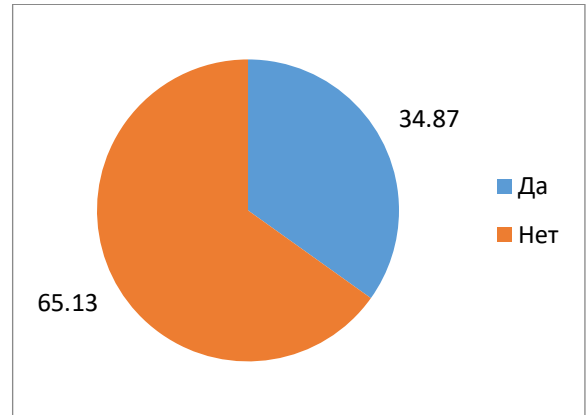


Рисунок 5.7. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по совмещению на текущем месте, %.

Совмещали основную работу с дополнительной нагрузкой только 34,87%, опрошенных (Рис. 5.7).

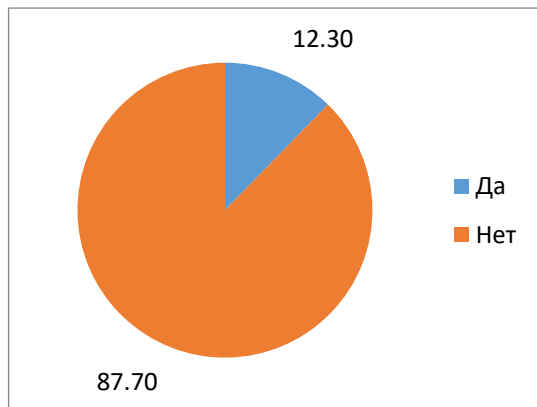


Рисунок 5.8. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по внешнему совмещению, %.

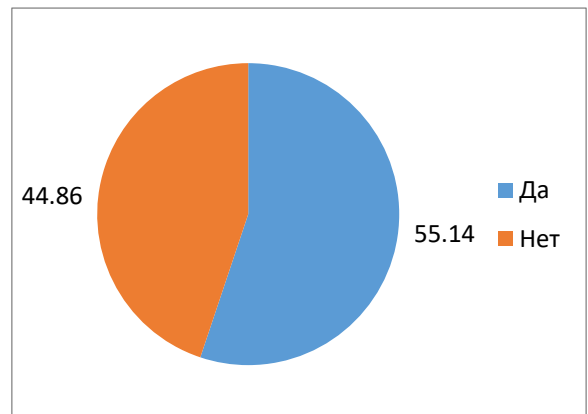


Рисунок 5.9. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по сменному графику работы, %.

Небольшая доля работников (12,3%) совмещали работу в данной медицинской организации и сторонней (Рис. 5.8).

Сменный график работы имели 55,14% опрошенных работников, 44,86% - работали ежедневно (Рис. 5.9).

Дежурили по нормативу 80,31% опрошенных (Рис. 5.10).

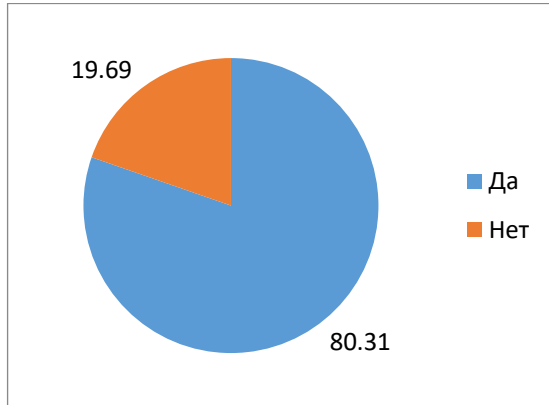


Рисунок 5.10. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по дежурству по нормативу, %.

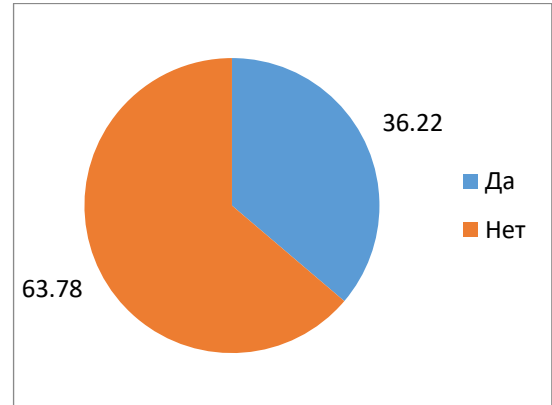


Рисунок 5.11. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Эмоциональное опустошение», %.

Эмоциональное опустошение испытывали 36,22% опрошенных работников (Рис. 5.11).

Дополнительные дежурства брали 41,59% работников (Рис. 5.12).

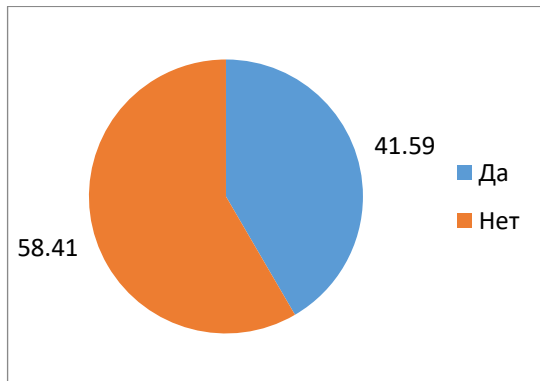


Рисунок 5.12. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по дополнительным дежурствам, %.

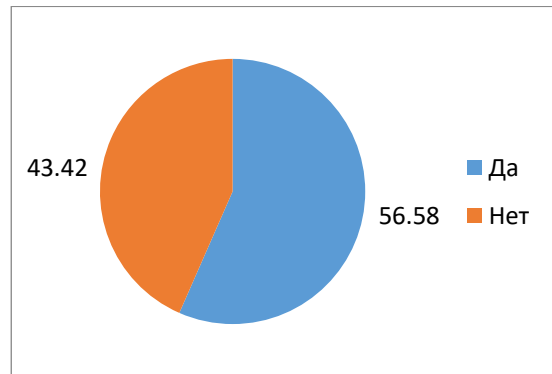


Рисунок 5.13. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Утренняя усталость перед работой», %.

Более половины опрошенных медицинских работников (56,58%) ощущали утреннюю усталость перед работой (Рис. 5.13).

Апатию и угнетенность испытывали 30,45% опрошенных (Рис. 5.14).

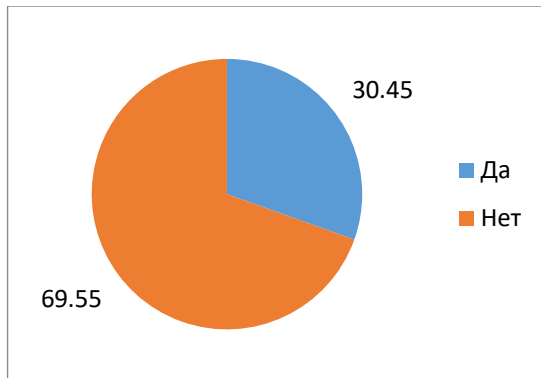


Рисунок 5.14. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Апатия, угнетенность», %.

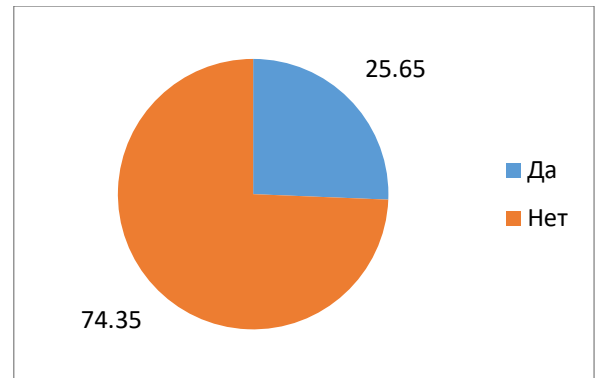


Рисунок 5.15. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Ощущение предела возможностей», %.

Ощущение предела возможностей было у 25,65% опрошенных (Рис. 5.15).

Энергичными и воодушевленными были 63,02% опрошенных, 36,98% - это было несвойственно (Рис. 5.16).

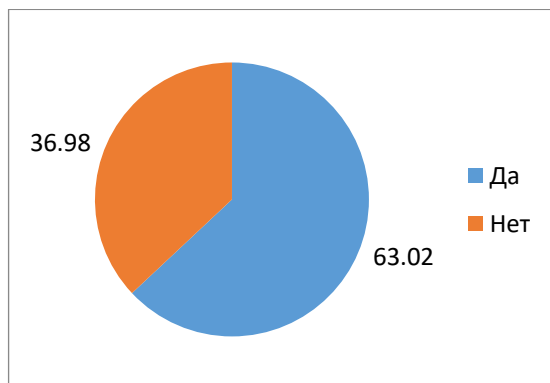


Рисунок 5.16. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Энергичен, воодушевлен», %.

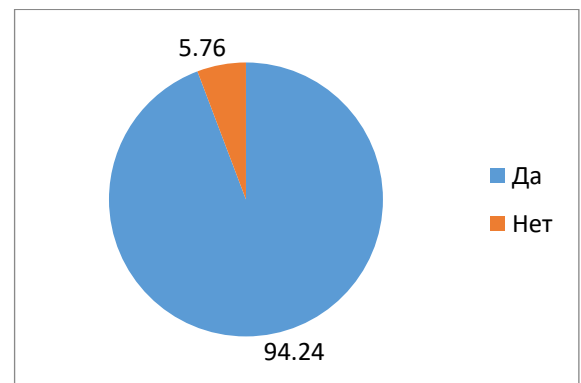


Рисунок 5.17. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Успеваю много делать на работе», %.

Успевали много делать на работе 94,24% опрошенных (Рис. 5.17).

Оценивали свою работу на 5 баллов 43,32% опрошенных, на 4 балла – 45,44%, на 3 балла – 7,68%, на 2 балла – 3,55% (Рис. 5.18).

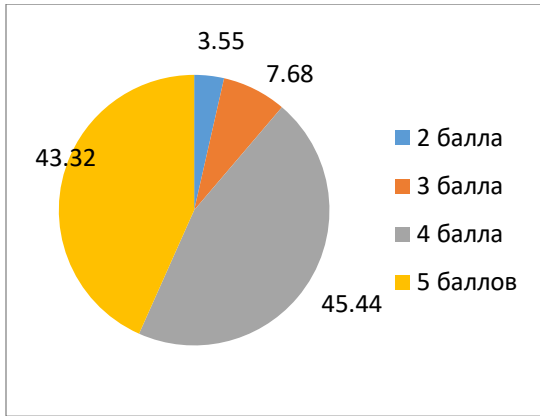


Рисунок 5.18. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Оценка своей работы», %

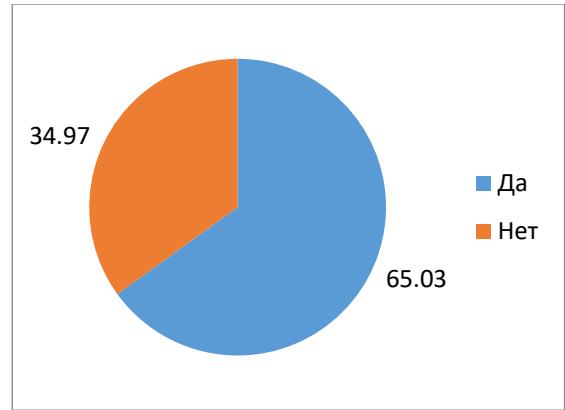


Рисунок 5.19. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Получаю стимулирующие надбавки», %

Более половины опрошенных (65,03%) получали стимулирующие надбавки (Рис. 5.19).

Однако, заработная плата устраивала только 29,01% работников (Рис. 5.20).

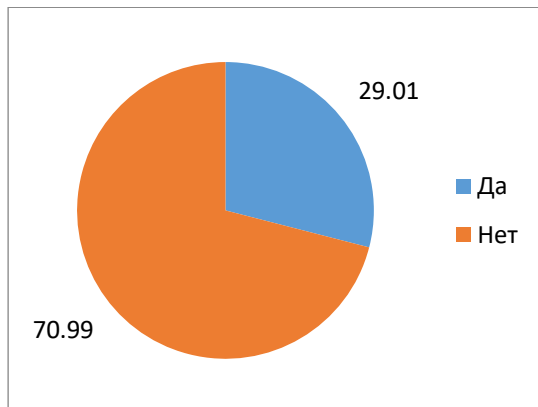


Рисунок 5.20. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Устраивает заработная плата», %

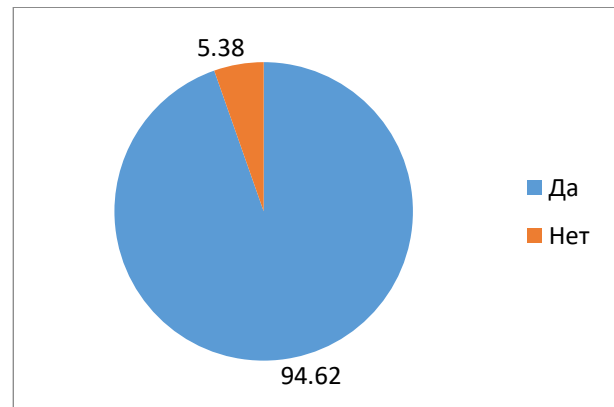


Рисунок 5.21. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Повышаю уровень квалификации», %

Повышали уровень своей квалификации 94,62% работников, 5,38% - не работали над этим вопросом (Рис. 5.21).

Участвовали в программе непрерывного медицинского и фармацевтического образования 88,47% опрошенных работников (Рис. 5.22).

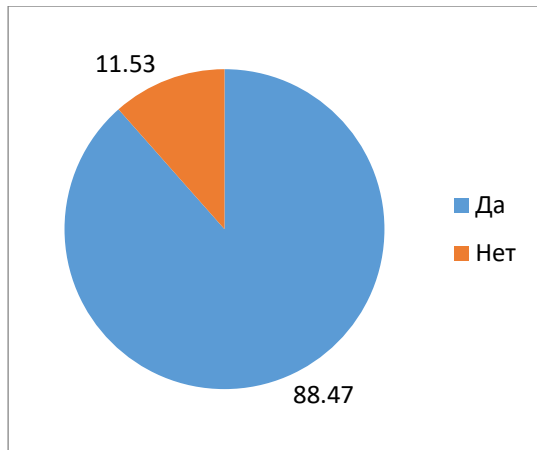


Рисунок 5.22. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Участвую в программе непрерывного медицинского и фармацевтического образования», %.

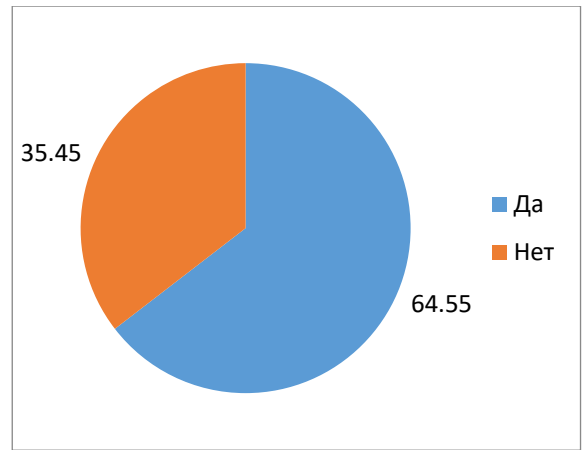


Рисунок 5.23. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Условия труда в стационаре», %.

Устраивали условия труда в стационаре 64,55% работников (Рис. 5.23).

Более половины (64,36%) работников считали, что отдыха им достаточно (Рис. 5.24).

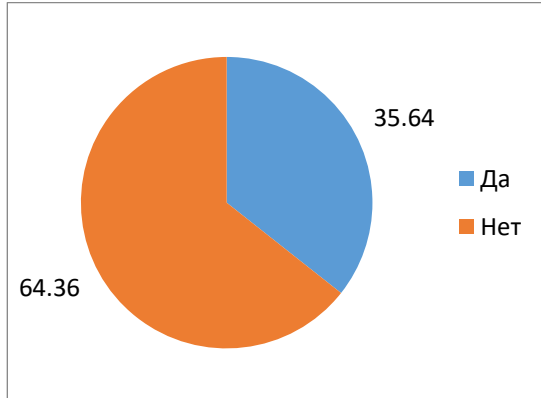


Рисунок 5.24. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Достаточно ли отдыха», %.

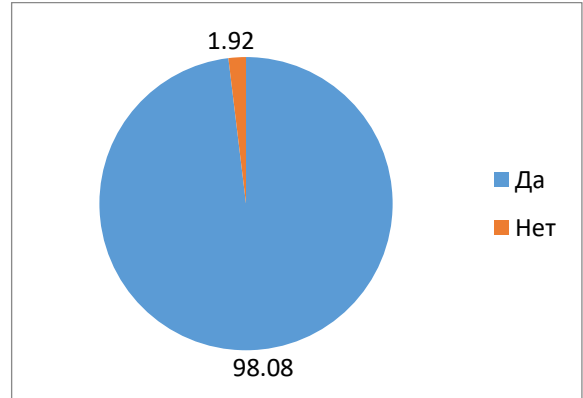


Рисунок 5.25. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Ежегодный отпуск», %.

Ежегодный отпуск использовали 98,08% работников (Рис. 5.25).

Дополнительный отпуск использовали 38,02% опрошенных работников (Рис. 5.26).

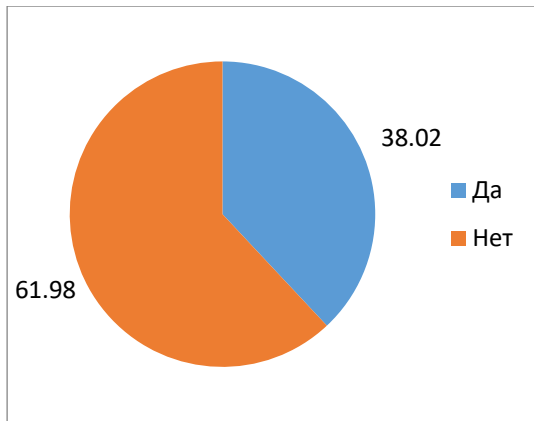


Рисунок 5.26. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Дополнительный отпуск», %.

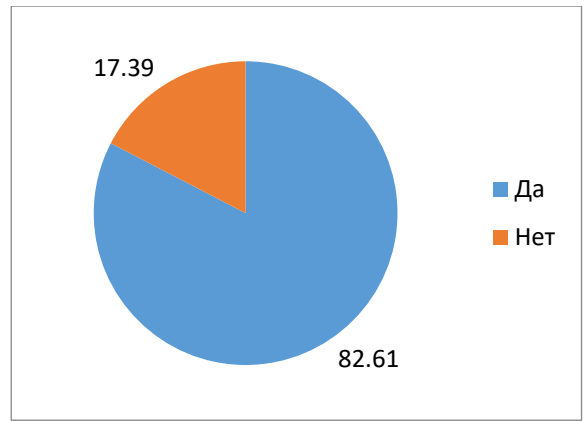


Рисунок 5.27. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Здоровье удовлетворительное», %.

Свое здоровье удовлетворительным считали 82,61% работников, 17,39% - имели противоположное мнение (Рис. 5.27).

Вредные привычки имели 24,13% работников, 75,87% - не имели их (рис. 5.28).

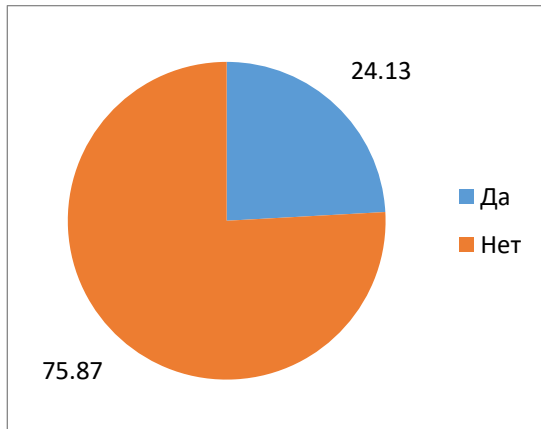


Рисунок 5.28. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «вредные привычки», %

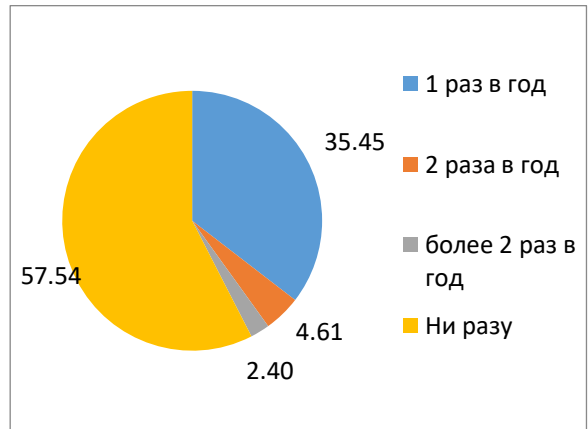


Рисунок 5.29. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Как часто вы бываете на листе трудоспособности», %

Более половины сотрудников (57,54%) ни разу не были на больничном листе, 35,45% - бывали 1 раз в год, 4,61% - 2 раза в год, 2,4% - более 2 раз в год (Рис. 5.29).

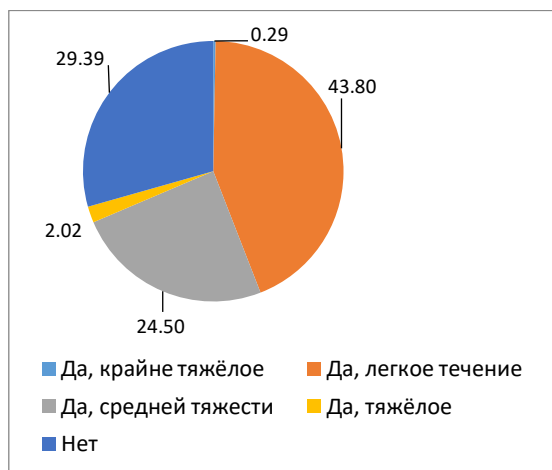


Рисунок 5.30. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Болели ли вы коронавирусной инфекцией», %

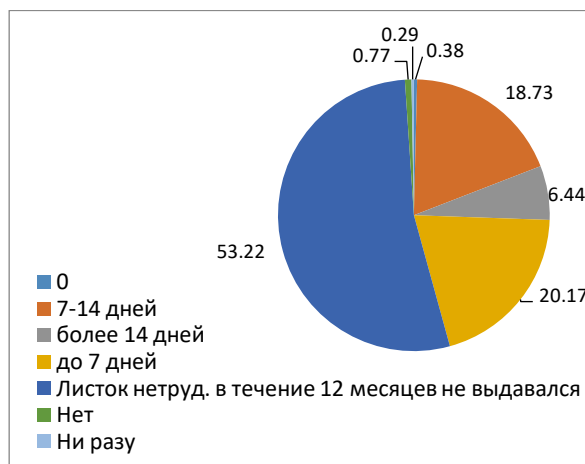


Рисунок 5.31. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Продолжительность пребывания на листе трудоспособности», %

Среди опрошенных 43,8% перенесли коронавирусную инфекцию в легкой форме, 29,39% - не болели, 24,5% - средней тяжести, 2,02% - перенесли в тяжелой форме (Рис. 5.30).

Более чем половине (53,22%) опрошенных в течение 12 месяцев больничный лист не выдавался ни разу, 20,17% болели до 7 дней, 18,73% - 7-14 дней, 6,44% - более 14 дней (Рис. 5.31).

Профилактикой заболеваний занимались 80,88% опрошенных (Рис. 5.32).

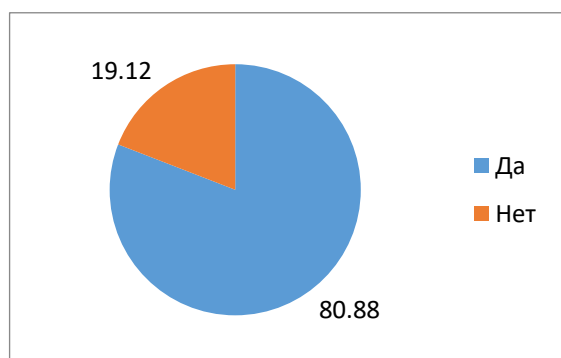


Рисунок 5.32. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Занимаюсь профилактикой заболеваний», %

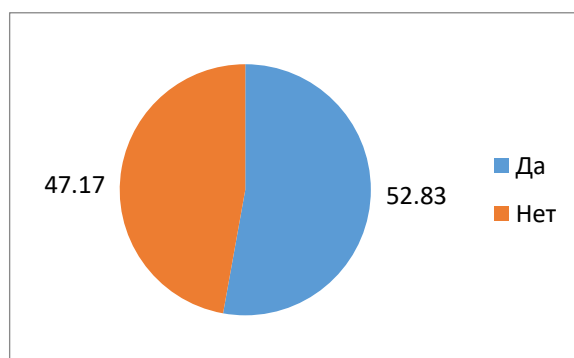


Рисунок 5.33. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Связываю обострение заболеваний с нагрузкой», %

Связывали с нагрузкой 52,83% опрошенных медицинских работников (Рис. 5.33).

Обострение хронических заболеваний связывали 22,38% опрошенных (Рис. 5.34).

