

УДК 614.2:312.6:616.89

В.В. Шафранський<sup>1</sup>, С.В. Дудник<sup>2</sup>

## ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

<sup>1</sup>Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета** – вивчити і проаналізувати стан психічного здоров'я населення України за період 2011–2015 рр., визначити проблеми і шляхи вирішення.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на основі статистичних даних ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2011–2015 рр. Використано такі методи: аналітичний, медичної статистики, порівняльний аналіз, системний підхід.

**Результати та висновки.** Вивчено та проаналізовано захворюваність і поширеність хвороб класу розладів психіки та поведінки серед усього населення України, а також серед дорослого населення, працездатного і літнього віку залежно від місця проживання та статі. Досліджено проблеми сучасного стану психічного здоров'я українців і запропоновано шляхи вирішення цих проблем.

**Ключові слова:** розлади психіки та поведінки, психічне здоров'я, захисні фактори, фактори ризику.

### Вступ

Психічне здоров'я – це такий стан благополуччя людини, при якому вона усвідомлює власні можливості, здатна справлятися з повсякденними життєвими труднощами, може плідно працювати та приносити користь суспільству, саме тому психічне здоров'я є невід'