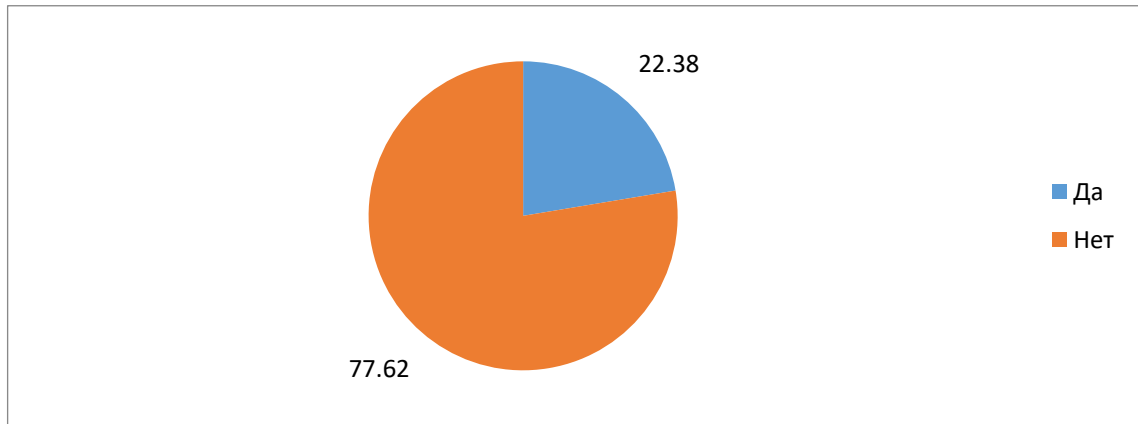


Рисунок 5.34. Структура медицинских и фармацевтических работников, участвующих в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, по признаку «Связываю обострение заболеваний с профессией», %

Тесные корреляционные взаимосвязи были обнаружены между признаками «Эмоциональное опустошение» и «Апатия, угнетенность» ($R=0,72$), «Эмоциональное опустошение» и «Ощущение предела возможностей» ($R=0,53$), «Апатия, угнетенность» и «Ощущение предела возможностей» ($R=0,63$), отражавших прямые корреляционные связи, и «Эмоциональное опустошение» и «Энергичен, воодушевлен» ($R=-0,53$), «Апатия, угнетенность» и «Энергичен, воодушевлен» ($R=-0,51$) с обратной силой корреляционной зависимости.

5.2. Медико-социальные детерминанты заболеваемости пациентов, обратившихся за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью.

В структуре опрошенных пациентов, обратившихся за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью 60,96% составляли женщины, 39,04% - мужчины (Рис. 5.35).

Ведущим были возраста: 30-34 года -22,57%, 35-39 лет -18,92%, 25-29 – 15,27%, 45-49 – 14,12%. Остальные возраста были представлены малочисленными группами: 50-54 года – 8,84%, 55-59 лет – 3,84%, 60-65 лет – 2,11%, 20-24 года – 1,44%, 66-75 лет – 2,11, более 76 лет – 0,1% (Рис. 5.36).

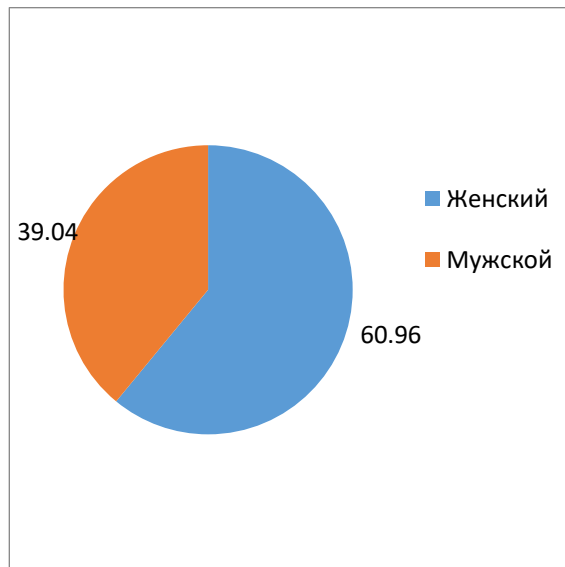


Рисунок 5.35. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по полу, %.

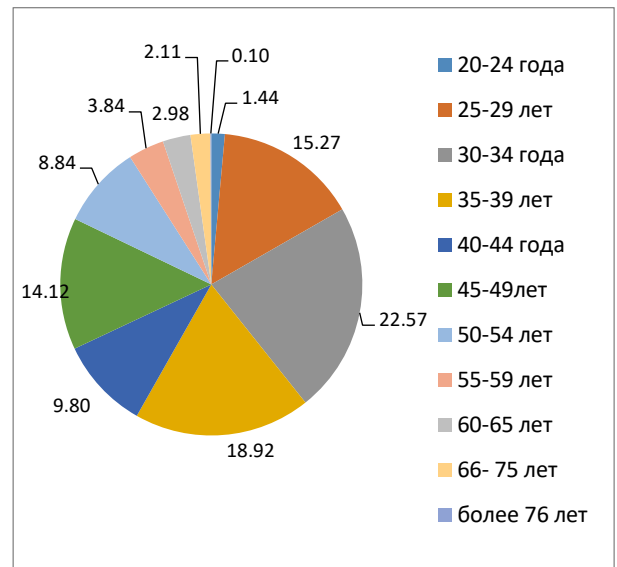


Рисунок 5.36. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по возрасту, %.

Основное место в структуре опрошенных занимали пенсионеры по возрасту – 33,19%, на втором месте были работники учреждений частной формы собственности – 18,27%, не работали – 12,43% опрошенных, работали в учреждениях государственной формы собственности 10,96%, учащиеся составляли 7,82%, 6,36% были самозанятыми (Рис. 5.37.).

Среди опрошенных основная доля составляла инвалидов второй группы – 52,67%, второе место занимала доля инвалидов третьей группы – 36,7%, третья – первой группы – 10,67% (Рис. 5.38).



Рисунок 5.37. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по социальному статусу, %.

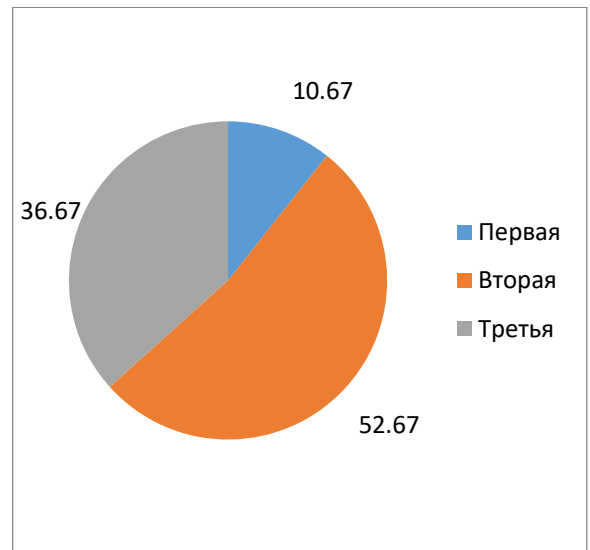


Рисунок 5.38. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по группе инвалидности, %.

Среди опрошенных на первом месте находились работники сферы образования – 19,92%, на втором месте – строительства – 14,99%, по 10,27% - промышленности и финансов, 10,06% - здравоохранения, 9,86% - торговли и услуг, 6,98% - науки и высшего образования, по 4,93% - культуры и силовых структур, 4,72% - транспорта, 3,08% - сельского хозяйства (Рис. 5.39),

Большая доля пациентов (45,59%) была представлена средним медицинским персоналом. Второе место (18,48%) занимали представители младшего медицинского персонала, третья (18,07%) – вспомогательного персонала, четвертое (4,93%) – делили руководители старшего, среднего звена, надомницы, 3,08% пациентов работали в специализированном цехе (Рис. 5.40).

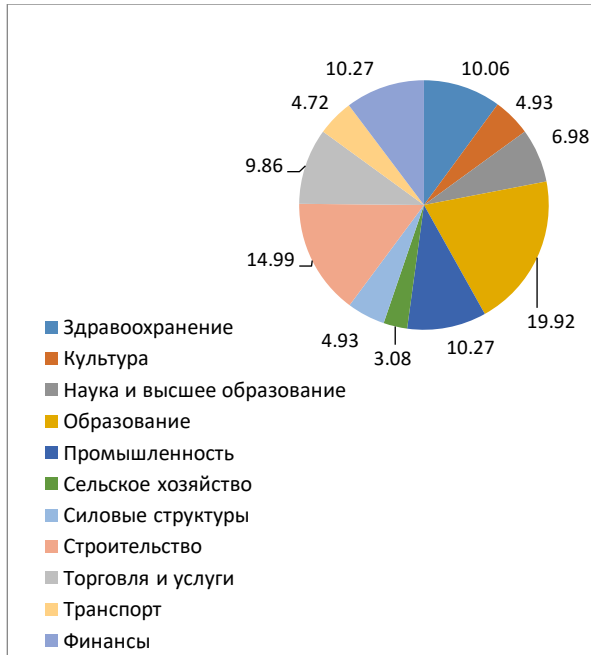


Рисунок 5.39. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по сфере деятельности, %.

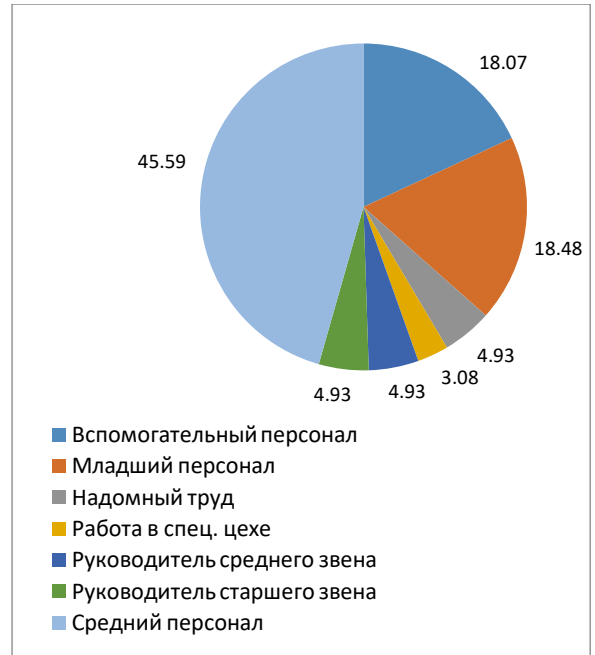


Рисунок 5.40. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по должности, %.

Среди пациентов большую долю (60,75%) составляли получившие высшее образование, 39,25% - среднее специальное и среднее техническое (колледж, техникум, училище) (Рис. 5.41).

По составу семьи пациенты делились следующим образом: 40,28% проживали с супругом (супругой) и детьми, 35,31% проживали в одиночестве, 13,01% - с родителями, 11,4% - с детьми (Рис. 5.42).



Рисунок 5.41. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по уровню образования, %.

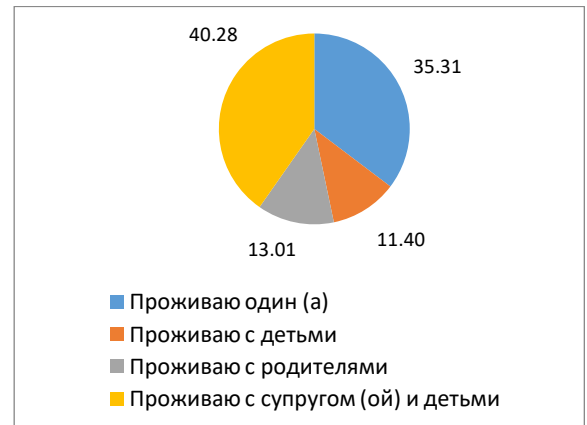


Рисунок 5.42. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по составу семьи, %.

На первом месте находились пациенты, находящиеся в браке (40,28%), на втором (29,24%) – холостые (незамужние), на третьем (18,2%) – разведенные, на четвертом (12,28%) – вдовы (Рис. 5.43).

В 63,74% случаев отношения в семье у пациентов, получавших психиатрическую и психотерапевтическую помощь, были доброжелательные, в 20,47% случаев – формальные, в 11,99% - конфликтные с отдельными членами семьи, в 3,8% - конфликтные со всеми членами семьи (Рис. 5.44).

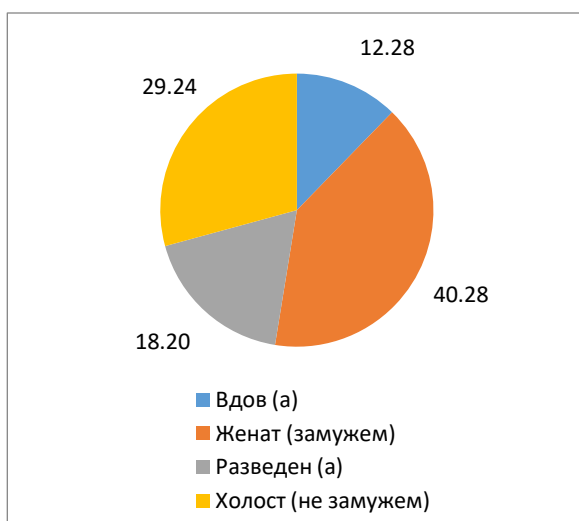


Рисунок 5.43. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по семейному положению, %

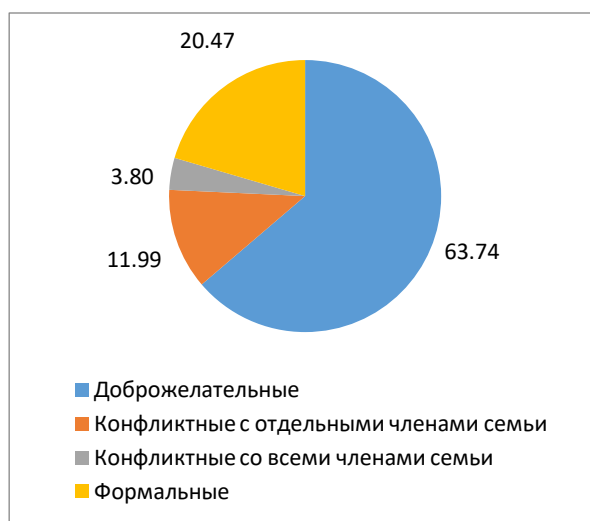


Рисунок 5.44. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по взаимоотношению в семье, %

В 63,3% проживали в отдельной квартире, в 11,4% - снимали жилплощадь, в 8,7% - проживали у родителей, родственников, в 7,31% - проживали в общежитии, в 4,75% - собственном доме, 4,53% - коммунальной квартире (Рис. 5.45).

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями была выявлена только у 11,11% пациентов (Рис. 5.46)



Рисунок 5.45. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Жилищные условия», %.

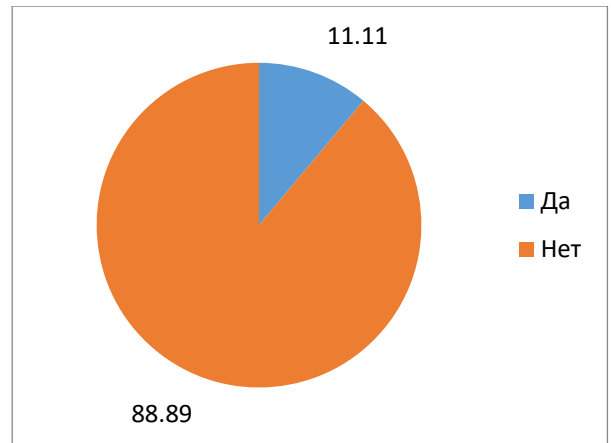


Рисунок 5.46. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Наследственная отягощенность психическими заболеваниями», %.

Ранний период развития у 72,22% пациентов протекал без особенностей, патологические изменения психики в раннем детском возрасте были отмечены у 27,78% пациентов (Рис. 5.47).

Своевременное раннее развитие зафиксировано у 68,57% пациентов, ускоренное – у 16,59% пациентов, задержанное – у 14,86% пациентов (Рис. 5.48).



Рисунок 5.47. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Как протекал ранний онтогенез», %

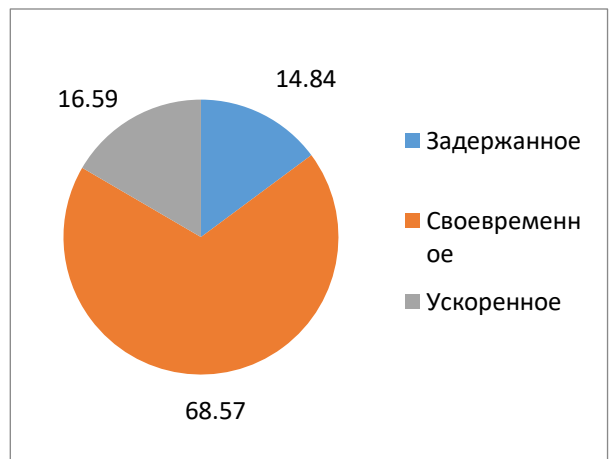


Рисунок 5.48. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Оценка раннего развития», %

Особенности микро-социального окружения в детстве у пациентов, обратившихся за психиатрической и психолого-психотерапевтической

помощью, были следующими: 40,94% воспитывались в полной семье, 27,56% - в неполной семье, по 5,56% - в детском доме, у родственников, с отчимом, 3,73% - с родителями, страдающими алкоголизмом (Рис. 5.49).

Одна треть пациентов воспитывалась гармонично, 18,64% - по модели «Золушки», 18,57% - как кумир семьи, 14,84% - в состоянии безнадзорности, по 7,31% - в гиперопеке и непоследовательном воспитании (Рис. 5.50).



Рисунок 5.49. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Особенности микро-социального окружения в детстве», %.



Рисунок 5.50. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Тип воспитания», %.

У 38,89% пациентов воспитанием занимались оба родителя, 33,33% - мать, 20,47% - отец, 5,48% - другие члены семьи, 1,83% - никто (Рис. 5.51).

В раннем детском возрасте у 44,44% пациентов были установлены неклассифицированные расстройства (Рис. 5.52).

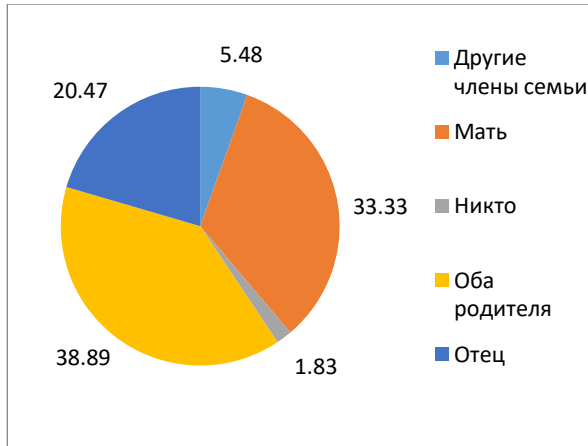


Рисунок 5.51. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Кто преимущественно занимался воспитанием», %

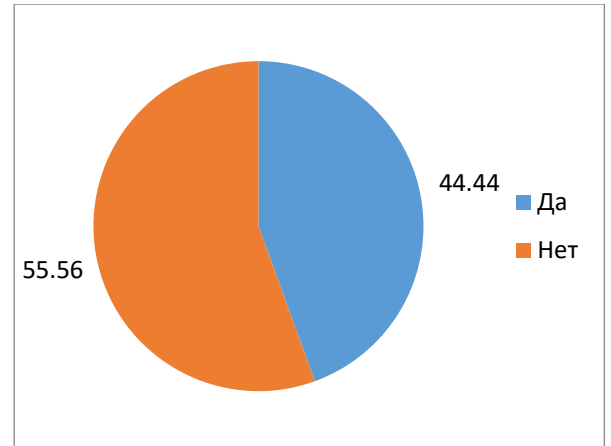


Рисунок 5.52. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Неклассифицированные расстройства в раннем детском возрасте», %

У 38,89% пациентов отсутствовало нарушение поведения в детском возрасте, по 14,91% находились в состоянии оппозиции и имитации, 13,01% имели девиантное поведение (алкоголизм, побег из дома, курение), по 5,48% пациентов были гиперкомпенсированы и группировались со сверстниками (Рис. 5.53).

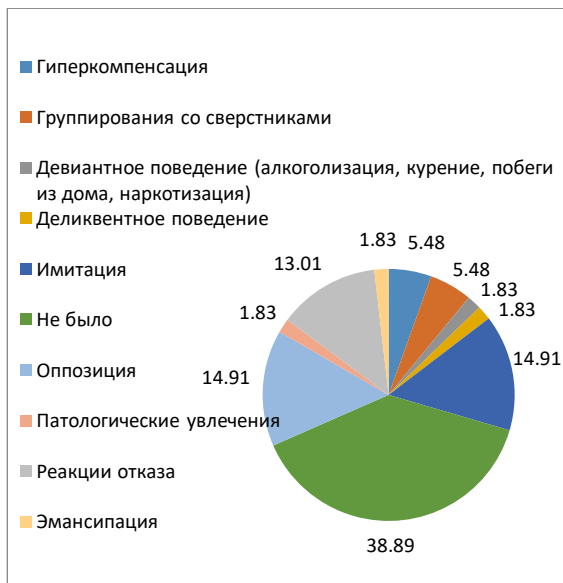


Рисунок 5.53. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Нарушения поведения в детском возрасте», %.



Рисунок 5.54. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Наблюдение у психиатра», %.

Более 80% пациентов не состояли под наблюдением у психиатра, 11,1% получали лечебно-консультативную помощь, по 1,83% находились на диспансерном наблюдении и наблюдались частным образом (Рис. 5.54).

Среди пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Число лет наблюдения и лечения у психиатра», 30,69% наблюдались 1 год, 27,72% - 2 года, 28,22% - 3 года, 5,45% - 4 года, 4,95% - более 5 лет, 2,97% - 5 лет (Рис. 5.55).

В пределах культурной нормы алкоголь употребляли 75,88% пациентов, находились в алкогольной зависимости - 16,74%, злоупотребляли - 7,38% (Рис. 5.56).

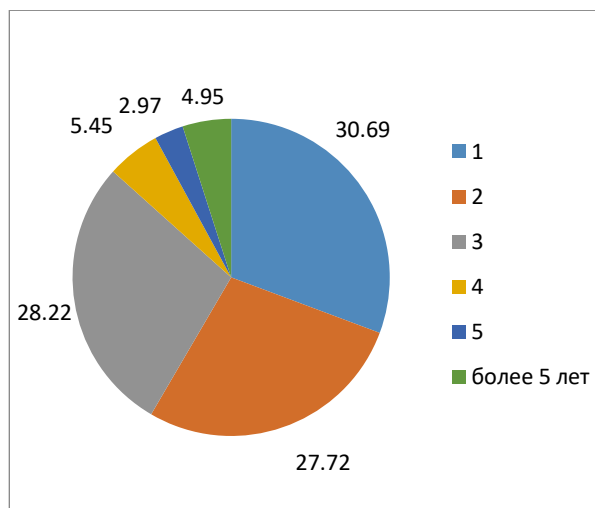


Рисунок 5.55. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Число лет наблюдения и лечения у психиатра», %



Рисунок 5.56. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Отношение к алкоголю», %.

Хронические соматические заболевания были у 35,16% пациентов (Рис. 5.57).

Среди пациентов, получавших психиатрическую и психотерапевтическую помощь, 50,0% пациентов не болели ранее коронавирусной инфекцией Covid – 19; 18,57% болели легким течением, 16,67% - средней тяжести, по 7,38% тяжелым и крайне тяжелым течением (Рис. 5.58).

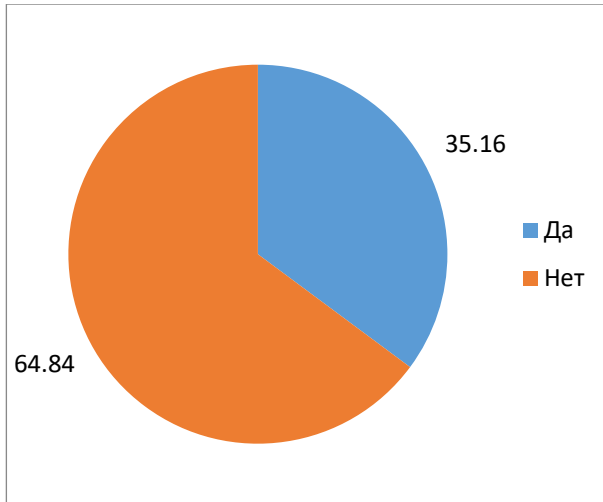


Рисунок 5.57. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Наличие хронических соматических заболеваний», %.



Рисунок 5.58. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Коронавирусная инфекция в анамнезе (Covid - 19)», %.

Один раз в год обострение заболеваний возникало у 46,27% пациентов, два раза в год – у 33,33%, болели постоянно 20,39% (Рис. 5.59).

Необходимость стационарного лечения 1 раз в год приходилась на 46,27% пациентов, 2 раза в год – на 33,33%, более 2 раз в год – на 20,39% пациентов (Рис. 5.60).

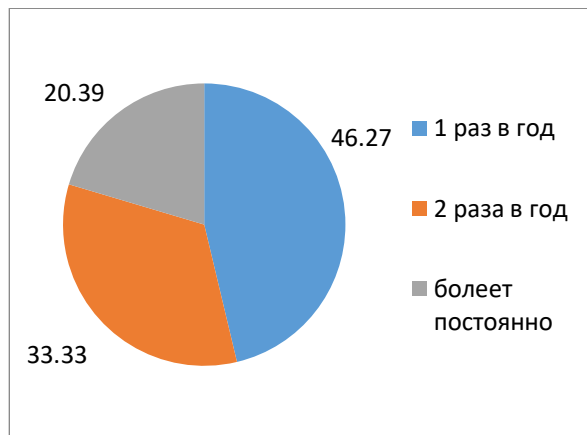


Рисунок 5.59. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Частота обострения хронических соматических заболеваний», %.

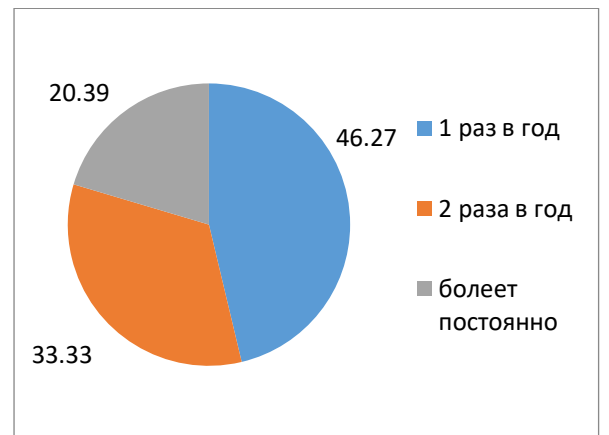


Рисунок 5.60. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Необходимость стационарного лечения по поводу хронических соматических заболеваний», %.

В структуре нозологических форм первое место занимали органические поражения ЦНС (49,91%), шизофрения, БАР и алкоголизм конкурировали

между собой, составляя по 13,56% в каждой группе. Минимальную долю составляли по 4,7% составляли соматогении, включая соматогенные психозы, и неврозы и невротические расстройства (Рис. 5.61).

Психотропные препараты применяли в отношении 16,67% пациентов (Рис. 5.62).

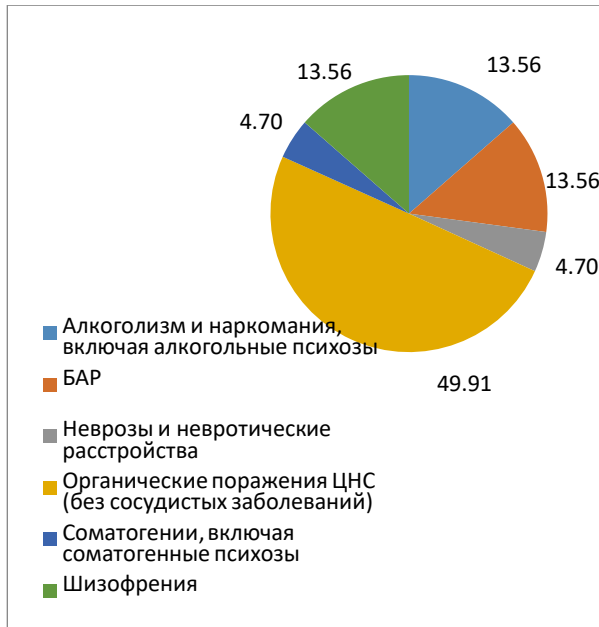


Рисунок 5.61. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Нозология», %.

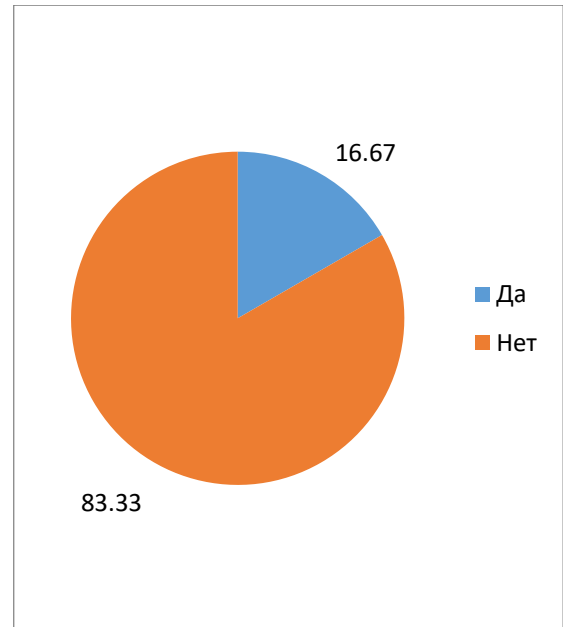


Рисунок 5.62. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Применение психотропных средств», %.

На первом месте находились пациенты, получавшие транквилизаторы (34,21%), на втором – нормотимики (32,89%), на третьем – антидепрессанты (21,93%), а четвертом – антипсихотические средства (10,96%) (Рис. 5.63).

Психотерапевтическую помощь получали 12,94% пациентов (рис. 5.64).

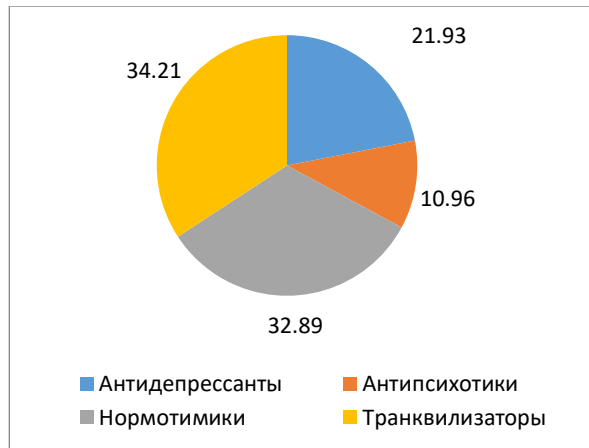


Рисунок 5.63. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Класс психотропных средств», %.

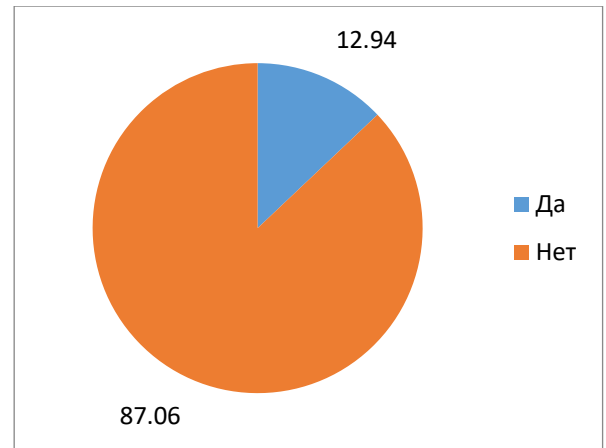


Рисунок 5.64. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Применение психотерапевтической помощи», %.

По форме проведения психотерапии пациенты распределились следующим образом: 57,06% получали терапию индивидуально, 28,81% - в групповой форме, 14,12% - в семье (Рис. 5.65).

По признаку «Длительность психотерапевтического воздействия» распределение произошло следующим образом: 42,94% пациентов получали сверхкороткую терапию, 28,81% - короткую (до 30 дней), по 14,12% распределились длительную (до 12 месяцев) и сверхдлительную (свыше года) терапию (Рис. 5.66).



Рисунок 5.65. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Форма проведения психотерапии», %.

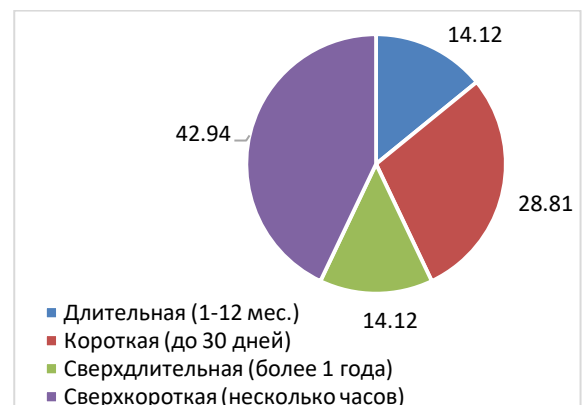


Рисунок 5.66. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Длительность психотерапевтического воздействия», %.

Проведенные мероприятия у 60,24% пациентов были эффективны, у 39,76% - нет (Рис. 5.67).

По критерию «Клиническая эффективность лечения» практическое выздоровление наступило у 29,53% пациентов, и такой же осталась доля пациентов с состоянием без изменений, незначительное улучшение было отмечено у 20,47%, полное выздоровление и выздоровление наступило у 10,24% пациентов (Рис. 5.68).

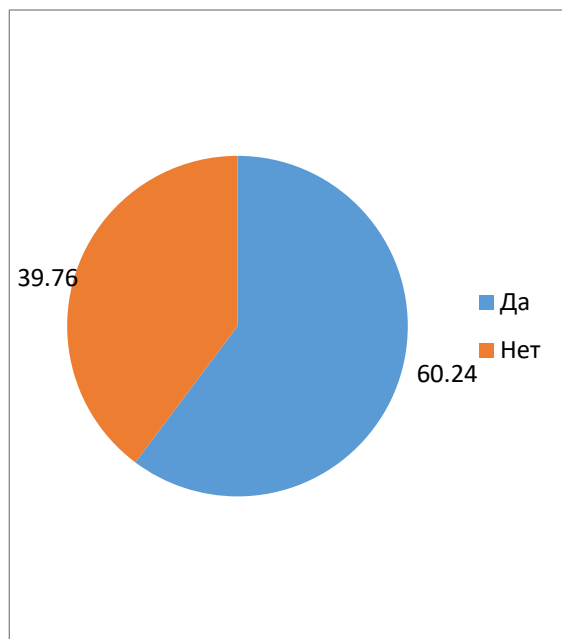


Рисунок 5.67. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Эффективность проведенных мероприятий», %.



Рисунок 5.68. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Клиническая эффективность лечения», %.

Среди пациентов, получавших лечение, 40,16% частично восстановили социальный и трудовой статус, 30,31% - восстановили полностью, а 29,53% - имели выраженное снижение социально-трудовой адаптации (Рис. 5.69).

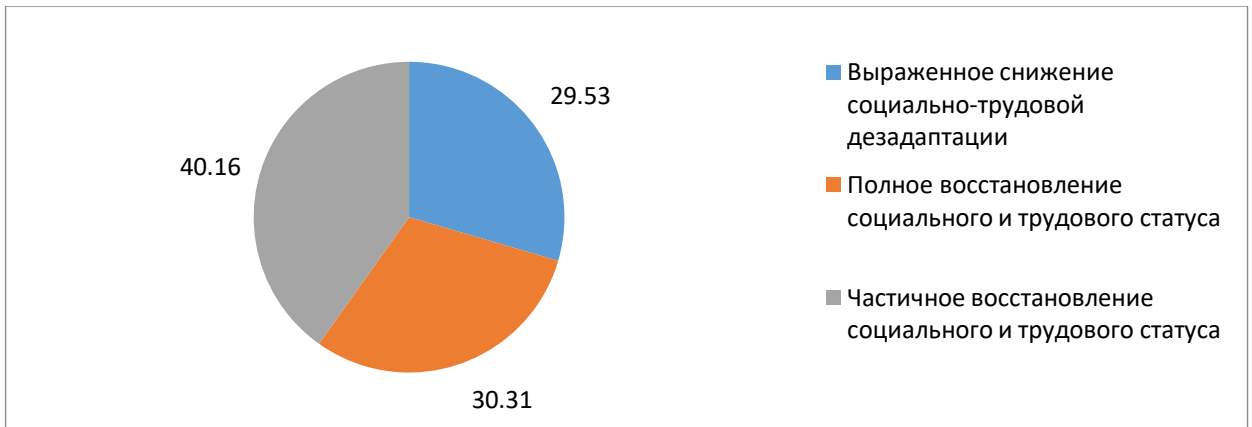


Рисунок 5.69. Структура пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, по признаку «Оценка социальной эффективности», %

5.3. Экспертная оценка современной системы организации психиатрической помощи.

Социологический опрос экспертов – психиатров организаторов здравоохранения, оценивающих эффективность оказания психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи показал: 90% экспертов, считали, что осмотр пациентов, проведенный психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном стационаре) повысит уровень эффективности медицинской помощи населению (Рис. 5.70).

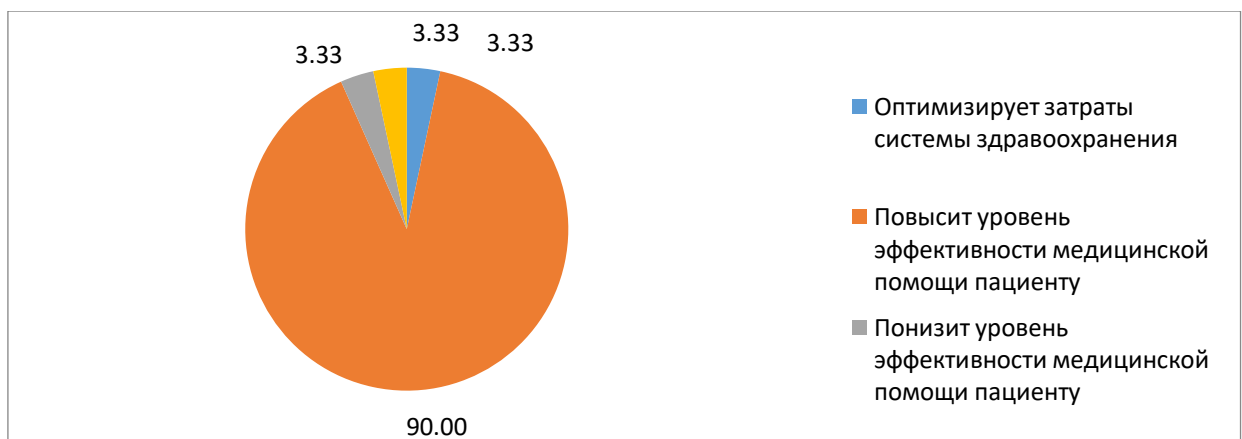


Рисунок 5.70. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение об эффектах скрининга психического состояния пациента, проведенного психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном стационаре), %.

На вопрос «Считаете ли Вы, что среди различных контингентов населения увеличилось число непсихотических психических расстройств?» 93,3% экспертов отвечали на вопрос положительно (Рис. 5.71).

На вопрос «Считаете ли Вы, что система оказания психиатрической помощи населению нуждается в реформировании?» 86,67% экспертов отвечали на вопрос положительно (Рис. 5.72).

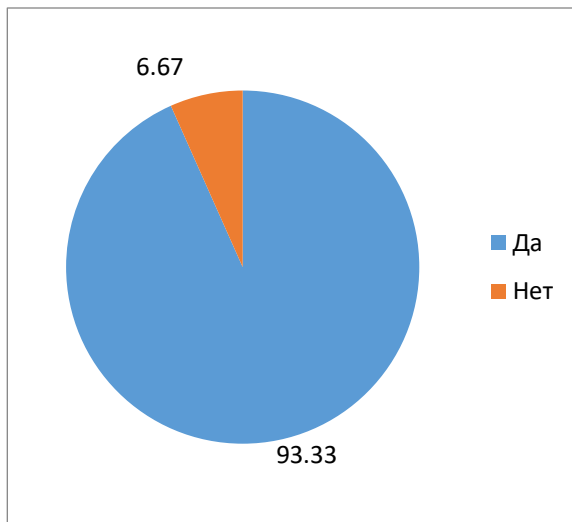


Рисунок 5.71. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение об увеличении числа непсихотических психических расстройств среди различных контингентов населения, %.

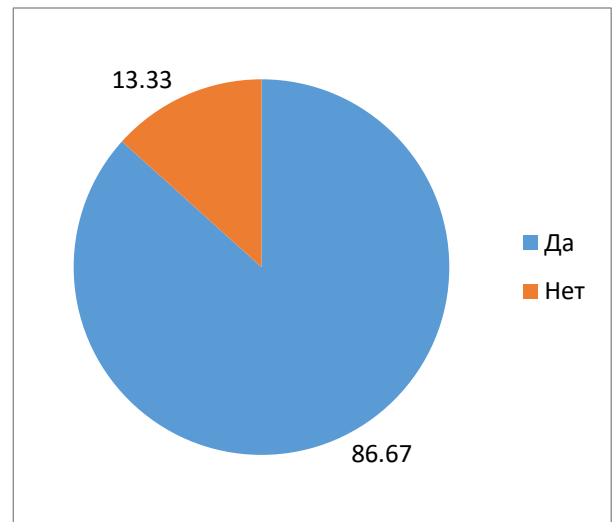


Рисунок 5.72. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о необходимости реформирования системы оказания психиатрической помощи населению (Считаете ли Вы, что система оказания психиатрической помощи населению нуждается в реформировании), %.

На вопрос «Как, по-вашему мнению, использование базового показателя «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей?» 93,3 % указывали на то, что увеличение психиатров позволит увеличить долю психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов (Рис. 5.73).

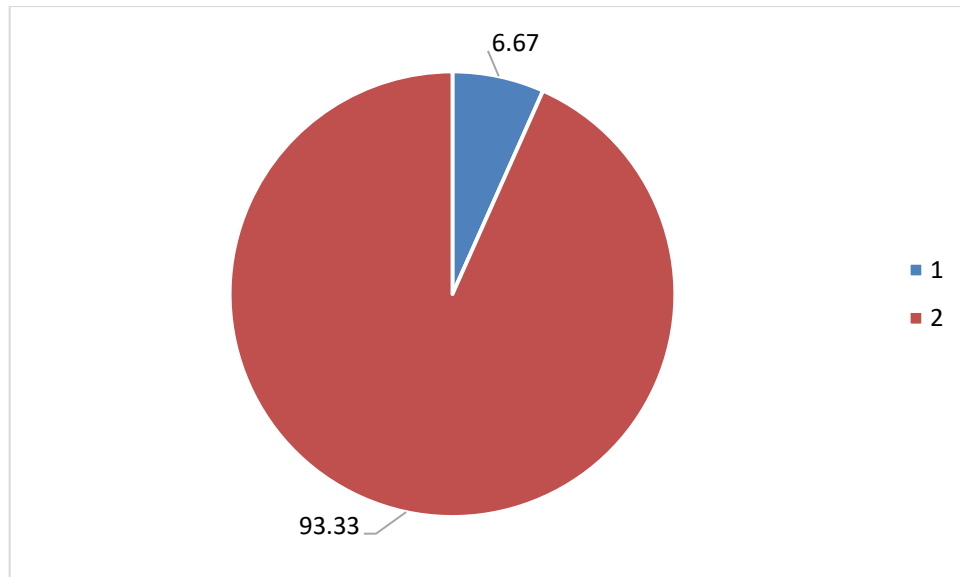


Рисунок 5.73. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение об использовании базового показателя «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» может повлиять на увеличение доли психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов, %.

На вопрос «Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» может повлиять на изменение значений целевых показателей: «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей», «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи, частота госпитализаций на койки соматического профиля, своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» 76,67% экспертов утверждали, что увеличение значения базового показателя негативно скажется на изменении перечисленных выше целевых показателей, 20,0% - повлияет незначительно, 3,33% - не повлияет (Рис. 5.74).

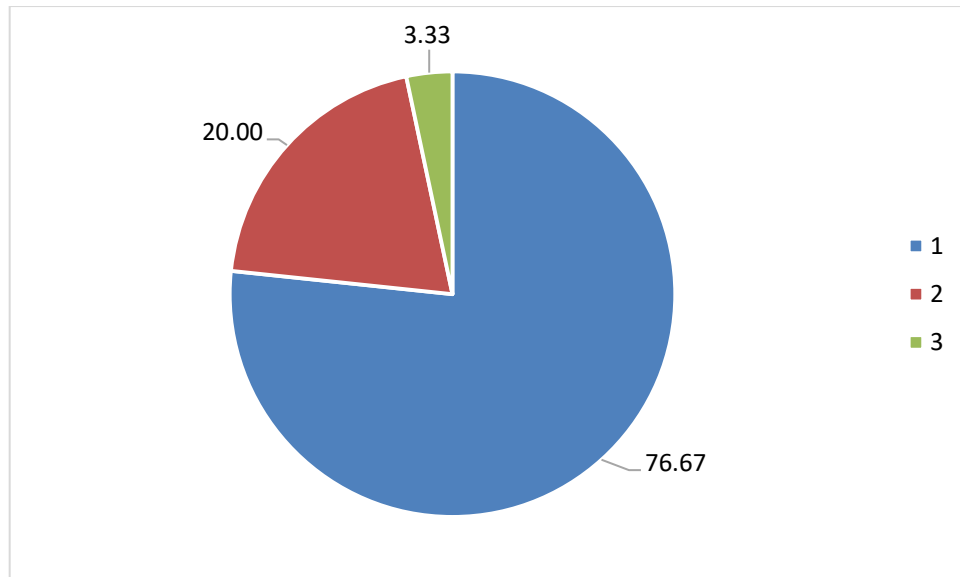


Рисунок 5.74. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей: «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей», «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи, частота госпитализаций на койки соматического профиля, своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью, %.

На вопрос «Как, по- вашему мнению, использование базового показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей: «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Частота госпитализаций на койки соматического профиля», «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» 86,67% считали, что базовый показатель увеличит значение целевых показателей, 10,0% - повлияет незначительно, 3,33% - не повлияет (Рис. 5.75).

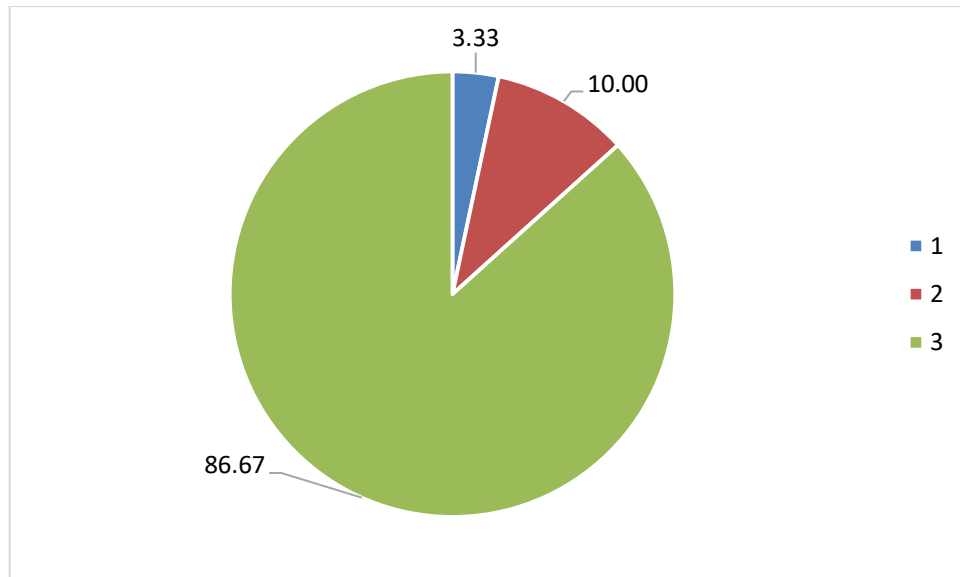


Рисунок 5.75. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей: «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Частота госпитализаций на койки соматического профиля», «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью»,%.

На вопрос «Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей: «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Частота госпитализаций на койки соматического профиля», «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей»? 73,33% экспертов считали, что базовый показатель негативно повлияет на изменение целевых (Рис. 5.76).

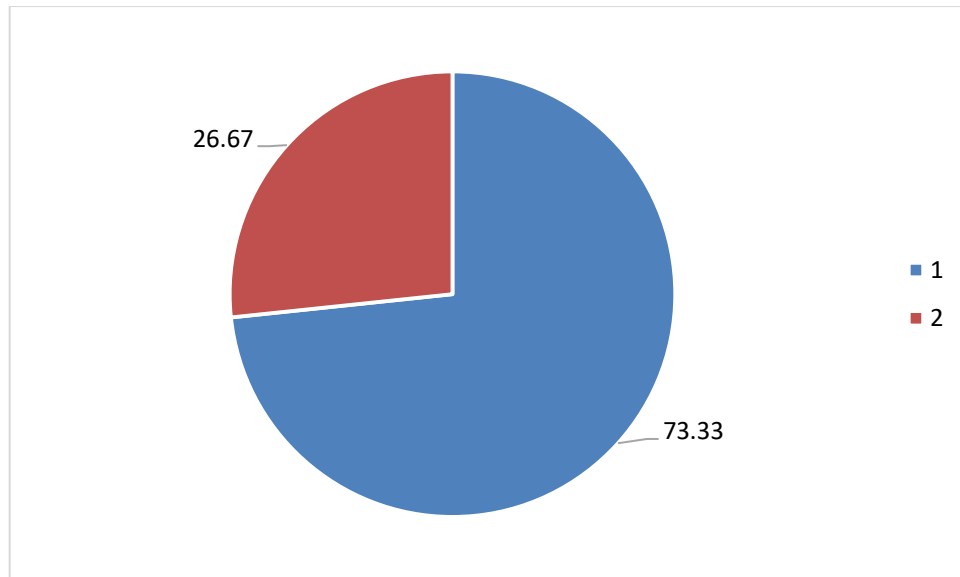


Рисунок 5.76. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» скажется на изменении целевых показателей: «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей: «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Частота госпитализаций на койки соматического профиля», «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью», %.

На вопрос «Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» скажется на изменении целевых показателей: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей»? 93,33% экспертов считали, что базовый показатель существенно повлияет на изменение целевых (Рис. 5.77).

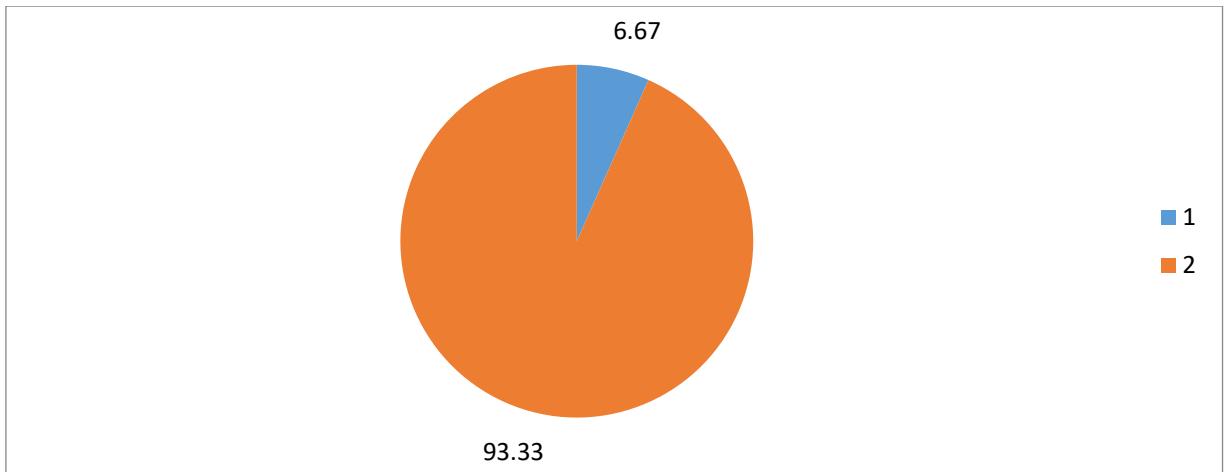


Рисунок 5.77. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей», «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» % .

На вопрос «Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей»? 76,67% экспертов считали, что базовый показатель существенно повлияет на изменение целевых, 16,67% - не повлияет, по 3,33% в равной степени – существенно не повлияет (Рис.5.78).

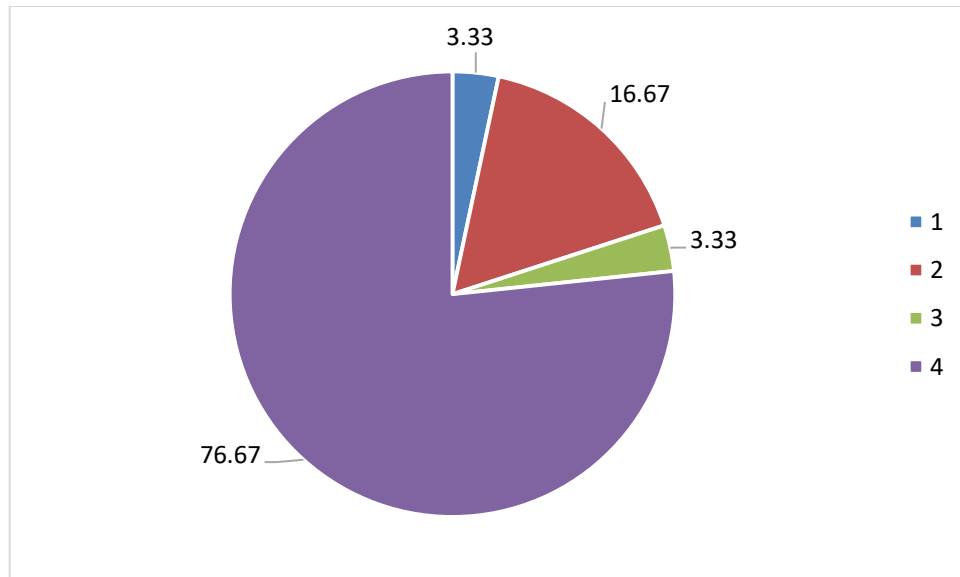


Рисунок 5.78. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений целевых показателей: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей»? % .

На вопрос «Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» может повлиять на изменение значений целевых показателей: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей»? 50,0% экспертов считали, что базовый показатель существенно повлияет на изменение целевых, 43,33% - повлияет незначительно, 6,67% – не повлияет (Рис. 5.79).

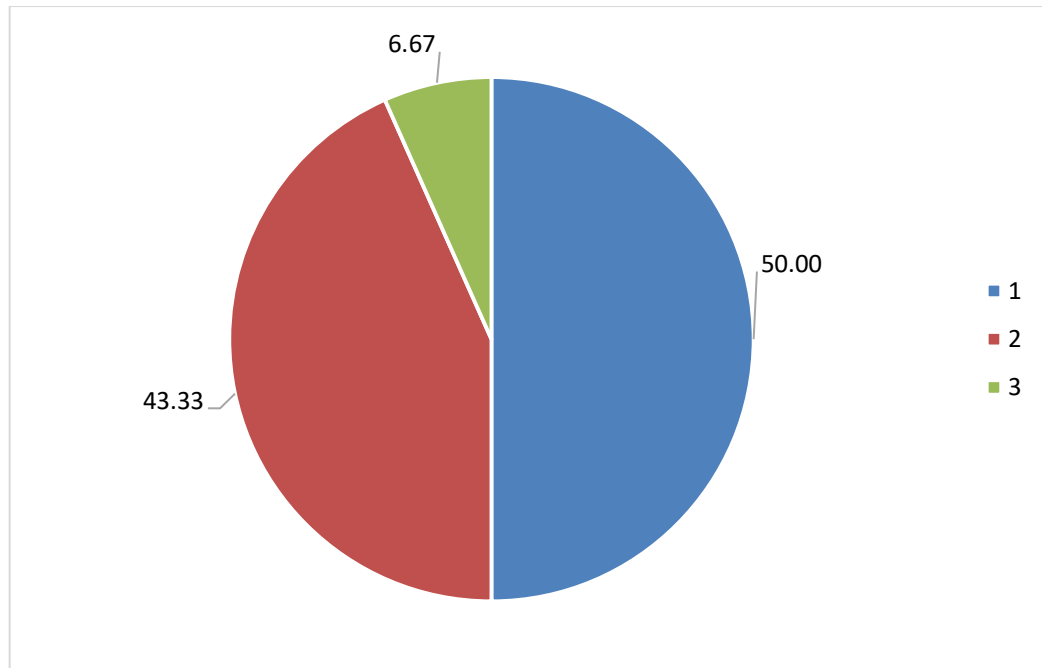


Рисунок 5.79. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» может повлиять на изменение значений целевых показателей: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей, % .

На вопрос «Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» может повлиять на изменение значений целевого показателя: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», 63,33% экспертов считали, что базовый показатель существенно положительно повлияет на изменение целевых, 23,33% - не повлияет, 10,0% - несущественно положительно повлияет, 3,33% – несущественно негативно повлияет (Рис. 5.80).

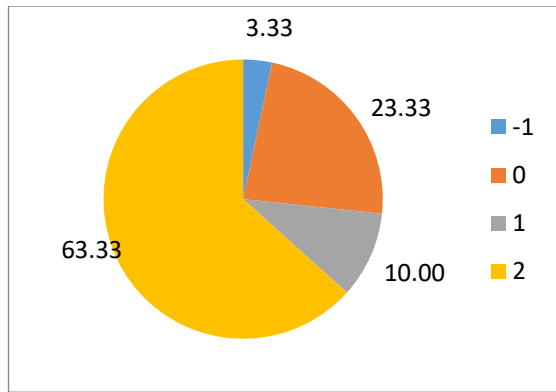


Рисунок 5.80. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» влияет на изменение значений показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», %.

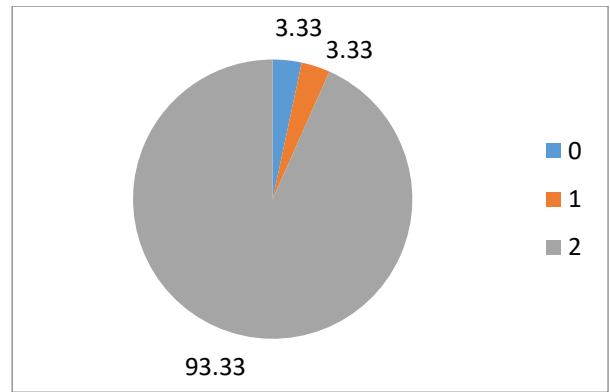


Рисунок 5.81. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Доля психических заболеваний выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» влияет на изменение значений показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью», %.

Базовый показатель «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» по мнению 93,33% экспертов существенно влиял на целевой показатель «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» (Рис. 5.81).

О том, что базовый показатель «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» не оказывает никакого влияния на целевой показатель «Доля психических заболеваний выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов» утверждали 46,67% экспертов, оказывает существенное отрицательное влияние – 36,67%, оказывает несущественное отрицательное влияние – 16,67% (Рис. 5.82).

Влияние базового показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» на изменение значений целевого показателя «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» 56,67% экспертов называли существенно отрицательным, 33,33% - нулевым, 10,0% - несущественно отрицательным (Рис. 5.83).

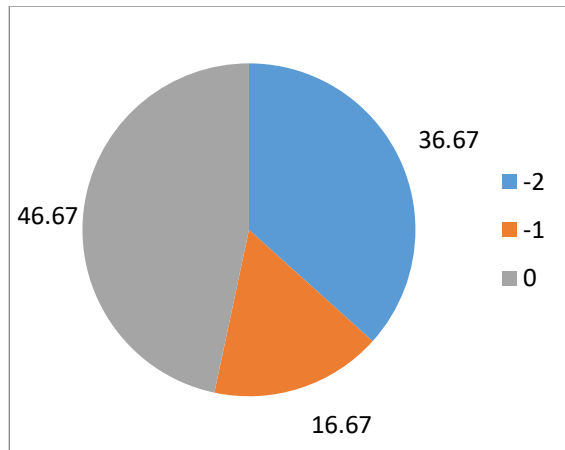


Рисунок 5.82. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» влияет на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов».

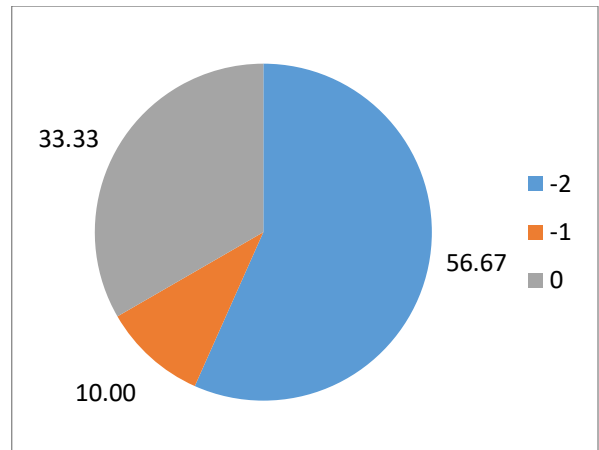


Рисунок 5.83. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» может повлиять на изменение значений целевого показателя «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами», %.

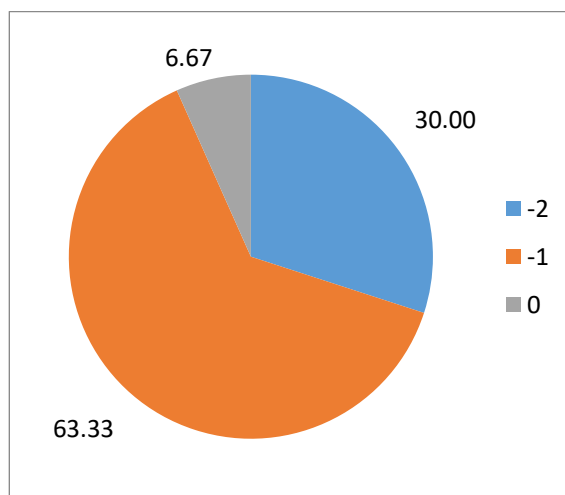


Рисунок 5.84. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» влияет на изменение значений показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля», %.

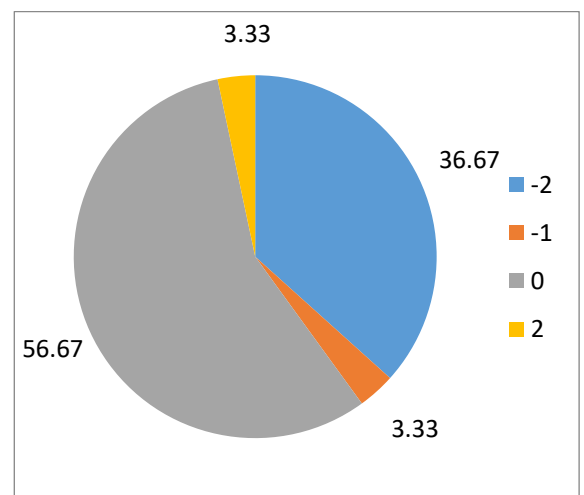


Рисунок 5.85. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» влияет на изменение значений показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощи», %.

«Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» влияет негативно несущественно на изменение значений показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля по

мнению 63,33% экспертов, негативно существенно – 30,0%, не влияет – 6,67% (Рис. 5.84).

«Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» не оказывает влияние на изменение значений показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощи» по мнению 56,67% экспертов, существенное негативное – 36,67% (Рис. 5.85).

Использование базового показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» существенно позитивно влияет на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов» считали 86,67% экспертов, и только 6,67% считали, что влияет незначительно или не влияет (Рис. 5.86).

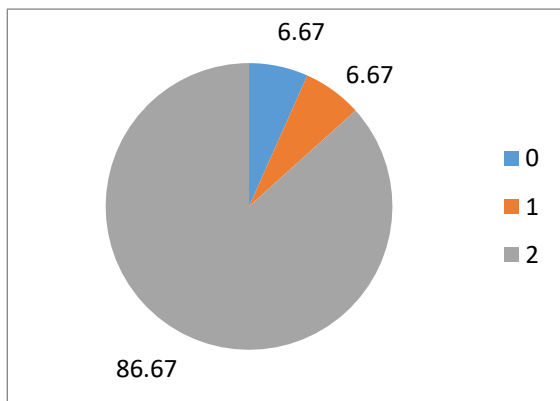


Рисунок 5.86. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» влияет на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», %.

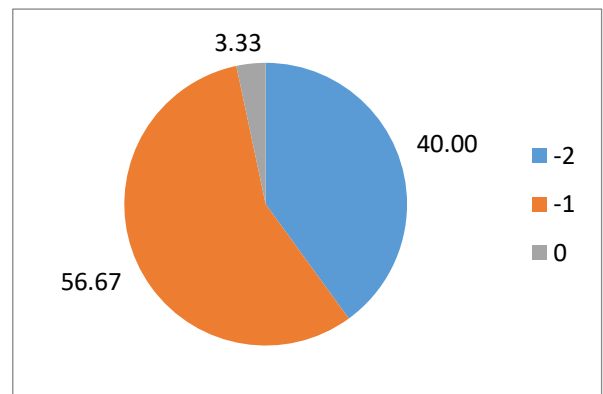


Рисунок 5.87. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» влияет на изменение значений показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей», %.

«Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» отрицательно существенно влияет на изменение значений показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» по мнению 40,0% экспертов, отрицательно незначительно – 56,67%, не влияет – 3,33% (Рис. 5.87).

По мнению 50,0% экспертов, базовый показатель «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» существенно позитивно влияет на изменение значений показателя «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами, 35,0% - не влияет, 15,0% - влияет несущественно позитивно (Рис. 5.88).

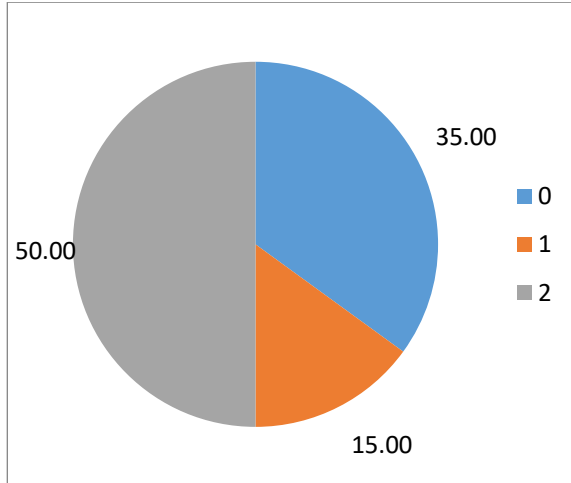


Рисунок 5.88. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» влияет на изменение значений показателя «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» %.

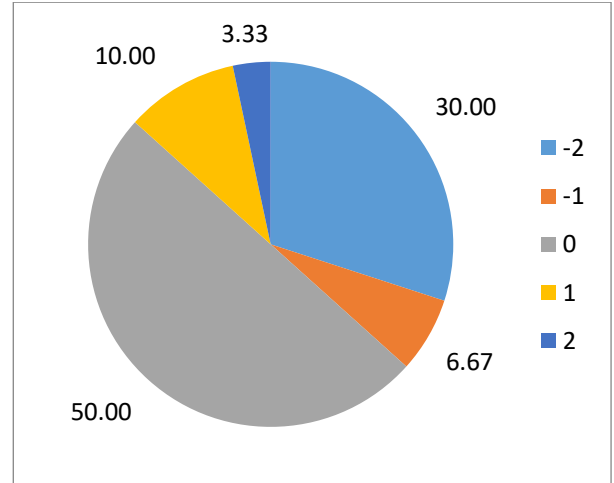


Рисунок 5.89. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» может повлиять на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов» %.

Базовый показатель «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» не влияет на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», считали 50,0% экспертов, влияли существенно негативно – 30,0%, несущественно – 16,67% (Рис. 5.89).

Базовый показатель «Частота госпитализаций на койки соматического профиля», по мнению 66,67% экспертов, не оказывал никакого влияния на целевой показатель «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», а 26,67% считали, что может повлиять только негативно (Рис. 5.90).

Практически половина экспертов считала, что «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» может негативно существенно повлиять на изменение значений показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью», 40,0% - не повлиять вовсе (Рис. 5.91).

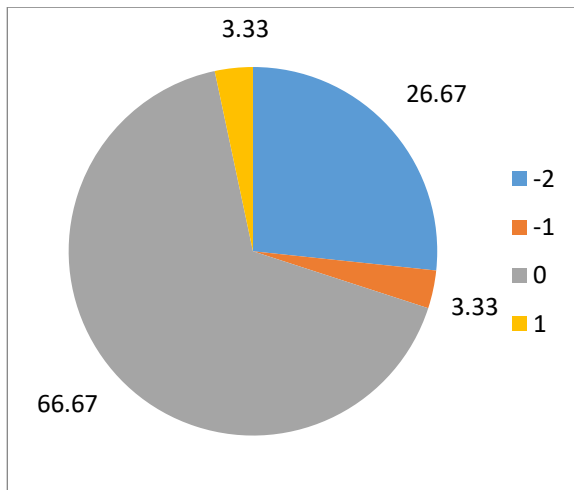


Рисунок 5.90. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» может повлиять на изменение значений показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» %.

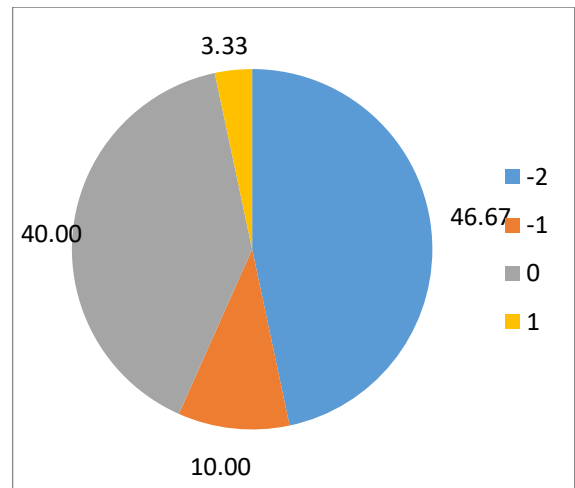


Рисунок 5.91. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» может повлиять на изменение значений показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» %.

И практически однозначно около 90% экспертов утверждали, что базовый показатель «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может существенно позитивно повлиять на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов» (Рис. 5.92).

Отрицали влияние базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» на изменение значений целевого показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» 63,33% экспертов, их поддерживали 30,0%, полагавших, что базовый показатель несущественно негативно повлияет на целевой (Рис. 5.93).

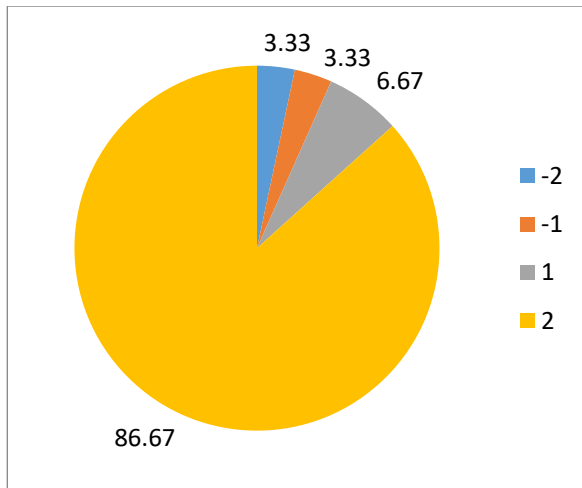


Рисунок 5.92. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов» %.

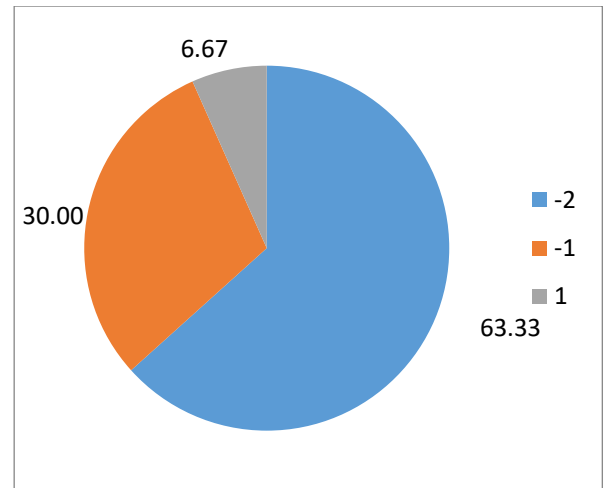


Рисунок 5.93. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений целевого показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» %.

90% экспертов считали, «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений целевого показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» (рис. 5.94).

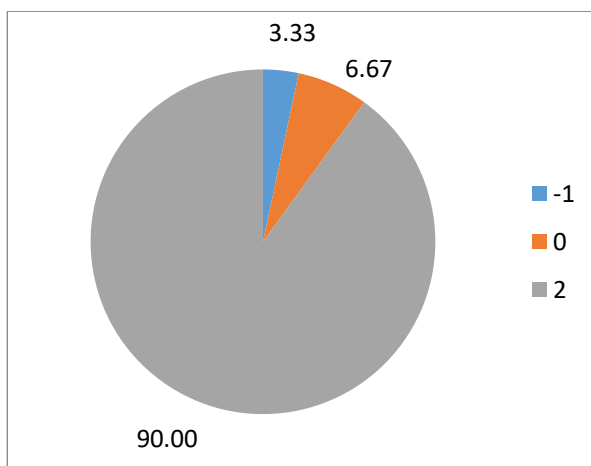


Рисунок 5.94. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений целевого показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» %.

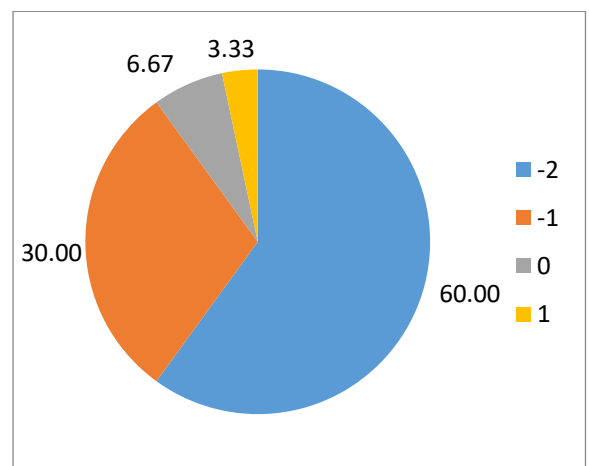


Рисунок 5.95. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений целевого показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» %.

Более половины экспертов считали, что базовый показатель «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» не может повлиять на изменение значений целевого показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля, 30% экспертов находили между базовыми и целевыми показателями слабую отрицательную связь (Рис. 5.95).

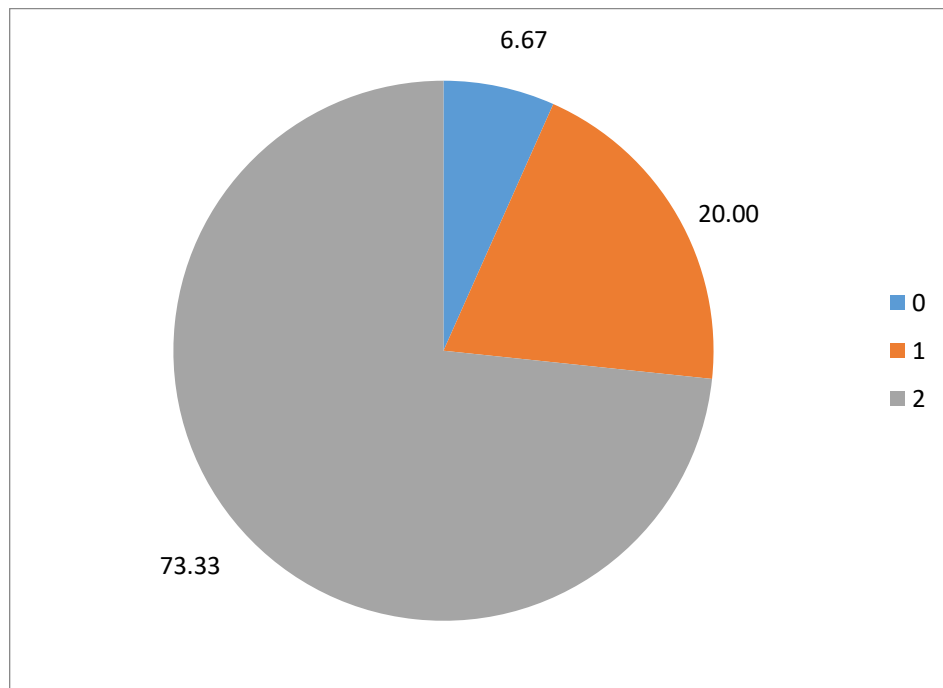


Рисунок 5.96. Структура ответов экспертов, выразивших свое мнение о том, как использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений целевого показателя «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» %.

«Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может существенно повлиять на изменение значений целевого показателя «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» - считали 73,33% экспертов, несущественно – 20,0% экспертов (Рис. 5.96).

Тесная корреляционная связь была зафиксирована между признаками:

- «Скрининг психического состояния пациента, проведенный психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном

- стационаре)» и «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» - ($R=-0,78$);
- «Скрининг психического состояния пациента, проведенный психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном стационаре) и «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» - ($R=-0,91$);
 - «Скрининг психического состояния пациента, проведенный психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном стационаре) и «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» ($R=-0,78$);
 - «Скрининг психического состояния пациента, проведенный психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном стационаре)» «Считаете ли Вы, что система оказания психиатрической помощи населению нуждается в реформировании?» ($R=0,81$);
 - «Считаете ли Вы, что система оказания психиатрической помощи населению нуждается в реформировании?» и «Считаете ли Вы, что среди различных контингентов населения увеличилось число непсихотических психических расстройств?» ($R=0,69$);
 - «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» и использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей?» ($R=0,81$);
 - Использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» ($R=0,91$);
 - «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» и «Доля психических заболеваний, выявленных на

ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов» ($R=0,92$);

- «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов» и «Своевременное обеспечение психиатрической помощью» ($R=0,74$)
- «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» и «Частота госпитализаций на койки терапевтического профиля» ($R=0,63$).

Таким образом, социально-медицинская оценка процесса оказания психолого- психотерапевтической и психиатрической помощи отражала реальную потребность в ней населения, медико-социальные характеристики совокупности болеющих, факторы, обусловившие возникновение заболеваний, результативность лечения, условия оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи профильными специалистами и резервы повышения эффективности ее оказания.

Психолого- психотерапевтическую и психиатрическую помощь в 70,22% оказывали женщины, в 90% трудоспособного, экономически активного возраста, преимущественно от 25 до 49 лет, в 58,21% состоящих в браке, работавших в данной специальности на 1/3 – свыше 20 лет, 1/3 – от 5 до 20 лет, совмещающая основную работу с дополнительной нагрузкой, в 55,14% имевших сменный график работы, в 56,58% ощущавших усталость перед работой, в 30,45% - апатию и угнетенность, в 88,7% оценивающих свою работу на 5 и 4, в 65,03% получавших стимулирующие выплаты, в 70,99% недовольные своим заработком, в 94,62% профессионально подготовленные в модели НМО, в 64,55% довольные условиями труда, в 98,08% использующие свой ежегодный отпуск, в 82,61% считавшими свое здоровье удовлетворительным, в 75,87% не имевшими вредные привычки, в 57,54% не бывавшими на больничном листе, в 43,8% перенесших коронавирусную инфекцию COVID – 19 в легкой форме, в 52,83% связывающие обострение

заболеваний с профессиональной нагрузкой, негативными профессиональными детерминантами «Эмоциональное опустошение» и «Апатия, угнетенность».

Среди пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, 60,96% составляли женщины от 25 до 49 лет, в 52,67% инвалиды второй группы, 36,7% - третьей, 10,67% - первой, на 1/5 работники сферы образования, пропорционально – остальных профессиональных групп, в 40,28% состоящих в браке, на 63,74% в доброжелательных отношениях, на 63,3% проживающих в отдельной квартире, в 88,89% не имевших наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям, имевшим в раннем детстве нормальное и ускоренное развитие, на 70,0% получившим воспитание в семье, в 38,89% обоими родителями, 33,33% - матерью, 20,47% - отцом. В 44% опрошенных в детском возрасте были выявлены неклассифицированные расстройства, 80% - не состоявших под наблюдением у психиатра, наблюдавшихся у психиатра во взрослом возрасте 1, 2 и 3 года пропорционально, в 35,16% имевшие хронические заболевания, 1 (46,27%) и 2(33,33%) раза в год получавшие стационарное лечение.

В структуре нозологических форм первое место занимали органические поражения ЦНС (49,91%), шизофрения, БАР и алкоголизм конкурировали между собой, составляя по 13,56% в каждой группе. Минимальную долю составляли по 4,7% составляли соматогении, включая соматогенные психозы, и неврозы и невротические расстройства.

Лекарственная терапия транквилизаторами, нейролептиками и антидепрессантами распределилась среди пациентов пропорционально – по 1/3. Более 50% пациентов получали терапию индивидуально, 28,81% - в группе, 14,12% - в семье. Продолжительность лечения классифицировалась как сверхкороткая (40% пациентов), короткая (до 30 дней) (28,81%), длительная (до 12 месяцев) (14,12%) и сверхдлительная (свыше года) (14,12%). У 29,53% пациентов наступало выздоровление, у 29,53% - состояние без

изменений, 20,47% - частичное улучшение. Среди пациентов, получавших лечение, 40,16% частично восстановили социальный и трудовой статус, 30,31% - восстановили полностью, а 29,53% - имели выраженное снижение социально-трудовой адаптации.

Экспертная оценка, осуществляемая профильными специалистами, организующими психиатрическую и психолого-психотерапевтическую помощь населению, статистически достоверно свидетельствовала о том, что:

- система оказания психиатрической помощи населению нуждается в реформировании,

- среди различных контингентов населения увеличилось число непсихотических психических расстройств,

- осмотр пациентов, проведенный психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном стационаре) повысит уровень эффективности медицинской помощи населению,

- увеличение психиатров позволит увеличить долю психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов,

- «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений целевых показателей: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов»,

- «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» существенно влияет на целевой показатель «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью»,

- «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» не оказывает влияние на изменение значений показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью»,

- «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» существенно позитивно влияет на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов»,

- «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может существенно позитивно может повлиять на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов».

ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО- ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Основанием совершенствования механизмов оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи является динамический рост потребности населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, возрастание роли внешних факторов-вызовов, обуславливающих рост такой потребности (последствия COVID-19, вооруженные конфликты, стихийные бедствия), несовершенство нормативно-правовой базы, отсутствие гибких механизмов в организации медицинской помощи, катастрофический кадровый дефицит, эмоциональное выгорание медицинских кадров вследствие высоких профессиональных нагрузок. Перечисленные обстоятельства оставляют открытым вопрос удовлетворенности населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, увеличивают риски роста заболеваемости и инвалидности психическими расстройствами, подвергают опасности здоровое население, обуславливают необходимость детального изучения потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, динамику заболеваемости и инвалидности, демографическую структуру и структуру причин, формирование адекватной маршрутизации населения, обращающегося за медицинской помощью, в случае выявления специфической симптоматики патологических или пограничных состояний к медицинскому психологу, психотерапевту, психиатру.

Изучение потребности психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населения выявило ее социально-медицинские детерминанты, о чем свидетельствовала тесная корреляционная взаимосвязь между признаками (вопросами, заданными респондентам). Тесная взаимосвязь ($R=0,7$) зафиксирована между признаками «Снижение памяти, трудности в освоении нового» и «Снижение работоспособности; трудности в

общении с окружающими», «Снижение работоспособности; трудности в общении с окружающими» и «Готовность обратиться к психотерапевту» ($R=0,64$), «Депрессивное настроение» и «Снижение памяти, трудности в общении с людьми» ($R=0,76$), «Депрессивное настроение» и «Снижение работоспособности» ($R=0,76$), «Депрессивное настроение» и «Готовность обратиться за консультацией к психиатру» ($R=0,51$), «Возраст» и «Хронические заболевания» ($R= - 0,55$).

Полученные результаты констатировали наличие статистически значимой возрастающей, но до конца неосознанной, неадресной потребности населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, что послужило основанием разработки системы маршрутизации населения для предоставления адекватной адресной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

Данные социологического опроса свидетельствовали о том, что 60-70 процентов пациентов соматического стационара ранее не наблюдались у психиатра и не лечились в психиатрической больнице. Эти пациенты не попадали в поле зрения психиатра, психотерапевта и психолога, они лечились в поликлиниках, соматических больницах. Именно для этой категории пациентов требуется инновационная технология организации профильной психиатрической помощи для эффективного расходования ресурсов медицинских организаций, качества оказания и удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

Для выявления фактической потребности населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, повышения эффективности работы поликлиник, диагностических центров, стационаров, улучшения качества оказания медицинской помощи и уровня удовлетворенности пациентов была разработана маршрутизация пациентов общесоматической сети, согласно которой выделены группа пациентов, неоднократно госпитализированных, обследующихся у врачей различного профиля, у которых не выявлялась грубая соматическая патология и группа

активно предъявляющих жалобы на боли, не купирующиеся лекарственными препаратами, подавленное настроение, нарушение сна и памяти, внутрисемейные проблемы. Эти категории пациентов предлагается направлять к специалистам соматического профиля и разделять их на два потока:

-предъявляют жалобы на апатию, нарушение сна и памяти и т.д. самостоятельно,

-жалобы предъявляют родственники на конфликтное поведение, нарушение сна и памяти и т.д. пациента и подтверждать данными осмотра и обследования, анкетирования для дальнейшего направления на консультацию и лечение к психиатру (при наличии психотических состояний), психотерапевту (при нарушении психики без острых состояний), психологу (при наличии психологических трудностей для коррекции).

Данный алгоритм позволяет существенно снижать нагрузку на общесоматическую сеть, отбирать профильных пациентов, избегающих обращение в специализированные учреждения, обеспечивать их адресной специализированной своевременной психиатрической помощью, формировать приверженность к здоровому образу жизни, снижать социально-экономическую нагрузку на здравоохранение и профессиональное выгорание медицинских специалистов, обеспечивать безопасность психически здоровых граждан, объективизировать заболеваемость и инвалидность для обоснования адекватного финансирования психиатрической службы, ликвидировать теневой рынок медицинских услуг по оказанию психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи.

Алгоритм

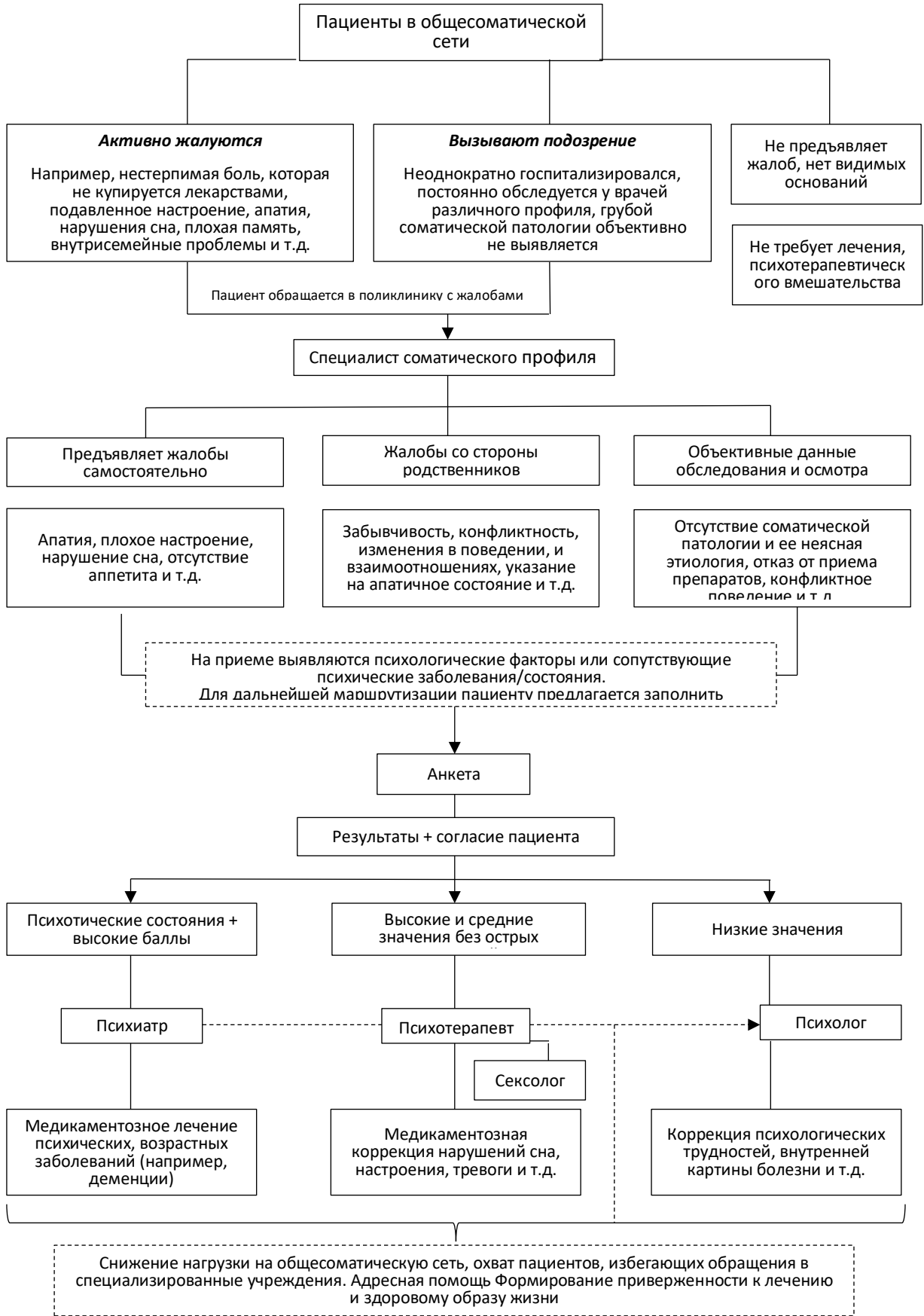


Рисунок 6.1. Организационно-управленческая модель эффективной психиатрической помощи населению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокий ритм жизни, снижение стрессоустойчивости, эмоциональное выгорание и последствия пандемии COVID -19 существенно влияют на условно здоровую группу населения, особенно трудоспособного возраста, вызывая невротические, тревожно – фобические, аффективные и иные реакции, что обуславливает возрастание риска формирования зависимостей, особенно от алкоголя и табака и приводит к необратимым последствиям: нарушению социального функционирования, внутрисемейным конфликтам и многому другому. Любой вид психологической и психиатрической помощи может оказаться неэффективным по причине запоздалого обращения к специалисту, когда уже сформированы грубые необратимые нарушения. В общесоматической сети медицинская помощь пациентам оказывается медицинскими специалистами без учёта актуального психического состояния, так как его степень не достигает необходимости перевода в психиатрический стационар, и часто отсутствует согласие на обращение к психиатру.

Высокая актуальность проблемы, наличие негативного тренда заболеваемости населения, обусловленной психическими расстройствами, агрессивных социально-политических детерминант для психического здоровья, необходимость создания методической базы для управления психиатрической помощью и ресурсообеспечением в ней, обусловили необходимость проведения настоящего исследования. Высокая научная управленческая ценность данной проблемы для теории и практики организации здравоохранения послужили основанием для проведения настоящего исследования.

Особенность исследования заключалась в том, что есть пациенты, уже получающие психиатрическую помощь - это пациенты психиатрических больниц и диспансеров. В психоневрологических диспансерах проводят 2,7 – 2,8 миллиона медицинских осмотров в год. Осмотру подлежат те, кто лечился в стационаре и встал под наблюдение в психоневрологический диспансер,

либо уже наблюдается в психоневрологическом диспансере. В сомато-психиатрическое отделение многопрофильного стационара ГБУЗ Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова департамента здравоохранения города Москва поступают пациенты, 60-70 процентов которых ранее не наблюдались у психиатра и не лечились в психиатрической больнице. Эти пациенты не попадали в поле зрения психиатра, психотерапевта и психолога, они лечились в поликлиниках, соматических больницах. Именно для этой категории пациентов требуется инновационная технология организации профильной психиатрической помощи для эффективного расходования ресурсов медицинских организаций, качества оказания и удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

Статистическая отчетность формировалась при использовании программы "Медкарта Про". В исследовании участвовали сведения форм № 30, 36, 10, данные регистратуры, приема врача, врачебных комиссий.

Объектом исследования являлись пациенты, получавшие психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, население, готовое обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, и медицинские специалисты, участвующие в оказании психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

Предметом исследования выступал комплекс теоретических, методологических и практических вопросов, связанных с медико-социальной оценкой потребности населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, процессов ее получения пациентами и оказания медицинскими специалистами и разработкой инновационной модели управления психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью.

Гипотеза исследования гласила, что функционирование инновационной модели организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи снижает нагрузку на систему здравоохранения, повышает эффективность, уровень качества и доступности медицинской помощи населению.

Целью исследования являлась разработка механизмов совершенствования организации психиатрической помощи населению.

Достижению цели способствовало решение следующих задач:

1. Обоснование необходимости совершенствования механизмов организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населению на основании оценки нормативно-правовой базы и данных литературных источников,
2. Анализ потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи по данным сетевых запросов и социологического опроса населения,
3. Анализ динамики и структуры причин и демографической структуры инвалидности психических расстройств населения за 2004 – 2021 г.г.
4. Определение медико-социальных детерминант оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи,
5. Построение организационно-управленческой модели эффективной психиатрической помощи населению.

На первом этапе осуществлялось изучение литературных источников по проблеме организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населению на основании оценки нормативно-правовой базы и данных литературных источников.

На втором этапе осуществлялся сбор сетевых сведений о потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населения, статистических данных в ГКБ 67 г. Москва по материалам конъюнктурных отчетов за 2004 – 2021 гг., статистических данных общей и впервые выявленной инвалидности психических расстройств, демографической структуры инвалидности.

На третьем этапе был проведен социологический опрос населения для выявления готовности обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, медицинских специалистов, оказывающих

психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, пациентов, получающих психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь.

На четвертом этапе определены медико-социальные детерминанты оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

На пятом этапе осуществлялось построение организационно-управленческой модели эффективной психиатрической помощи населению. Были использованы методы: аналитический, социологического опроса, демографических коэффициентов, динамических рядов, корреляционно-регрессионного анализа, прогнозирования, организационного эксперимента.

В основу организационной модели психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи заложены ключевые медико-социальные детерминанты заболеваемости и инвалидности психическими расстройствами, определенные методом корреляционно-регрессионного анализа, меры, обеспечивающие контроль их изменения и эффективное управление, медико-социально-экономическая эффективность.

Проведенный анализ показал общий рост потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

Определение социально-медицинских детерминант потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи населения осуществлялось посредством глобальной оценки и анализа слепых сетевых запросов «Психолог», «Психотерапевт», «Психиатр», лидером по которым являлось население столичных регионов Москвы и Санкт-Петербурга.

Зафиксировано увеличение спроса в 2022 по сравнению с 2021 годом на 44% на седативные лекарственные препараты и на 48% - на антидепрессанты. Пропорционально роста потребности в профильной лекарственной терапии отмечен рост уровня тревожности населения, панических атак, четырехкратный прирост числа обращений к психологу, обусловленный преимущественно тревогой (44% случаев) и депрессией (20% случаев).

Наибольшей медицинской активностью по формированию потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи обладали

женщины, составляя 61,96%. Возрастной интервал опрошенных граждан, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, был от 25 до 44 лет -63,38% - экономически активное население. В структуре опрошенных преобладали лица, состоящие в браке – 65,89%, в 86,62% - работающие, в 91,47% - перенесших коронавирусную инфекцию в легкой (58,78%) форме и средней (35,56%) тяжести, в 50,17% случаев - ощущавшие недомогание, отсутствие сил, повышенную утомляемость.

Среди опрошенных, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, к психологу были готовы обратиться 56,19%, психотерапевту – 65,13%, психиатру – 86,79%.

Объективным обоснованием социально-медицинских детерминант потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи являлась тесная корреляционная взаимосвязь между признаками (вопросами, заданными респондентам). Тесная взаимосвязь ($R=0,7$) зафиксирована между признаками «Снижение памяти, трудности в освоении нового» и «Снижение работоспособности; трудности в общении с окружающими», «Снижение работоспособности; трудности в общении с окружающими» и «Готовность обратиться к психотерапевту» ($R=0,64$), «Депрессивное настроение» и «Снижение памяти, трудности в общении с людьми» ($R=0,76$), «Депрессивное настроение» и «Снижение работоспособности» ($R=0,76$), «Депрессивное настроение» и «Готовность обратиться за консультацией к психиатру» ($R=0,51$), «Возраст» и «Хронические заболевания» ($R= - 0,55$).

Полученные результаты констатируют статистически значимую возрастающую, но до конца неосознанную, неадресную потребность населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, что является основанием необходимости формирования системы маршрутизации населения в предоставлении адекватной адресной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

Вместе с тем, динамическая оценка общей и впервые выявленной инвалидности характеризовала статистически устойчивые тенденции

несущественного снижения показателей, что фактически свидетельствовало об отсутствии достоверной официальной статистической отчетности вследствие наличия частнопрактикующих психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов, ухода к ним пациентов для сокрытия диагнозов, возможности лечения в домашних условиях. Вместе с тем, даже показатели официальной статистики психических расстройств очень настораживали.

Так, наибольшую инвалидизацию обеспечивала умственная отсталость с выраженной тенденцией роста общей инвалидности для первой группы ($1,6\text{‰} - 2,1\text{‰}$) и детей ($2,2\text{‰} - 2,6\text{‰}$), впервые выявленной инвалидности – для первой ($0,01\text{‰} - 0,02\text{‰}$), третьей ($0,02\text{‰} - 0,03\text{‰}$) и детей ($0,23\text{‰} - 0,27\text{‰}$). В демографической структуре Умственной отсталости мужчины преобладали, составляя 32,15%, дети занимали второе место: 24,8%, женщины – третьи: 23,1%.

На второе место по уровню общей инвалидности выходили психические расстройства: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства с устойчивой тенденцией роста первой группы ($0,006\text{‰} - 0,01\text{‰}$), третьей группы ($0,09\text{‰} - 0,55\text{‰}$), детей ($0,47\text{‰} - 0,57\text{‰}$). Демографическая структура инвалидности населения при психических расстройствах: шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах представлена преимущественно женщинами (54,01%), в несколько меньшей доле мужчинами (44,37%) и минимально (1,61%) – детьми.

На третье место по уровню общей инвалидности выходили расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, имея тенденции снижения в первой ($0,004\text{‰} - 0,003\text{‰}$), второй ($0,18\text{‰} - 0,041\text{‰}$), детей ($0,006\text{‰} - 0,002\text{‰}$) и стабилизации в третьей группе ($0,03\text{‰} - 0,03\text{‰}$). В демографической структуре общей инвалидности населения при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте преобладали мужчины, составляя 75,7%. Женщины занимали второе место – 16,2%, дети – третьи, составляя 9,05%.

На четвертом месте находилась инвалидность при невротических, связанные со стрессом, и соматоформных расстройствах с неустойчивым

ростом показателя у пациентов первой группы от 0,0009 до 0,036 на 100 тысяч населения, устойчивой тенденцией снижения показателя у пациентов второй группы: от 0,089 ‰ до 0,018 ‰, детей: от 0,006 ‰ до 0,0 ‰, неустойчивой тенденции снижения у пациентов третьей группы от 0,017 ‰ до 0,0008 ‰. В демографической структуре инвалидности населения при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах доминировали женщины, составляя 50,8%, а мужчины заметно уступали им, составляя 34,6%. Дети занимали минимальную долю, занимая 14,5%.

Пятое место занимала общая инвалидность при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте, имея устойчивую тенденцию снижения в интервале 2004 – 2021 г.г у инвалидов первой группы: от 0,004 до 0,003, второй: от 0,009 до 0,003, неустойчивую тенденции инвалидов третьей группы: от 0,004 до 0,003, детей: от 0,03 до 0,02. В демографической структуре инвалидности населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте преобладали дети, составляя 49,0%, второе место занимали мужчины – 37,9%, третье – женщины 13,05%.

Шестое место занимала инвалидность при расстройствах настроения (аффективных расстройствах), в демографической структуре которой доминировали женщины, составляя 69,2%, а мужчины заметно уступали им, составляя 28,8%. Дети занимали минимальную долю - 2,05%. Отсутствовали изменения показателя у пациентов первой группы инвалидности: от 0,01 до 0,01 в интервале от 2004 до 2021г.г., устойчивой была тенденция снижения показателя у пациентов второй группы инвалидности: от 1,04 до 0,35, неустойчивой - тенденция роста у детей: от 0,0009 до 0,01.

Анализ процесса оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи медицинскими специалистами включал изучение условий ее оказания, выявление ключевых факторов и детерминант,

взаимосвязь с результативностью и эффективностью оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи.

Психолого- психотерапевтическую и психиатрическую помощь в 70,22% оказывали женщины, в 90% трудоспособного, экономически активного возраста, преимущественно от 25 до 49 лет, в 58,21% состоящих в браке, работавших в данной специальности на 1/3 – свыше 20 лет, 1/3 – от 5 до 20 лет, совмещающая основную работу с дополнительной нагрузкой, в 55,14% имевших сменный график работы, в 56,58% ощущавших усталость перед работой, в 30,45% - апатию и угнетенность, в 88,7% оценивающих свою работу на 5 и 4, в 65,03% получавших стимулирующие выплаты, в 70,99% недовольные своим заработком, в 94,62% профессионально подготовленные в модели НМО, в 64,55% довольные условиями труда, в 98,08% использующие свой ежегодный отпуск, в 82,61% считавшими свое здоровье удовлетворительным, в 75,87% не имевшими вредные привычки, в 57,54% не бывавшими на больничном листе, в 43,8% перенесших коронавирусную инфекцию COVID – 19 в легкой форме, в 52,83% связывающие обострение заболеваний с профессиональной нагрузкой, негативными профессиональными детерминантами «Эмоциональное опустошение» и «Апатия, угнетенность».

Среди пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, 60,96% составляли женщины от 25 до 49 лет, в 52,67% инвалиды второй группы, 36,7% - третьей, 10,67% - первой, на 1/5 работники сферы образования, пропорционально – остальных профессиональных групп, в 40,28% состоящих в браке, на 63,74% в доброжелательных отношениях, на 63,3% проживающих в отдельной квартире, в 88,89% не имевших наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям, имевшим в раннем детстве нормальное и ускоренное развитие, на 70,0% получившим воспитание в семье, в 38,89% обоими родителями, 33,33% - матерью, 20,47% - отцом. В 44% опрошенных в детском возрасте были выявлены неклассифицированные расстройства, 80% -

не состоявших под наблюдением у психиатра, наблюдавшихся у психиатра во взрослом возрасте 1, 2 и 3 года пропорционально, в 35,16% имевшие хронические заболевания, 1 (46,27%) и 2(33,33%) раза в год получавшие стационарное лечение.

В структуре нозологических форм первое место занимали органические поражения ЦНС (49,91%), шизофрения, БАР и алкоголизм конкурировали между собой, составляя по 13,56% в каждой группе. Минимальную долю составляли по 4,7% составляли соматогении, включая соматогенные психозы, и неврозы и невротические расстройства.

Лекарственная терапия транквилизаторами, нейролептиками и антидепрессантами распределилась среди пациентов пропорционально – по 1/3. Более 50% пациентов получали терапию индивидуально, 28,81% - в группе, 14,12% - в семье. Продолжительность лечения классифицировалась как сверхкороткая (40% пациентов), короткая (до 30 дней) (28,81%), длительная (до 12 месяцев) (14,12%) и сверхдлительная (свыше года) (14,12%). У 29,53% пациентов наступало выздоровление, у 29,53% - состояние без изменений, 20,47% - частичное улучшение. Среди пациентов, получавших лечение, 40,16% частично восстановили социальный и трудовой статус, 30,31% - восстановили полностью, а 29,53% - имели выраженное снижение социально-трудовой адаптации.

Экспертная оценка, осуществляемая профильными специалистами, организующими психиатрическую и психолого-психотерапевтическую помощь населению, статистически достоверно свидетельствовала о том, что:

- система оказания психиатрической помощи населению нуждается в реформировании,
- среди различных контингентов населения увеличилось число непсихотических психических расстройств,
- осмотр пациентов, проведенный психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном стационаре) повысит уровень эффективности медицинской помощи населению,

- увеличение психиатров позволит увеличить долю психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов,

- «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений целевых показателей: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов»,

- «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» существенно влияет на целевой показатель «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью»,

- «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» не оказывает влияние на изменение значений показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью»,

- «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» существенно позитивно влияет на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов»,

- «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может существенно позитивно может повлиять на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов».

Для выявления фактической потребности населения в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи, повышения эффективности работы поликлиник, диагностических центров, стационаров, улучшения качества оказания медицинской помощи и уровня удовлетворенности пациентов была разработана маршрутизация пациентов общесоматической сети, согласно которой выделены группа пациентов, неоднократно госпитализированных, обследующихся у врачей различного

профиля, у которых не выявлялась грубая соматическая патология и группа активно предъявляющих жалобы на боли, не купирующиеся лекарственными препаратами, подавленное настроение, нарушение сна и памяти, внутрисемейные проблемы. Эти категории пациентов предлагается направлять к специалистам соматического профиля и разделять их на два потока:

-предъявляют жалобы на апатию, нарушение сна и памяти и т.д. самостоятельно,

-жалобы предъявляют родственники на конфликтное поведение, нарушение сна и памяти и т.д. пациента

и подтверждать данными осмотра и обследования, анкетирования для дальнейшего направления на консультацию и лечение к психиатру (при наличии психотических состояний), психотерапевту (при нарушении психики без острых состояний), психологу (при наличии психологических трудностей для коррекции).

Данный алгоритм позволяет существенно снижать нагрузку на общесоматическую сеть, отбирать профильных пациентов, избегающих обращение в специализированные учреждения, обеспечивать их адресной специализированной своевременной психиатрической помощью, формировать приверженность к здоровому образу жизни, снижать социально-экономическую нагрузку на здравоохранение и профессиональное выгорание медицинских специалистов, обеспечивать безопасность психически здоровых граждан, объективизировать заболеваемость и инвалидность для обоснования адекватного финансирования психиатрической службы, ликвидировать теневой рынок медицинских услуг по оказанию психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи.

ВЫВОДЫ

1. Зафиксирован общий рост потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи с лидерством населения столичных регионов Москвы и Санкт-Петербурга. Отмечен рост уровня тревожности населения, панических атак, четырехкратный прирост числа обращений к психологу, обусловленный преимущественно тревогой (44% случаев) и депрессией (20% случаев), увеличение спроса в 2022 по сравнению с 2021 годом на 44% на седативные лекарственные препараты и на 48% - на антидепрессанты. Наибольшей медицинской активностью по формированию потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи обладали женщины, составляя 61,96%. Возрастной интервал опрошенных граждан, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, был от 25 до 44 лет - 63,38% - экономически активное население. В структуре опрошенных преобладали лица, состоящие в браке - 65,89%, в 86,62% - работающие, в 91,47% - перенесших коронавирусную инфекцию в легкой (58,78%) форме и средней (35,56%) тяжести, в 50,17% случаев - ощущавшие недомогание, отсутствие сил, повышенную утомляемость. Среди опрошенных, готовых обратиться за психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью, к психологу были готовы обратиться 56,19%, психотерапевту - 65,13%, психиатру - 86,79%.

2. Объективным обоснованием формирования социально-медицинских детерминант потребности в психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи являлась тесная корреляционная взаимосвязь между признаками (вопросами, заданными респондентам). Тесная взаимосвязь ($R=0,7$) зафиксирована между признаками «Снижение памяти, трудности в освоении нового» и «Снижение работоспособности; трудности в общении с окружающими», «Снижение работоспособности; трудности в общении с окружающими» и «Готовность обратиться к психотерапевту» ($R=0,64$),

«Депрессивное настроение» и «Снижение памяти, трудности в общении с людьми» ($R=0,76$), «Депрессивное настроение» и «Снижение работоспособности» ($R=0,76$), «Депрессивное настроение» и «Готовность обратиться за консультацией к психиатру» ($R=0,51$), «Возраст» и «Хронические заболевания» ($R= - 0,55$).

3. Наибольшую инвалидизацию обеспечивала Умственная отсталость с выраженной тенденцией роста общей инвалидности для первой группы ($1,6\text{‰} - 2,1\text{‰}$) и детей ($2,2\text{‰} - 2,6\text{‰}$), впервые выявленной инвалидности – для первой ($0,01\text{‰} - 0,02\text{‰}$), третьей ($0,02\text{‰} - 0,03\text{‰}$) и детей ($0,23\text{‰} - 0,27\text{‰}$). В демографической структуре Умственной отсталости мужчины преобладали, составляя 32,15%, дети занимали второе место: 24,8%, женщины – треть: 23,1%.

4. На второе место по уровню общей инвалидности выходили Психические расстройства: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства с устойчивой тенденцией роста первой группы ($0,006\text{‰} - 0,01\text{‰}$), третьей группы ($0,09\text{‰} - 0,55\text{‰}$), детей ($0,47\text{‰} - 0,57\text{‰}$). Демографическая структура инвалидности населения при психических расстройствах: шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах представлена преимущественно женщинами (54,01%), в несколько меньшей доле мужчинами (44,37%) и минимально (1,61%) – детьми.

5. На третье место по уровню общей инвалидности выходили расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, имея тенденции снижения в первой ($0,004\text{‰} - 0,003\text{‰}$), второй ($0,18\text{‰} - 0,041\text{‰}$), детей ($0,006\text{‰} - 0,002\text{‰}$) и стабилизации в третьей группе ($0,03\text{‰} - 0,03\text{‰}$). В демографической структуре общей инвалидности населения при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте преобладали мужчины, составляя 75,7%. Женщины занимали второе место – 16,2%, дети – треть, составляя 9,05%.

6. На четвертом месте находилась инвалидность при невротических, связанные со стрессом, и соматоформных расстройствах с неустойчивым

ростом показателя у пациентов первой группы от 0,0009 до 0,036 на 100 тысяч населения, устойчивой тенденцией снижения показателя у пациентов второй группы: от 0,089‰ до 0,018‰, детей: от 0,006‰ до 0,0‰, неустойчивой тенденции снижения у пациентов третьей группы от 0,017‰ до 0,0008‰. В демографической структуре инвалидности населения при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах доминировали женщины, составляя 50,8%, а мужчины заметно уступали им, составляя 34,6%. Дети занимали минимальную долю, занимая 14,5%.

7. Пятое место занимала общая инвалидность при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте, имея устойчивую тенденцию снижения в интервале 2004 – 2021 г.г у инвалидов первой группы: от 0,004 до 0,003, второй: от 0,009 до 0,003, неустойчивую тенденции инвалидов третьей группы: от 0,004 до 0,003, детей: от 0,03 до 0,02. В демографической структуре инвалидности населения при эмоциональных расстройствах, расстройствах поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте преобладали дети, составляя 49,0%, второе место занимали мужчины – 37,9%, третье – женщины 13,05%.

8. Шестое место занимала инвалидность при расстройствах настроения (аффективных расстройствах), в демографической структуре которой доминировали женщины, составляя 69,2%, а мужчины заметно уступали им, составляя 28,8%. Дети занимали минимальную долю - 2,05%. Отсутствовали изменения показателя у пациентов первой группы инвалидности: от 0,01 до 0,01 в интервале от 2004 до 2021г.г., устойчивой была тенденция снижения показателя у пациентов второй группы инвалидности: от 1,04 до 0,35, неустойчивой - тенденция роста у детей: от 0,0009 до 0,01.

9. Социально-медицинская оценка процесса оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи отражала реальную потребность в ней населения, медико-социальные характеристики совокупности болеющих, факторы, обусловившие возникновение

заболеваний, результативность лечения, условия оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи профильными специалистами и резервы повышения эффективности ее оказания.

10. Психолого- психотерапевтическую и психиатрическую помощь в 70,22% оказывали женщины, в 90% трудоспособного, экономически активного возраста, преимущественно от 25 до 49 лет, в 58,21% состоящих в браке, работавших в данной специальности на 1/3 – свыше 20 лет, 1/3 – от 5 до 20 лет, совмещающая основную работу с дополнительной нагрузкой, в 55,14% имевших сменный график работы, в 56,58% ощущавших усталость перед работой, в 30,45% - апатию и угнетенность, в 88,7% оценивающих свою работу на 5 и 4, в 65,03% получавших стимулирующие выплаты, в 70,99% недовольные своим заработком, в 94,62% профессионально подготовленные в модели НМО, в 64,55% довольные условиями труда, в 98,08% использующие свой ежегодный отпуск, в 82,61% считавшими свое здоровье удовлетворительным, в 75,87% не имевшими вредные привычки, в 57,54% не бывавшими на больничном листе, в 43,8% перенесших коронавирусную инфекцию COVID – 19 в легкой форме, в 52,83% связывающие обострение заболеваний с профессиональной нагрузкой, негативными профессиональными детерминантами «Эмоциональное опустошение» и «Апатия, угнетенность».

11. Среди пациентов, получавших психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь, 60,96% составляли женщины от 25 до 49 лет, в 52,67% инвалиды второй группы, 36,7% - третьей, 10,67% - первой, на 1/5 работники сферы образования, пропорционально – остальных профессиональных групп, в 40,28% состоящих в браке, на 63,74% в доброжелательных отношениях, на 63,3% проживающих в отдельной квартире, в 88,89% не имевших наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям, имевшим в раннем детстве нормальное и ускоренное развитие, на 70,0% получившим воспитание в семье, в 38,89% обоими родителями, 33,33% - матерью, 20,47% - отцом. В 44% опрошенных в

детском возрасте были выявлены неклассифицированные расстройства, 80% - не состоявших под наблюдением у психиатра, наблюдавшихся у психиатра во взрослом возрасте 1, 2 и 3 года пропорционально, в 35,16% имевшие хронические заболевания, 1 (46,27%) и 2(33,33%) раза в год получавшие стационарное лечение.

В структуре нозологических форм первое место занимали органические поражения ЦНС (49,91%), шизофрения, БАР и алкоголизм конкурировали между собой, составляя по 13,56% в каждой группе. Минимальную долю составляли по 4,7% составляли соматогении, включая соматогенные психозы, и неврозы и невротические расстройства.

Лекарственная терапия транквилизаторами, нейролептиками и антидепрессантами распределилась среди пациентов пропорционально – по 1/3. Более 50% пациентов получали терапию индивидуально, 28,81% - в группе, 14,12% - в семье. Продолжительность лечения классифицировалась как сверхкороткая (40% пациентов), короткая (до 30 дней) (28,81%), длительная (до 12 месяцев) (14,12%) и сверхдлительная (свыше года) (14,12%). У 29,53% пациентов наступало выздоровление, у 29,53% - состояние без изменений, 20,47% - частичное улучшение. Среди пациентов, получавших лечение, 40,16% частично восстановили социальный и трудовой статус, 30,31% - восстановили полностью, а 29,53% - имели выраженное снижение социально-трудовой адаптации.

12. Экспертная оценка, осуществляемая профильными специалистами, организующими психиатрическую и психолого-психотерапевтическую помощь населению, статистически достоверно свидетельствовала о том, что система оказания психиатрической помощи населению нуждается в реформировании, среди различных контингентов населения увеличилось число непсихотических психических расстройств, осмотр пациентов, проведенный психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном стационаре) повысит уровень эффективности медицинской помощи населению, увеличение психиатров позволит увеличить долю

психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов, «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений целевых показателей: «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи», «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» существенно влияет на целевые показатели «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью», «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» не оказывает влияние на изменение значений показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью», «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» существенно позитивно влияет на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов», «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может существенно позитивно повлиять на изменение значений показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов».

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органам управления здравоохранения обеспечить адекватное планирование затрат на организацию психиатрической помощи в первичном звене системы здравоохранения с целью первичной профилактики психических расстройств у населения, эффективного расходования ресурсов в сети медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при соматических заболеваниях.

2. Органам управления здравоохранения, учитывая существенную долю пациентов (60-70%), обращающихся за медицинской помощью в многопрофильные стационары и нуждающихся в консультации медицинского психолога, психотерапевта и психиатра, проводить отбор направляемых на лечение в многопрофильный стационар на предмет выявления психических расстройств с учетом их интенсивности для перераспределения их к медицинскому психологу, психотерапевту, психиатру для проведения адекватной диагностики и терапии.

3. Учитывая значимую роль профилактических мероприятий в сохранении психического здоровья населения медицинским работникам необходимо осуществлять пропаганду здорового образа жизни и наглядно демонстрировать значение профилактики в снижении риска возникновения психических заболеваний и сохранении здоровья.

4. К мерам первичной профилактики возникновения психических расстройств следует относить маршрутизацию всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью в первичное и стационарное звено системы здравоохранения для специфической сортировки (через анкетирование) пациентов и организации для них адекватной медицинской помощи.

5. Материалы исследования могут быть использованы при подготовке специалистов по программам высшего образования ординатуры по

специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», дополнительной профессиональной подготовки руководителей медицинских организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаева А.С. Мамина В.П., Шаповалова М.А. Психосоматика: расстройства пищевого поведения – учебное пособие печатная Психосоматика: расстройства пищевого поведения (учебное пособие). – Астрахань: Изд-во ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, 2022. – 100 с.
2. Абрамов А.В., Панкова О.Ф. Вопросы организации стационарной психиатрической помощи детско-подростковому населению в свете выявленных современных тенденций. В книге: Юбилейные Сухаревские чтения. Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям. Сборник тезисов. 2016. С. 4-6.
3. Абрамян С.К., Нарожная Ю.Г. Защита прав граждан, получающих психиатрическую помощь, международными неправительственными, общественными и иными некоммерческими организациями. Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2014. № 7. С. 165-167.
4. Авдеева Е.В. Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях: основные проблемы правоприменения. В сборнике: Проблемы квалификации и расследования преступлений. Сборник научных трудов. Хабаровск, 2017. С. 81-97.
5. Айдемирова Ж.Б., Абдульминова Р.И. Анализ заболеваемости населения Северо-Кавказского Федерального Округа психическими расстройствами. В сборнике: Сборник 74-й межвузовской (IX Всероссийской) итоговой научной студенческой конференции с международным участием. 2020. С. 19-20.
6. Александровский Ю.А. Организация психиатрической помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами. В книге: Психиатрия. Александровский Ю.А., Вандыш-Бубко В.В., Васильева

- А.В., Введенский Г.Е., Волель Б.А., Гаврилова С.И., Горелик А.Л., Горобец Л.Н., Егоров А.Ю., Иванов М.В., Иванов С.В., Исаенко Ю.В., Кибрик Н.Д., Киссин М.Я., Ключник Т.П., Костюкова Е.Г., Котов В.П., Коцюбинский А.П., Краснов В.Н., Курасов Е.С. и др. Краткое издание: национальное руководство. Москва, 2021. С. 424-429.
7. Алехин И.Н., Апханова Н.С., Ворсина О.П. Анализ динамики заболеваемости психическими расстройствами населения Иркутской области.. В сборнике: Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации. материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 100-летию Иркутского государственного медицинского университета (1919–2019). Под общей редакцией Г.М. Гайдарова. 2019. С. 74-77.
 8. Алехин И.Н., Апханова Н.С., Душина Е.В., Прокопьева М.Л. Региональные особенности заболеваемости психическими расстройствами населения (на примере иркутской области): ретроспективное исследование. Кубанский Научный Медицинский Вестник. 2021. т. 28. № 5. с. 79-97.
 9. Алехин И.Н., Швецов Е.С., Апханова Н.С., Душина Е.В. К вопросу о проблемах организации социальной помощи больным в психиатрических учреждениях на региональном уровне. В сборнике: Актуальные вопросы и наркологии. 2015. № 4 (89). С. 80-82.
 10. Алиев М.А., Букреева Н.Д., Казаковцев Б.А., Сидорюк О.В. Общая заболеваемость психическими расстройствами в Республике Дагестан (2005-2015) Психическое здоровье. 2017. Т. 15. № 8 (135). С. 10-18.
 11. Алифанова М.К. Структура психической заболеваемости лиц призывного возраста. В сборнике: Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. материалы 73-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием, посвященной 80-летию ВолгГМУ. 2015. С. 96-97.

12. Алтынбеков К.С., Семке А.В., Шахметов Б.А., Негай Н.А. Региональные особенности организации психиатрической помощи населению Республики Казахстан. Сибирский Вестник психиатрии. В сборнике: Уголовно-правовое воздействие и его роль в предупреждении преступности (IV Саратовские уголовно-правовые чтения). Сборник статей по материалам IV Всероссийской научно-практической конференции. Под общей редакцией Н.А. Лопашенко. 2019. С. 45-47.
13. Ананьин С.А. Актуальные вопросы заболеваемости населения России психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ В сборнике: Актуальные проблемы управления здоровьем населения. Юбилейный сборник научных трудов. Под общей редакцией И.А. Камаева, В.М. Леванова. Нижний Новгород, 2017. С. 151-159.
14. Баева А.С., Захарова Н.М., Щелконогова В.О. Организация работы психолого-психиатрической службы при оказании специализированной помощи пострадавшим в чрезвычайной ситуации. В книге: Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Чита, 2021. С. 15-16.
15. Баглай Ю.В. Вопросы уголовной ответственности за незаконную госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую общественное здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). В 2-х томах. Под общей редакцией Г.М. Гайдарова. Иркутск, 2021. С. 18-21.
16. Березанцев А.Ю., Бурыгина Л.А., Костюк Г.П., Левин М.Е. Актуальные вопросы совершенствования психиатрической помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра в условиях модернизации здравоохранения // Психическое здоровье. 2019. № 11. С. 3-11.
17. Березанцев А.Ю., Бурыгина Л.А., Костюк Г.П., Левин М.Е. Клинико-социальные аспекты динамики учтенного контингента пациентов с

- расстройствами шизофренического спектра и некоторые вопросы оптимизации оказания психиатрической помощи. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 9. С. 34-42.
18. Белостоцкий А.В., Гришина Н.К., Тер-Исраелян А.Ю., Евдокимова Т.Е., Загоруйченко А.А. Актуальные вопросы организации психиатрической помощи в аспекте совершенствования нормативно-правовой базы. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2020. № 1 (65). С. 43-51.
 19. Белостоцкий А.В., Тер-Исраелян А.Ю., Гришина Н.К., Загоруйченко А.А. К вопросу об организации внебольничной психиатрической помощи в городе Москве. *Менеджер здравоохранения*. 2020. № 7. С. 27-31.
 20. Березанцев А.Ю., Костюк Г.П., Бурыгина Л.А., Левин М.Е., Масыкин А.В. Новый этап развития системы лечения и реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра. // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020. Т. 64. № 4. С. 181-189.
 21. Бергер И.А. Мероприятия по ликвидации последствий войны в области нервно-психической заболеваемости. *Российский психиатрический журнал*. 2015. № 3. С. 70-75.
 22. Богдасаров Ю.В., Ичитовкина Е.Г. Новая форма организации оказания психиатрической помощи в системе МВД России// В сборнике: *Актуальные проблемы психологии правоохранительной деятельности: концепции, подходы, технологии (васильевские чтения - 2021)*. Материалы международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2021. С. 124-126.
 23. Божкова Е.Д., Коновалов А.А. Анализ современного международного опыта организации психологической и психиатрической помощи в условиях школы (обзор). *Медицинский альманах*. 2020. № 1 (62). С. 36-46.
 24. Бойко Ю.П., Лаврова Д.И. Заболеваемость детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными

- с употреблением психоактивных веществ. Инновационные технологии в науке и образовании. 2016. № 3 (7). С. 25-27.
25. Борщук Е.Л., Тубольцев А.А. Особенности психических расстройств и расстройств поведения в структуре заболеваемости Оренбургской области. Молодой ученый. 2013. № 8. С. 134-137.
 26. Бубнова П.Д., Немешкина Е.С. Изучение и анализ заболеваемости психическими расстройствами населения РФ// В сборнике: Мечниковские чтения-2022. материалы 95-ой Всероссийской научно-практической студенческой конференции с международным участием. Санкт-Петербург, 2022. С. 18-19.
 27. Бурьгина Л.А., Левин М.Е. Обновленная структура социальной службы психиатрического объединения. // Московская медицина. 2019. № 6 (34). С. 26-27.
 28. Бурьгина Л.А., Левин М.Е. Организационная модель двухкомпонентного приемно-диагностического отделения с блоком кратковременного круглосуточного пребывания. // Московская медицина. 2019. № 6 (34). С. 27.
 29. Бурьгина Л.А., Левин М.Е., Палин А.В. Опыт организации Центра психолого-психотерапевтической помощи в ГБУЗ «ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ». // Московская медицина. 2019. № 6 (34). С. 28.
 30. Бычков С.Н. К вопросу о субъекте незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях// Вестник Калининградского филиала Санкт-Петербургского университета МВД России. 2015. № 1 (39). С. 16-18. В сборнике: Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества. Материалы научно-практической конференции. 2019. С. 117-120.
 31. Вандыш-Бубко В.В., Гиленко М.В., Харитонов Н.К., Уруджев А.Д. Органическое психическое расстройство и коморбидные нарушения аффективного спектра: судебно-психиатрическая оценка// Журнал

- неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 1-2. С. 39-44.
32. Виноградова М.А. Вклад врачей-психиатров в организацию психиатрической помощи в Российской империи во второй половине XIX века Молодой ученый. 2020. № 18 (308). С. 359-362.
33. Виноградова М.А. Историографический аспект организации психиатрической помощи в Российской империи в 1861-1905 гг. Вопросы национальных и федеративных отношений. 2022. Т. 12. № 10 (91). С. 3693-3703.
34. Войцехович Б.А., Шапошников Н.Н. Некоторые параллели и закономерности в показателях заболеваемости и инвалидности при психических болезнях //В сборнике: Перспективы развития современной медицины. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2015. С. 123-125.
35. Волова Т.Л., Шельгин К.В., Меньшикова Л.И., Редько А.Н. Влияние изменений в организации медицинской помощи на показатели заболеваемости детей психическими расстройствами// Экология человека. 2022. № 2. С. 99-108.
36. Волощенко Н.И., Матвеева О.Б., Жаймухамедова К.А., Смагина Т.Н. Показатели заболеваемости и инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения среди взрослого населения Оренбургской области// Медико-социальные проблемы инвалидности. 2020. № 2. С. 32-39.
37. Волчек Н.В., Андреюк В.А. Организация психиатрической помощи военнослужащим Красной армии в годы Великой отечественной войны //В сборнике: Этих дней не смолкнет слава. сборник материалов VI Республиканской студенческой военно-научной конференции, посвященной Дню Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.. Гродно, 2021. С. 43-46.

38. Гайдаров Г.М., Апханова Н.С., Душина Е.В., Ворсина О.П., Алехин И.Н. Влияние медико-организационных факторов на заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29. № 4. С. 928-932.
39. Гарданова Ж.Р., Некрасов М.А., Хритинин Д.Ф., Чернов Д.Н. Методы психосоциальной реабилитации в психиатрических учреждениях Орловской области на современном этапе организации психиатрической помощи //Исследования и практика в медицине. 2015. Т. 2. № 4. С. 137-142.
40. Гебель К.М., Лиманкин О.В. Партнерство пациентских организаций и специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи. //В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г., 2015. С. 134.
41. Городнова М.Ю. Междисциплинарный подход в организации психиатрической помощи и непрерывное медицинское образование //Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018. Т. 18. № 1. С. 7-11.
42. Гранкина И.В. Организация помощи детям с отклоняющимся поведением в условиях психиатрического стационара// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 2 (87). С. 52-56.
43. Грунтова А.И. Структура заболеваемости пограничных состояний нервно-психических расстройств Гродненской области// В сборнике: Материалы конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора Д. А. Маслакова. Гродно, 2012. С. 121-122.
44. Гудинова Ж.В., Толькова Е.И., Жернакова Г.Н., Гегечкори И.В. Заболеваемость психическими расстройствами детского и подросткового

населения Омской области //Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 243.

45. Гуреева О.А. Некоторые особенности принятия решений о госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях. //В сборнике: Проблемы реализации полномочий прокурора в гражданском, административном и арбитражном процессе. Сборник материалов круглого стола. Под общей редакцией Н.В. Субановой. 2019. С. 27-32.
46. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России //Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 1. С. 5-19.
47. Гусев С.И., Солопова С.Ю. Сравнительный анализ заболеваемости психическими расстройствами у осужденных //В сборнике: Уголовно-исполнительная система: педагогика, психология и право. материалы Всероссийской научно-практической конференции. Под общей редакцией В.А.Уткина. 2016. С. 177-181.
48. Демчева Н.К. Динамика заболеваемости психическими расстройствами населения РФ //В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г., 2015. С. 536.
49. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Решетова Д.В. Анализ показателей общей заболеваемости психическими расстройствами в 2015 году //Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2017. № 2. С. 25-35.
50. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Казаковцев Б.А. Динамика структуры заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в период с 2000 по 2020 годы //Психическое здоровье. 2022. Т. 17. № 2. С. 11-19.

51. Демчева Н.К., Яздовская А.В., Николаева Т.А. Динамика заболеваемости психическими расстройствами городского и сельского населения Российской Федерации В 1991-2018 г.г.// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 7. С. 3-11.
52. Довженко Т.В., Бобров А.Е., Краснов В.Н., Старостина Е.Г., Царенко Д.М. Организация психиатрической помощи пациентам первичного звена здравоохранения. //В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г., 2015. С. 537.
53. Домрачева Е.К., Леонова Я.Н. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения населения регионов Приволжского Федерального округа //В сборнике: Молодежь и медицинская наука в XXI веке. материалы XXIV Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. Киров, 2023. С. 314-315.
54. Евдокимов В.И., Чернов Д.А., Сивашенко П.П., Шамрей В.К. Показатели психической заболеваемости военнослужащих по призыву вооруженных сил российской федерации и Республики Беларусь (2003-2018 ГГ.) Санкт-Петербург, 2020. Сер. Выпуск 13 Заболеваемость военнослужащих
55. Евлоева А.К., Боков С.Х., Шаповалова М.А., Черкасов С.Н., Абдуллаева А.С. Manifestations of resilience in medical residents as a factor of professional adaptation // ARCHIV EUROMEDICA. vol. 13. num. 1 p. 1-5.
56. Евстифеева Е.В. Проблемы применения уголовной ответственности за незаконную госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2014. № 6 (101). С. 164-167.
57. Егоров М.О. Проблемы судебного контроля за помещением лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в

- стационарных условиях В книге: Юридические записки студенческого научного общества. Тезисы докладов 10-ой Международной научно-практической молодежной конференции. Ярославль, 2021. С. 61-62.
58. Егорышева И.В. Организация психиатрической помощи в земской медицине (к 150-летию земской реформы) //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23. № 2. С. 60-64.
59. Единова И.Е. Проблема недобровольного психиатрического освидетельствования при консультациях пациентов с психиатрическими расстройствами в домашних условиях //Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 4-5. С. 116-121.
60. Есис Е.Л. Анализ показателей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у женщин работниц химического производства// В сборнике: Новые технологии в клинической психологии и психотерапии. сборник материалов Республиканского научно-практического семинара с международным участием, посвященного 20-летию кафедры медицинской психологии и психотерапии УО «ГрГМУ». Гродно, 2015. С. 110-114.
61. Зайцев А.Г., Чебыкина А.В., Алпатов В.Н., Левченко З.А., Ятманов А.Н. Влияние психических состояний на заболеваемость курсантов военного вуза Морская медицина. 2019. Т. 5. № 3. С. 55-60.
62. Зверев Е.Б. Развитие гибких навыков работников медицинской организации, оказывающих психиатрическую помощь больным как фактор совершенствования технологий управления персоналом. // В сборнике: Социально-экономические, организационные, политические и правовые аспекты обеспечения эффективности государственного и муниципального управления. Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых. Барнаул, 2022. С. 157-158.

63. Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В., Валеева А.М., Калмыков Ю.А. Опыт организации паллиативной медицинской помощи в психиатрической больнице. //Психическое здоровье. 2014. Т. 12. № 11 (102). С. 3-7.
64. Знаменская Т.К., Курилина Т.В., Зброжик Е.В., Пятчанин Ю.С. Катамнез заболеваемости и нервно-психического развития детей после перенесенной врожденной пневмонии на протяжении первого года //Современная педиатрия. 2015. № 7 (71). С. 107.
65. Идрисов К.А. Организация психолого-психиатрической помощи в условиях длительной чрезвычайной ситуации //В сборнике: Психосоматические и соматоформные расстройства в общей практике: алгоритмы междисциплинарного взаимодействия оказания медико-психологической помощи. //Материалы межрегиональной научно-образовательной конференции. Под редакцией Н.Р. Моллаевой, М.М. Далгатова, А.М. Муталимова. 2019. С. 60-65.
66. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. О проблемах организации психотерапевтической и психиатрической помощи полицейским-комбатантам //В книге: Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития. Тезисы научно-практической конференции с международным участием. 2016. С. 34-35.
67. Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г., Богдасаров Ю.В., Ганишев А.В. Совершенствование системы организации психолого-психиатрической помощи в медицинских организациях системы МВД России. Учебно-методическое пособие / Домодедово, 2021.
68. Ичитовкина Е.Г. Анализ заболеваемости психическими расстройствами сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации //Медицинский вестник МВД. 2022. Т. 118. № 3 (118). С. 35-38.
69. Казаковцев Б.А. Профилактика детских инфекций и первичная заболеваемость психическими расстройствами //В книге: Интердисциплинарный подход к коморбидности психических

расстройств на пути к интегративному лечению. Сборник тезисов. Санкт-Петербург, 2021. С. 1355.

70. Казаковцев Б.А. Преодоление мифов в организации психиатрической помощи //Неврологический вестник. 2016. Т. 48. № 4. С. 102-105.
71. Казаковцев Б.А. Эпидемиологические критерии оценки качества организации психиатрической помощи. //В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г., 2015. С. 541-542.
72. Казаковцев Б.А., Демичева Н.К., Михайлов В.И. Профилактика - критерий качества организации психиатрической помощи //Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2015. № 11-12. С. 5-15.
73. Казаковцев Б.А., Киржанова В.В., Сидорюк О.В. Сравнительный анализ 25-летней динамики первичной заболеваемости психическими и наркологическими расстройствами в Российской Федерации //Вопросы наркологии. 2020. № 8 (191). С. 81-102.
74. Казаковцев Б.А., Плотнику-Делеск М., Аузир С. Использование принципов модульности в организации психиатрической помощи //В сборнике: Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты. Сборник материалов Научно-практической конференции. Под редакцией Г.П. Костюка. 2017. С. 98-102.
75. Казаковцев Б.А., Шаклеин К.Н., Сидорюк О.В. Развитие психиатрических служб и динамика заболеваемости психическими расстройствами в России за 25 лет //Психическое здоровье. 2022. Т. 17. № 10. С. 3-8.
76. Казаковцев Б.А., Какорина Е.П., Фролов С.А., Панина М.В. Временные соотношения динамики первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями и динамики первичной заболеваемости психическими расстройствами //Психическое здоровье. 2018. Т. 16. № 1 (140). С. 8-15.

77. Калашникова А.П., Вяткина Е.А., Шубин Л.Л. Анализ общей заболеваемости взрослого и детского населения удмуртской республики психическими расстройствами за 2014-2018 годы Modern Science. 2021. № 4-4. С. 79-82.
78. Калюжный А.Н. Расследование преступлений, связанных с незаконной госпитализацией в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях Москва, 2022. Сер. Библиотека криминалиста
79. Калюжный А.Н. Структура способа совершения незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях //Вестник Тверского государственного университета. Серия: Право. 2022. № 2(70). С. 102-110.
80. Каменщиков Ю.Г., Багаутдинов М.Р., Попова Е.Г., Лукиных О.И. Причины заболеваемости психическими расстройствами, приводящими к значительно выраженным ограничениям жизнедеятельности //В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г., 2015. С. 542.
81. Капитонова А.А. Дискуссионные вопросы и особенности незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях //В сборнике: Сохранение мира в современных условиях. Сборник статей Международной научно-практической конференции, посвященной 60-летию Международного общественного фонда "Российский фонд мира". Авторы-составители: Е.А. Ульяненкова, А.М. Иванов. Под общей редакцией Е.А. Ивановой. Смоленск, 2021. С. 189-194.
82. Кекелидзе З.И., Бедина И.А., Баева А.С., Шпорт С.В. организация кризисной психолого-психиатрической помощи лицам, пострадавшим от стихийных бедствий Методические рекомендации / Москва, 2014.

83. Клименко Е.Г. Правовые основы организации психиатрической помощи в Казахстане. //Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. 2015. № 1 (14). С. 20-23.
84. Кокарева О.А. Проблемы организации психиатрической помощи детскому населению вологодской области //В сборнике: Психическое здоровье детей страны - будущее здоровье нации. сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. 2016. С. 199-200.
85. Короткевич Т.В., Голубева Т.С., Логинова А.Ю., Жилевич Л.А. Психическое здоровье населения старше трудоспособного возраста: основные тренды заболеваемости и инвалидности //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2022. № 1 (110). С. 64-75.
86. Костюк Г.П., Масякин А.В., Старинская М.А. Организация психиатрической помощи в амбулаторно- поликлинических условиях при расстройствах тревожного и депрессивного спектра //Психиатрия. 2017. № 4 (76). С. 5-10.
87. Костюк Г.П. Психическая заболеваемость: организация и основные направления совершенствования психиатрической помощи //В сборнике: Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты. Сборник материалов Научно-практической конференции. Под редакцией Г.П. Костюка. 2017. С. 66-73.
88. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г. Дискуссионные положения DSM-V и новые формы организации психиатрической помощи больным с эндогенными психическими расстройствами //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016. № 4. С. 13-16.
89. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Бутома Б.Г. Актуальные задачи организации психиатрической помощи на современном этапе //Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2012. № 3. С. 9-17.

90. Кралько А.А., Короткевич Т.В. Организация психиатрической помощи в Республике Беларусь: новеллы законодательств //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2012. № 5. С. 143-145.
91. Крупченко Д.А., Симонян В.Г. Вопросы организации помощи лицам, страдающим шизофренией (по материалам 22-го конгресса европейской психиатрической ассоциации) //Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11. № 1. С. 95-111.
92. Кумахова Ю.А., Зиброва Л.А. Особенности организации оказания психолого-психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций //В сборнике: нравственно-патриотическое воспитание: исторические ретроспективы и изучение проблем современности. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ростов-на-Дону, 2022. С. 819-828.
93. Кучин Н.Е., Шадрин И.В., Тюков Ю.А. Медико-социальные аспекты формирования психической заболеваемости у призывного контингента //Перспективы науки. 2013. № 12 (51). С. 7-11.
94. Лаврова Д.И., Логвинова О.В., Корнилов А.А. Динамика заболеваемости и инвалидности вследствие психических расстройств у взрослого населения в Российской Федерации. Научная дискуссия: инновации в современном мире. 2016. № 4-2 (47). С. 105-108.
95. Лаков А.В., Травников А.В., Кутуев Э.К., Латыпов В.С. Помещение в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, или в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях в системе уголовно-процессуального принуждения, связанного с изоляцией от общества //Мир политики и социологии. 2018. № 11. С. 165-173.
96. Ланцева Г.М. Организация психиатрической помощи детям и подросткам в условиях стационара //В сборнике: Медицина и здравоохранение. Материалы III Международной научной конференции. 2015. С. 98-101.

97. Левченко Е.В., Рошин Ю.В., Лучкина С.Д. Социально-психологические аспекты организации медицинской помощи в Рурской клинической психиатрической больнице в экстремальных условиях //В сборнике: Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход (с использованием дистанционных технологий). Материалы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск, 2021. С. 50-53.
98. Левин М.Е. Инвалидизация пациентов с психическими расстройствами в городе Москва. // В сборнике: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. Научно-практическая конференция. Сборник материалов. Под редакцией Г.П. Костюка. 2018. С. 134-143.
99. Лукьянова А.А. Временное помещение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях: новая мера пресечения? //В сборнике: Актуальные проблемы борьбы с преступностью: вопросы теории и практики. Материалы XXV международной научно-практической конференции. В 2-х частях. Красноярск, 2022. С. 129-132.
100. Макаров И.В. Организация психиатрической помощи детям. //В книге: Психиатрия детского возраста. Автениук А.С., Воронков Б.В., Гасанов Р.Ф., Гречаный С.В., Добряков И.В., Емелина Д.А., Кравченко И.В., Макаров И.В., Медведева А.А., Пашковский В.Э., Резаков А.А., Третьякова Г.А., Фесенко Ю.А., Шигашов Д.Ю. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, 2019. С. 926-936.
101. Макаров И.В., Пашковский В.Э., Фесенко Ю.А., Семёнова Н.В. Состояние заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков в Северо-Западном Федеральном округе //Российский психиатрический журнал. 2019. № 6. С. 16-24.
102. Макашева В.А., Суворова Д.С., Тарасенко Е.И. Организация психиатрической помощи детям с расстройствами аутистического

- спектра: популяционный скрининг, многокомпонентная реабилитационная система. //В сборнике: Психическое здоровье детей страны - будущее здоровье нации. сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. 2016. С. 243-244.
103. Макашева В.А., Слободская Е.Р., Варшал А.В., Макушкин Е.В. Заболеваемость психическими расстройствами и частота суицидов у детей и подростков в Российской Федерации //Психиатрия. 2016. № 2 (70). С. 5-14.
104. Мамбетов М.А., Акпышаров Н.Т. Тенденции заболеваемости психическими расстройствами в Кыргызской Республике Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. 2020. № 12. С. 39-42.
105. Марийко А.В., Каптилович С.В., Гушин М.М., Чижова В.В. Статистический анализ факторов окружающей среды, влияющие на заболеваемость психическими расстройствами и заболеваниями нервной системы детского населения //В сборнике: Проблемы и перспективы развития современной науки. материалы Международной (заочной) научно-практической конференции. 2019. С. 160-169.
106. Марьясис И.В. криминологическая характеристика незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь //Инновационная наука. 2022. № 7-1. С. 48-53.
107. Масякин А.В. Организация психиатрической помощи в общемедицинской сети. //В сборнике: Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества. материалы научно-практической конференции. 2019. С. 223-229.
108. Мелик-Гусейнов Д.В., Черёмин Р.А., Стародубцев С.В., Ким С.Р., Юрченко И.Э., Масякин А.В. Описание региональной структурно-функциональной модели организации психиатрической помощи //В книге: Психиатрическая служба Москвы. коллективная монография. Москва, 2018. С. 245-272.

109. Меркель В.А., Черёмин Р.А. Перспективы совершенствования организации психиатрической помощи Москвы //Психическое здоровье. 2015. Т. 13. № 10 (113). С. 3-7.
110. Миллер Л.Г., Жирнова Т.И., Мордовина Н.Э., Смагина Т.Н. Состояние общей заболеваемости и инвалидности вследствие психических расстройств и расстройств поведения среди детского населения Оренбургской области //Медико-социальные проблемы инвалидности. 2019. № 4. С. 99-105.
111. Митихин В.Г. Анализ базовых моделей организации психиатрической помощи. //В сборнике: школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности. материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 2017. С. 72-73.
112. Митров А.В. Проблемы квалификации незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях //В сборнике: Крымские юридические чтения. Прокуратура России: в преддверии 300-летия. Сборник материалов межвузовского студенческого круглого стола в рамках всероссийской научной-практической конференции. В 2-х томах. Под общей редакцией Н.Н. Колюки, сост. С.В. Герасимовский, А.П. Сергеева. Симферополь, 2021. С. 218-221.
113. Митрошина С.Ю., Шатохина И.В. Актуальные вопросы организации психиатрической помощи на территории Пензенской области. //В сборнике: Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2019). Сборник статей по материалам VII Международной научной конференции, посвященной 80-летию Пензенской области и 20-летию Медицинского института ПГУ. Под редакцией А. Н. Митрошина, С. М. Геращенко. 2019. С. 263-268.

114. Морозько П.Н., Гончар Н.Т., Бубнова П.Д., Немешкина Е.С. Анализ заболеваемости психическими расстройствами населения Российской Федерации //В сборнике: здоровье населения и качество жизни. электронный сборник материалов IX Всероссийской с международным участием научно-практической конференции. 2022. С. 375-384.
115. Некрасов М.А. Patronage familial - одна из форм организации психиатрической помощи в дореволюционной России //Российский психиатрический журнал. 2015. № 6. С. 68-74.
116. Нуриев И.Н. Разумный срок содержания подозреваемого (обвиняемого) в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, во время производства предварительного расследования. //Российский следователь. 2021. № 7. С. 21-25.
117. Олейникова Т.А., Барыбина Е.С. Региональные различия показателей общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в России Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. № 3. С. 679-692.
118. Пантюк И.В., Зуева Е.Н. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения населения Республики Беларусь за период с 1990 по 2010 г //Медицинские новости. 2012. № 11. С. 42-45.
119. Панюкова А.С. Статистика заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации //Скиф. Вопросы студенческой науки. 2019. № 11 (39). С. 589-595.
120. Паутов Д.А., Будько М.В., Никитина М.А. Особенности организации психиатрической помощи за рубежом //Авиценна. 2017. № 13. С. 34-36.
121. Пенькова А.О., Мицилеско А.Е. Анализ заболеваемости психическими расстройствами на территории Приморского края.// В сборнике: Медицина будущего. сборник материалов. Дальневосточный федеральный университет, Школа медицины. 2022. С. 235-238.
122. Перегонцева Н.В., Лососкова К.Н. Сравнительная характеристика показателей заболеваемости психическими расстройствами в период XX

и XXI веков// В сборнике: Актуальные вопросы общей и социальной гигиены. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня основания Смоленского государственного медицинского института. 2020. С. 202-205.

123. Перетокина В.В. К вопросу о процессуальном положении лица, в отношении которого решается вопрос о помещении в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях //Вопросы российского и международного права. 2022. Т. 12. № 7-1. С. 104-111.
124. Петров Д.С., Коновалов О.Е., Позднякова М.А., Ландышев М.А. Психосоциальная реабилитация как приоритетное направление организации региональной системы психиатрической помощи. Рязань, 2021.
125. Пивоварова Г.М., Заярный Д.С., Хорошилова А.И. Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами среди населения Российской Федерации за 2008-2018 годы //в сборнике: Актуальные вопросы гигиены. Электронный сборник научных трудов V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. 2020. С. 182-188.
126. Пирог Ю.С. Проблема неопределенности субъекта незаконной госпитализации в медицинскую организацию, осуществляющую психиатрическую помощь в стационарных условиях. //В сборнике: Право молодых. Сборник трудов международного образовательного форума: в 2-х частях. Под редакцией М.С. Трофимова. 2016. С. 93-94.
127. Плотников А.В. Новые тенденции в организации психиатрической и наркологической медицинской помощи больным туберкулезом легких. Scientist (Russia). 2018. № 6 (6). С. 1.

128. Подкорытов В.С., Дьяченко Л.И., Кутиков А.Е., Петриченко О.О., Кравчук Н.Г. Состояние психического здоровья детского населения Украины и организация психиатрической помощи// Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 3 (30). С. 5-15.
129. Подсевакин Д.В., Подсевакин В.Г., Блинов Д.С., Подсевакина С.В., Кирюхина С.В. Анализ динамики и структуры заболеваемости психическими расстройствами в Республике Мордовия //Вестник новых медицинских технологий. 2014. Т. 21. № 3. С. 166-168.
130. Полянский Д.А., Шмуклер А.Б., Шпорт С.В. Проблемы организации психиатрической помощи и влияющие на нее факторы в странах Африки //Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30. № 3. С. 86-92.
131. Поройский С.В., Булычева О.С. Особенности организации психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций. //В сборнике: Безопасность - 2019. материалы III Межрегиональной научно-практической конференции. Волгоградский государственный медицинский университет, Территориальный центр медицины катастроф Волгоградской области. 2019. С. 21-23.
132. Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г. Принципы организации психиатрического лечения лицам с умышленным самоотравлением, поступившим по скорой помощи в многопрофильный стационар //Скорая медицинская помощь. 2013. Т. 14. № 1. С. 024-027.
133. Раевская Л.Г. Профилактическая направленность организации психиатрической помощи детско-подростковому населению //В сборнике: Психическое здоровье детей страны - будущее здоровье нации. сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. 2016. С. 324-325.
134. Репринцев А.В., Левченко Е.В. Изучение первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения// В сборнике: Биотехнология и биомедицинская инженерия. сборник научных трудов по материалам XII Всероссийской научно-практической конференции с

- международным участием, посвященной 87-летию Курского государственного медицинского университета. Курск, 2022. С. 169-171.
135. Родина И.Д. Организация психиатрической помощи в годы великой отечественной войны //В сборнике: великая отечественная война в судьбе народа: история и современность. Сборник трудов Всероссийской студенческой научно-практической конференции. Воронеж, 2021. С. 16-18.
136. Русанова А.А. Организация оказания пенитенциарной психиатрической помощи и ее правовые основания //В сборнике: Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: достижения и проблемы применения. сборник научных статей VII Международной студенческой научно-практической конференции, посвященной 20-летию принятия Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации. 2022. С. 158-162.
137. Ряполова Т.Л. Внтегративная технология организации и менеджмента мультидисциплинарной психиатрической помощи //Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 3 (30). С. 101-113.
138. Самусь И.В., Грачева Т.Ю., Каминская О.Н. Взучение потребности в информации у работников медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь. //Забайкальский медицинский вестник. 2014. № 1. С. 1-3.
139. Сатаева Л.Г. Анализ региональной дифференциации по заболеваемости психическими заболеваниями в Республике Казахстан //Психическое здоровье. 2019. № 3. С. 32-35.
140. Сатаева Л.Г., Келимханова С.Е., Нурпеисова Л.С., Васькова Л.Б., Шукирбекова А.Б., МаксUTOва Д.Ж., Крылова О.В. Анализ заболеваемости психическими болезнями по регионам Республики Казахстан //Психическое здоровье. 2015. Т. 13. № 6 (109). С. 36-38.
141. Семенкова Е.В. Проблемы помещения лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях //В

- сборнике: Современные проблемы уголовного процесса: пути решения. сборник материалов Международной научно-практической конференции. Уфа, 2020. С. 171-175.
142. Сердюк О.В. Организация психиатрической помощи в свердловской области. //В сборнике: Региональный опыт модернизации психиатрических служб. Сборник материалов Научно-практической конференции. Под редакцией Г.П. Костюка. 2017. С. 63-72.
143. Сидоренко В.А., Богдасаров Ю.В., Соловьев А.Г., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Эпштейн А.М., Рассоха А.А. Организация психиатрической помощи пенсионерам министерства внутренних дел России. //Успехи геронтологии. 2018. Т. 31. № 6. С. 887-891.
144. Смирнова Е.М. Земства и организация психиатрической помощи в Верхневолжском регионе. //Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2015. № 8-1. С. 124-128.
145. Смирнова С.А., Борщук Е.Л., Баянова Н.А. Анализ первичной заболеваемости психическими расстройствами взрослого населения Оренбургской области за период 2008-2012 г.г. //Оренбургский медицинский вестник. 2014. Т. II. № 2 (6). С. 63-66.
146. Смирнова С.А., Борщук Е.Л., Баянова Н.А. Анализ общей заболеваемости психическими расстройствами взрослого населения оренбургской области за 2008-2012 г.г.// Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2014. № 1. С. 273-274.
147. Смычек В.Б., Богданович А.И. Динамика показателей заболеваемости и первичной инвалидности детей по классам болезней нервной системы и психических расстройств //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2019. № 2 (99). С. 35-44.
148. Соколова Н.Л. Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа. //В сборнике: Теория и практика современной юридической

- науки. Материалы VII всероссийской научно-практической конференции. Отв. редактор Е.Б. Гоголевская. Науч. редактор И.С. Кокорин. 2020. С. 295-300.
149. Соловьев А.Г., Богдасаров Ю.В., Ичитовкина Е.Г. Структура и уровни заболеваемости психическими расстройствами сотрудников органов внутренних дел. // Практическая медицина. 2019. Т. 17. № 3. С. 73-78.
150. Спирина Т.В. Организация психиатрической помощи в Пермском крае. Основные проблемы и перспективы развития. // В сборнике: Обрети свое завтра: психическое здоровье человека и общества, риски и вызовы XXI века. материалов межрегиональной научно-практической конференции. АНО ДПО Пермский институт повышения квалификации работников здравоохранения. Пермь, 2020. С. 77-96.
151. Стародубцев С.В. Современные подходы к организации работы службы психиатрической помощи. //В сборнике: Региональный опыт модернизации психиатрических служб. Сборник материалов Научно-практической конференции. Под редакцией Г.П. Костюка. 2017. С. 274-295.
152. Степчук М.А., Ефремова О.А., Чуikliна Д.Д., Пинкус Т.М., Грачёва Т.Г., Шарипова Н.А. Медико-социальные аспекты заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения на примере Белгородской области //Дальневосточный медицинский журнал. 2021. № 4. С. 67-71.
153. Столяров Г.Б., Савельев Д.В. Организация выездной службы неотложной психиатрической помощи жителям Москвы //В книге: Психиатрическая служба Москвы. коллективная монография. Москва, 2018. С. 334-340.
154. Ступина О.П. Организация психиатрической помощи населению Забайкальского края: проблемы и пути оптимизации на современном этапе //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 1 (70). С. 77-79.

155. Ступина О.П., Сахаров А.В. Организация психиатрической помощи в период пандемии COVID-19 в Забайкальском крае. //Психическое здоровье. 2021. № 11. С. 9-12.
156. Ступина О.П. Организация психиатрической помощи населению Забайкальского края: проблемы и пути оптимизации на современном этапе //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 1 (70). С. 77-79.
157. Татьяна Л.Г. Помещение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в медицинских условиях (неразрешенные вопросы)// Библиотека криминалиста. Научный журнал. 2017. № 1 (30). С. 147-151.
158. Тер-Израелян А.Ю. К вопросу о порядке организации стационарной психиатрической помощи. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 3. С. 449-453.
159. Тер-Израелян А.Ю. Порядок организации психиатрической помощи в стационаре. //Фундаментальные аспекты психического здоровья. 2018. № 3. С. 14-19.
160. Тер-Израелян А.Ю., Белостоцкий А.В., Белокрылов И.В. Некоторые актуальные вопросы организации психиатрической помощи в стационаре.// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 12. С. 71-78.
161. Тер-Израелян А.Ю., Евдокимова Т.Е. Современные особенности организации стационарзамещающей психиатрической помощи. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 1. С. 98-100.
162. Толмачев В.А. Работа с семьями психически больных в рамках организации пользователей психиатрической помощи. //В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ:

проблемы и перспективы". Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г., 2015. С. 149.

163. Тулякова О.В., Юрчук-Зуляр О.А. Особенности заболеваемости, физического и психического развития право- и леворуких детей с рождения до 7 лет //В сборнике: Биодиагностика состояния природных и природно-техногенных систем. материалы XV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ответственный редактор Т. Я. Ашихмина; ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», ФГБУН Институт биологии Коми научного центра Уральского отделения Российской академии наук. 2017. С. 235-238.
164. Турдалиева Б.С., Багиярова Ф.А., Касиева Б.С. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ //Наука о жизни и здоровье. 2019. № 3. С. 74-79.
165. Усачева Е.Л., Панкова О.Ф., Абрамов А.В. Вопросы организации стационарной психиатрической помощи детско-подростковому населению в свете выявленных современных тенденций. //В сборнике: Психическое здоровье человека XXI века. Сборник научных статей по материалам Конгресса. 2016. С. 281-284.
166. Усков В.М., Теслинов И.В., Теслинова Г.М. Организация психолого-психиатрической помощи в зоне чрезвычайной ситуации //Прикладные информационные аспекты медицины. 2017. Т. 20. № 2. С. 212-217.
167. Филатов Д.С. Проблематика законодательных аспектов при госпитализации гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях //В сборнике: Проблемы клинической психиатрии и наркологии в XXI веке. Материалы Научно-практической конференции. Под редакцией Д.М. Ивашиненко. 2018. С. 94-99.

168. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Анализ заболеваемости психическими расстройствами среди детей и подростков в Саратовской области за 2000-2020 г.г.// Психическое здоровье. 2021. № 6. С. 3-12.
169. Черепенин В.А. К вопросу о субъекте незаконной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях //В сборнике: юридические науки, правовое государство и современное законодательство. Сборник статей XI Международной научно-практической конференции. Пенза, 2020. С. 195-197.
170. Черноухов Д.Э. Организация психиатрической помощи в Пермском губернском земстве в 1870-1914 г.г. //Современная научная мысль. 2019. № 6. С. 61-65.
171. Шаповалова М.А., Левин М.Е., Бойко Ю.П., Абдуллаева А.С. Социально-медицинский профиль населения в вопросах организации психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи. // Известия Российской военно-медицинской академии. 2023. Т. 42. № 3. С. 229-235.
172. Шаповалова М.А., Левин М.Е., Бойко Ю.П., Абдуллаева А.С. Инвалидность населения при психических расстройствах. // Известия Российской военно-медицинской академии. 2023. Т. 42. № 3. С. 247-256.
173. Шаповалова М.А., Левин М.Е., Абдуллаева А.С. Организационно-управленческая модель совершенствования механизмов оказания психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи. // Медицинский вестник МВД. 2024. Т. 129. № 2 (129). С. 84-87.
174. Шаповалова М.А. Жизненный потенциал населения в период формирования рыночных отношений //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 3. с. 11-13.
175. Шаповалова М.А., Мамедов И.Г., Удочкина К.Н. Анализ технологии изучения здоровья трудоспособного населения в научной практике организации здравоохранения //Бюллетень национального научно-

исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 4. с. 126-137.

176. Шереметьева И.И., Плотников А.В. Организация психиатрической и наркологической помощи больным туберкулезом легких в современных условиях //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 1 (94). С. 65-68.
177. Шереметьева И.И., Плотников А.В. Подходы к организации психиатрической помощи больным туберкулезом легких в Алтайском крае. // Уральский медицинский журнал. 2015. № 8 (131). С. 62-67.
178. Шилова О.В. Современный международный опыт организации психиатрической помощи (обзор литературы)// Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2016. № 1 (86). С. 43-50.
179. Ширяев О.Ю., Левтеев В.Е., Седнев А.А., Шаповалов Д.Л. Правовые проблемы взаимодействия медицинских организаций с органами внутренних дел при оказании психиатрической помощи //Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 221-227.
180. Шпорт С.В., Бедина И.А. Организация психолого-психиатрической помощи при различных чрезвычайных ситуациях //В книге: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". Тезисы. Ответственный редактор Незнанов Н.Г., 2015. С. 497.
181. Щербакова М.А. О Реализации принципа неприкосновенности личности при помещении в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях //В сборнике: Проблемы развития правовой системы России: история и современность. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Отв. редактор Л.Ю. Казанина. Тула, 2021. С. 286-290.
182. Щербакова М.А. Помещение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в

- уголовном судопроизводстве: сущность и цели. //Известия Тульского государственного университета. //Экономические и юридические науки. 2022. № 1. С. 124-131.
183. Усманов К.К., Идрисова К.Р., Шаповалова М.А., Абдуллаева А.С. Stress resistance and coping strategies in first year Medical residents // ARCHIV EUROMEDICA. vol. 12. num. 6 p. 1-5.
184. Юрьева Л.Н. Суицид в психиатрической больнице: стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала //Суицидология. 2014. Т. 5. № 4 (17). С. 32-36.
185. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А. Научные основы организации психиатрической помощи: решение практических задач в рамках приоритетных исследований. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 12. С. 4-12.
186. Chen P., Wang D., Xiu M., Chen D., Lackey B., Wu H.E., Wang L., Zhang X. Association of transferrin gene polymorphism with cognitive deficits and psychiatric symptoms in patients with chronic schizophrenia Journal of Clinical Medicine. 2022. Т. 11. № 21. С. 6414.
187. Fletcher T.L., Helm A., Vaghani V., Kunik M.E., Stanley M.A., Singh H. Identifying psychiatric diagnostic errors with the safer dx instrument //International Journal for Quality in Health Care. 2020. Т. 32. № 6. С. 405-411.
188. Gorbunov A., Krasnianskaya S., Parshin D.S., Dolgov E., Shishkina Zh., Loktev A.V. osological specificity of motor activity in the psychiatric clinic during nightsleep Archiv EuroMedica. 2022. Т. 12. № 2. С. 63-65.
189. Hubers A.A.M., Moaddine S., Peersmann S.H.M., Van Duijn E., Van Der Mast R.C., Giltay E.J., Stijnen T., Dekkers O.M. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis //Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2018. Т. 27. № 2. С. 186-198.

190. Iachina M., NØrgÅrd B.M., Garvik O., Ljungdahl P., SchiØttz-Christensen B., Stenager E. Psychiatric disorders, diagnosed in psychiatric clinics, in patients with back pain: a cohort study //Scandinavian Journal of Public Health. 2022.
191. Idrisov K.A. Organization of psychological and psychiatric assistance to refugees in a prolonged emergency. //Consortium Psychiatricum. 2022. Т. 3. № 2. С. 118-122.
192. Jenkins S., Arribas-Ayllon M. Genetic counselling for psychiatric disorders: accounts of psychiatric health professionals in the United Kingdom Journal of Genetic Counseling. 2016. Т. 25. № 6. С. 1243-1255.
193. Kolar D. Psychiatric emergency services and non-acute psychiatric services utilization during COVID-19 pandemic European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2021. Т. 271. № 2. С. 391-392.
194. Kozlova N.S., Pilipenko S.B., Mamonova E.V., Golubeva U.V., Barantsevich N.E. Klebsiella pneumoniae and its genes of resistance to beta-lactamams in psychiatric hospital //Инфекция и иммунитет. 2018. Т. 8. № 4. С. 753.
195. Kryzhanovskiy S., Samushia M., Koveshnikova O., Ivolgin A., Avseitseva T. Psychiatric disorders in patients with cervical dystonia //В книге: ЕРА 2022. electronic collection. 2022. С. 582.
196. Kulygina M.A., Syunyakov T.S., Fedotov I.A., Kostyuk G.P. Toward icd-11 implementation: attitudes and expectations of the russian psychiatric community Consortium Psychiatricum. 2021. Т. 2. № 2. С. 23-34.
197. Labrum T. Caregiving for relatives with psychiatric disorders VS. co-occurring psychiatric and substance use disorders Psychiatric Quarterly. 2018. Т. 89. № 3. С. 631-644.
198. Liu H., Zhu Y., Wu X., Sun P., Zhao J., Mao R., Yang T., Yang L., Zhang C., Fang Y., Ren J., Sun X., Jiang P., He K., Wang X., Yao Y. Comorbidity and treatment in older psychiatric in-patients-a retrospective study in a chinese psychiatric hospital Frontiers in Psychiatry. 2021. Т. 12. № MAY. С. 722329.

199. Liu J., Cheng Y., Li M., Zhang Z., Li T., Luo X.J. Genome-wide mendelian randomization identifies actionable novel drug targets for psychiatric disorders *Neuropsychopharmacology*. 2023. T. 48. № 2. C. 270-280.
200. Molina-lópez A., Cruz-islas J.B., Palma-cortés M., Guizar-sánchez D.P., Garfias-rau C.Ye., Ontiveros-uribe M.P., Fresán-orellana A. Validity and reliability of a novel color-risk psychiatric triage in a psychiatric emergency department *bmc Psychiatry*. 2016. T. 16. № 1. C. 1-11.
201. Patel Y., Parker N., Shin J., Howard D., French L., Thomopoulos S.I., Pozzi E., Abe Y., Abé C., Anticevic A., Alda M., Aleman A., Alloza C., Alonso-Lana S., Ameis S.H., Anagnostou E., McIntosh A.A., Arango C., Arnold P.D., Asherson P. et al. Virtual histology of cortical thickness and shared neurobiology in 6 psychiatric disorders *jama //Psychiatry*. 2021. T. 78. № 1. C. 47-63.
202. Roberts L.W., Dunn L.B., Kim J.P., Rostami M. Perspectives of psychiatric investigators and irb chairs regarding benefits of psychiatric genetics research *//Journal of Psychiatric Research*. 2018. T. 106. C. 54-60.
203. Rojas M., Ariza D., Ortega A., Riaño-Garzón M.E., Chávez-Castillo M., Pérez JI., Cudris-Torres L., Bautista M.J., Medina-Ortiz O., Rojas-Quintero J., Bermúdez V. Electroconvulsive therapy in psychiatric disorders: a narrative review exploring neuroendocrine-immune therapeutic mechanisms and clinical implications *//International Journal of Molecular Sciences*. 2022. T. 23. № 13. C. 6918.
204. Steardo L.Jr., Steardo L., Scuderi C. Astrocytes and the psychiatric sequelae of COVID-19: what we learned from the pandemic neurochemical research. 2023. T. 48. № 4. C. 1015-1025.
205. Stuhec M., Tement V. Positive evidence for clinical pharmacist interventions during interdisciplinary rounding at a psychiatric hospital *Scientific Reports*. 2021. T. 11. № 1. C. 1-12.
206. Vogel M., Nikoo M., Nikoo N., Schütz Ch.G., Walter M., Somers Ju., Krausz M. Association of substance use patterns with psychiatric disorders in homeless

persons with psychiatric disorders in Vancouver International Journal of Mental Health and Addiction. 2019. T. 17. № 5. C. 1200-1213.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета для пациентов

Пол	Мужской
	Женский
Социально-профессиональные характеристики	
Образование	Отсутствует или вспомогательная школа
	Начальное или неполное среднее
	Среднее образование
	Среднее специальное
	Среднее специальное образование
	Высшее образование
Социальный статус	Работает в государственных учреждениях и предприятиях
	Работает в частных учреждениях и предприятиях
	Самозанятый
	Не работает
	Пенсионер по возрасту
	Пенсионер по инвалидности
	Учащийся
Группа инвалидности (для инвалидов)	Первая
	Вторая
	Третья
Сфера профессиональной деятельности (для работающих)	Промышленность
	Сельское хозяйство
	Строительство
	Финансы
	Образование
	Наука и высшее образование
	Культура
	Здравоохранение
	Торговля и услуги
	Транспорт
Силовые структуры	
Другое:	
Должность (для работающих)	Руководитель старшего звена
	Руководитель среднего звена
	Средний персонал

	Младший персонал
	Вспомогательный персонал
	Работа в спец. цехе
	Надомный труд
Другое:	
Сфера обучения (для учащихся)	Школа
	Техникум, колледж, училище
	ВУЗ
Социокультуральные характеристики	
Семейное положение	Женат (замужем)
	Холост (не замужем)
	Разведен (а)
	Вдов (а)
Состав семьи (для лиц, ее имеющих)	Проживаю с супругом (ой) и детьми
	Проживаю с детьми
	Проживаю с родителями
	Проживаю один (а)
Взаимоотношения в семье	Доброжелательные
	Формальные
	Конфликтные со всеми членами семьи
	Конфликтные с отдельными членами семьи
Жилищные условия	Без определенного места жительства
	Общежитие
	Психоневрологический интернат
	Дом-интернат для престарелых
	Коммунальная квартира
	Отдельная квартира
	Собственный дом
	Проживаю у родителей, родственников
Снимаю жилплощадь	
Клинические характеристики	
Наследственная отягощенность психическими заболеваниями	Да (при возможности, указать диагноз)
	Нет
	Без особенностей

Ранний онтогенез (акушерский анамнез, антенатальный период, перинатальный период)	Патологический
Оценка раннего развития	Своевременное
	Ускоренное
	Задержанное
Особенности микросоциального окружения в детстве	Полная семья
	Неполная семья
	Приемная семья
	Воспитание у родственников
	Наличие в семье отчима (мачехи)
	Воспитание в детском доме
	Семейные скандалы
	Алкоголизация родителей
Тип воспитания	Гармоничный
	«Кумир семьи»
	«Золушка»
	Гипоопека и безнадзорность
	Гиперопека
	Непоследовательное воспитание
Кто преимущественно занимался воспитанием	Оба родителя
	Отец
	Мать
	Другие члены семьи
	Никто
Неклассифицированные расстройства в раннем детском возрасте (заикание, энурез, снохождение, анорексия, невротические тики, патологические привычные действия, и т.п.)	Нет
	Да
Нарушения поведения в детском возрасте	Не было
	Реакции отказа
	Оппозиция
	Имитация
	Гиперкомпенсация
	Эмансипация
	Группирования со сверстниками
	Патологические увлечения
Девиантное поведение (алкоголизация, курение,	

		побеги из дома, наркотизация)
		Деликвентное поведение
Наблюдение у психиатра на момент обследования (указать количество лет)		Не состоит под психиатрическим наблюдением
		Получает лечебно- консультативную помощь _____ лет
		Диспансерное наблюдение _____ лет
		Наблюдается частным образом _____ лет
Отношение к алкоголю		В пределах культуральной нормы
		Злоупотребление
		Зависимость
Нозологические характеристики		
Профиль пребывания испытуемого		Неврология
		Эндокринология
		Хирургия
		Нейрохирургия
		Кардиология
		Терапия
		Травматология
		Психиатрия
		Колопроктология
		Гнойная хирургия
		Урология
		Гинекология
		Оториноларингология
		Офтальмология
		Акушерское отделение патологии беременности
		Анестезиология и реанимация (перинатальный центр)
	Патологии новорожденных и недоношенных детей	
	Акушерское физиологическое отделение	
	Орфанный центр	
	Кардиореанимация	

	Нейрореанимация
	Общая реанимация
	Хирургическая реанимация
Наличие хронических соматических заболеваний	Да
	Нет
Частота обострения хронических соматических заболеваний	1 раз в год
	2 раза в год
	болеет постоянно
Необходимость стационарного лечения по поводу хронического соматического заболевания	1 раз в год
	2 раза в год
	более 2 раз в год
Коронавирусная инфекция в анамнезе (Covid - 19)	Да, легкое течение
	Да, средней тяжести
	Да, тяжелое
	Да, крайне тяжелое
	Нет
Ведущий психопатологический синдром на момент обследования	Патологии не выявлено
	Снижение энергетического потенциала
	Эмоциональная сглаженность
	Моторная заторможенность
	Астенический с-м
	Обсессивно-фобический с-м
	Истерио-невротический с-м
	Ипохондрический с-м
	Дисфория
	Мания (гипоманиакальное состояние)
	Смешанный аффект
	Депрессия тревожная
	Депрессия апато-абулическая
	Депрессия тоскливая
	Депрессия в рамках бредового расстройства
	Дисморфофобия
	Бредовый с-м
Паранойяльный	
Парафренный	
Параноидный	
Галлюцинаторный	
Кататонический	

	Гебефренический
	Делирий
	Угнетение/спутанность сознания
	Онейрический синдром
	Когнитивная дезорганизация
	Психопатические синдромы
	Психопатоподобные синдромы
	Нарушения сна
	Конфабуляции
	Эпилептиформный синдром
Диагноз (шифр по МКБ-10)	
Лечебные мероприятия, проводившиеся пациенту до момент обследования	
Применение психотропных средств	Да, антипсихотики
	Да, антидепрессанты
	Да, нормотимики
	Да, транквилизаторы
	Нет
Применение психотерапевтической помощи	Да
	Нет
Форма проведения психотерапии	Индивидуальная
	Групповая
	Семейная
Длительность психотерапевтического воздействия	Сверхкороткая (несколько часов)
	Короткая (до 30 дней)
	Длительная (1-12 мес.)
	Сверхдлительная (более 1 года)
Эффективность ранее проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий	Да
	Нет
Клиническая эффективность лечения	Полное выздоровление
	Практическое выздоровление (с необходимостью проведения периодических реабилитационных мероприятий)
	Выздоровление
	Незначительное улучшение

		Состояние без изменений
Оценка социальной эффективности		Полное восстановление социального и трудового статуса
		Частичное восстановление социального и трудового статуса
		Выраженное снижение социально-трудовой дезадаптации
Лечебные мероприятия, проводившиеся пациенту после обследования		
Применение психотропных средств		Да, антипсихотики
		Да, антидепрессанты
		Да, нормотимики
		Да, транквилизаторы
		Нет
Применение психотерапевтической помощи		Да
		Нет
Форма проведения психотерапии		Индивидуальная
		Групповая
		Семейная
Длительность психотерапевтического воздействия		Сверхкороткая (несколько часов)
		Короткая (до 30 дней)
		Длительная (1-12 мес.)
		Сверхдлительная (более 1 года)
Эффективность ранее проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий		Да
		Нет
Клиническая эффективность лечения		Полное выздоровление
		Практическое выздоровление (с необходимостью проведения периодических реабилитационных мероприятий)
		Выздоровление
		Незначительное улучшение
		Состояние без изменений

Оценка социальной эффективности	Полное восстановление социального и трудового статуса
	Частичное восстановление социального и трудового статуса
	Выраженное снижение социально-трудовой дезадаптации

Анкета для населения

Пол	Мужской
	Женский
Возраст	15 - 19 лет
	20 - 24 года
	25 - 29 лет
	30 - 34 года
	35 - 39 лет
	40 - 44 года
	45 - 49 лет
	50 - 54 года
	55 - 59 лет
	60 - 64 года
	65 - 69 лет
	70 - 74 года
75 - 79 лет	
80 и старше	
Семейное положение	Женат (замужем)
	Холост (не замужем)
	Разведен (а)
	Вдовец (а)
Социальный статус	Работаете в государственных учреждениях и предприятиях
	Работаете в частных учреждениях и предприятиях
	Не работаете
	Пенсионер по возрасту

	Пенсия по инвалидности
Состав семьи	Проживаю с супругом (ой) и детьми
	Проживаю с детьми
	Проживаю с родителями
	Проживаю один (а)
Имеете ли Вы хронические заболевания	Да
	Нет
Болели ли Вы коронавирусной инфекцией (Covid - 19)?	Да, легкое течение
	Да, средней тяжести
	Да, тяжелое
	Да, крайне тяжелое
	Нет
Отмечаете ли Вы у себя сниженное (депрессивное) настроение?	Да
	Нет
Отмечаете ли Вы у себя беспокойство, тревожность, страх?	Да
	Нет
Отмечаете ли Вы у себя периодическое чувство паники?	Да
	Нет
Отмечаете ли Вы у себя бессонницу, ночные кошмары?	Да
	Нет
Отмечаете ли Вы у себя повышенную раздражительность, невозможность сдерживать свои эмоции?	Да
	Нет
Отмечаете ли Вы у себя снижение памяти, трудности усвоения новой информации?	Да
	Нет
Отмечаете ли Вы у себя трудности в общении с окружающими?	Да
	Нет
Отмечаете ли Вы у себя недомогание, отсутствие сил, повышенную утомляемость?	Да
	Нет
Отмечаете ли Вы у себя снижение работоспособности?	Да
	Нет
Имеются ли у Вас жалобы на неутрачиваемые после приема лекарств боли или дискомфорт во внутренних органах, мышцах? Лечение у доктора не приносит облегчение	Да
	Нет
	Да

При возникновении необходимости, Вы бы обратились за консультацией к психологу	Нет, такой необходимости возникнуть не может
	Нет, опасаясь последствий
При возникновении необходимости, Вы бы обратились Вы за консультацией к врачу - психотерапевту	Да
	Нет, такой необходимости возникнуть не может
	Нет, опасаясь последствий
При возникновении необходимости, Вы бы обратились за консультацией к врачу - психиатру	Да
	Нет, такой необходимости возникнуть не может
	Нет, опасаясь последствий

Анкета для медицинского персонала

Пол	Мужской
	Женский
Ваш возраст	20-24 года
	25-29 лет
	30-34 года
	35-39 лет
	40-44 года
	45-49лет
	50-54 лет
	55-59 лет
Укажите Ваше семейное положение	Женат (замужем)
	Холост (не замужем)
	Разведен (а)
	Вдовец (а)
Продолжительность работы по специальности	до 1 года
	до 5 лет
	5-10 лет
	10-15 лет
	15-20 лет
	свыше 20 лет
Продолжительность работы на текущем месте	до 1 года
	до 5 лет

	5-10 лет
	10-15 лет
	15-20 лет
	свыше 20 лет
Имеете ли Вы совместительство или совмещение в стационаре?	Да
	Нет
Имеете ли Вы внешнее совместительство?	Да
	Нет
Вы работаете по сменному графику?	Да
	Нет
Число дежурств в месяц соответствует нормативному? (при сменном графике)	Да
	Нет
Берете ли Вы дополнительные дежурства?	Да
	Нет
Чувствуете ли Вы себя эмоционально опустошенным (-ой)?	Да
	Нет
Испытываете ли Вы усталость утром, когда нужно вставать и идти на работу?	Да
	Нет
Испытываете ли Вы апатию, угнетённость?	Да
	Нет
Вы чувствуете себя на пределе своих возможностей	Да
	Нет
На работе Вы чувствуете себя энергичным и воодушевлённым	Да
	Нет
За день Вы многое успеваете сделать на работе	Да
	Нет
Какую оценку Вы можете поставить своей работе?	5 баллов
	4 балла
	3 балла
	2 балла
Получаете ли Вы стимулирующие надбавки за улучшение качества труда?	Да
	Нет
Устраивает ли Вас ваша заработная плата?	Да
	Нет
Повышаете ли Вы уровень своей квалификации?	Да
	Нет
Участвуете ли Вы в обучении по программам непрерывного медицинского образования?	Да
	Нет
Устраивают ли Вас условия труда в стационаре?	Да
	Нет
Достаточно ли Вы отдыхаете?	Да

	Нет
Имеете ли Вы ежегодный оплачиваемый отпуск?	Да
	Нет
Имеете ли Вы дополнительный оплачиваемый отпуск?	Да
	Нет
Считаете ли Вы состояние своего здоровья удовлетворительным?	Да
	Нет
Имеются ли у Вас вредные привычки?	Да
	Нет
Как часто Вы бываете на листке нетрудоспособности?	Ни разу
	1 раз в год
	2 раза в год
	более 2 раз в год
Какими заболеваниями Вы страдаете?	Сердечно-сосудистой системы
	Дыхательной системы
	Желудочно-кишечного тракта
	Костно-мышечной системы
	Нервной системы
	Кожи и подкожной жировой клетчатки
	Почек и мочевого пузыря
	Уха, горла, носа
	Гинекологическими
Коронавирусная инфекция в анамнезе (Covid - 19)	Да, легкое течение
	Да, средней тяжести
	Да, тяжёлое
	Да, крайне тяжёлое
	Нет
Продолжительность пребывания на листке нетрудоспособности в течение года	до 7 дней
	7-14 дней
	более 14 дней
Уделяете ли Вы внимание профилактике заболеваний?	Да
	Нет
Считаете ли Вы, что обострения заболеваний связаны с нагрузкой на работе?	Да
	Нет
Ваши заболевания связаны с профессией?	Да
	Нет

АНКЕТА ЭКСПЕРТА

1. Назовите количественные показатели оценки системы здравоохранения в части организации психиатрической помощи
Мой ответ _____
2. Выделите из них второстепенные показатели оценки системы здравоохранения в части организации психиатрической помощи
Мой ответ _____
3. Назовите ключевые количественные показатели оценки системы здравоохранения в части организации психиатрической помощи
Мой ответ _____
5. По Вашему мнению, скрининг психического состояния пациента, проведенный психиатром в общесоматической сети (поликлинике, многопрофильном стационаре)
- Повысит уровень эффективности медицинской помощи пациенту;
 - Понизит уровень эффективности медицинской помощи пациенту;
 - Увеличит затраты системы здравоохранения;
 - Оптимизирует затраты системы здравоохранения
6. Считаете ли Вы, что среди различных контингентов населения увеличилось число непсихотических психических расстройств?
- Да
 - Нет
7. Считаете ли Вы, что имеет место рост числа пациентов с психическими расстройствами в общесоматических учреждениях системы здравоохранения?
- Да
 - Нет
8. Считаете ли Вы, что система оказания психиатрической помощи населению нуждается в реформировании?
- Да
 - Нет
9. Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей

Показатель	-2	-1	0	1	2
Доля психических заболеваний,					

выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов					
Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей					
Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи					
Частота госпитализаций на койки соматического профиля					
Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью					

10. Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Доля психических заболеваний, выявленных на ранних этапах из числа впервые установленного психического расстройства» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей.

Показатель	-2	-1	0	1	2
Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами					
Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей					

Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи					
Частота госпитализаций на койки соматического профиля					
Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью					

11. Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей

Показатель	-2	-1	0	1	2
Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов					
Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами					
Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи					

Частота госпитализаций на койки соматического профиля					
Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью					

12. Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей.

Показатель	-2	-1	0	1	2
Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов					
Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей					
Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами					
Частота госпитализаций на койки соматического профиля					

Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью					
---	--	--	--	--	--

13. Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Частота госпитализаций на койки соматического профиля» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей.

Показатель	-2	-1	0	1	2
Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов					
Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей					
Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи					
Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами					
Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью					

14. Как, по Вашему мнению, использование базового показателя «Своевременное обеспечение пациентов психиатрической помощью» может повлиять на изменение значений нижеперечисленных целевых показателей.

Показатель	-2	-1	0	1	2
Доля психических заболеваний, выявленных на ранних стадиях среди впервые поставленных психиатрических диагнозов					
Частота посещения терапевта, невролога, врачей других специальностей					
Информированность населения о возможности получения психиатрической помощи					
Частота госпитализаций на койки соматического профиля					
Обеспечение медицинских организаций соматического профиля психиатрами					

Уважаемые эксперты!

Просим Вас помочь нам оценить степень влияния показателей друг на друга.

Для этого мы будем использовать следующую шкалу:

'0' — изменение значения базового показателя не оказывает заметного влияния на целевой показатель.

'+1' / '-1' — изменение значения базового показателя может повлечь за собой слабое или умеренное изменение целевого показателя.

'+2' / '-2' — изменение значения базового показателя напрямую влечёт за собой изменение целевого показателя.

Знак определяет направление влияния:

'+' — значения и базового, и целевого показателя изменяются однонаправлено (оба растут, либо оба снижаются).

'-' — значения базового и целевого показателя изменяются разнонаправлено (если первый растёт, то второй падает, и наоборот).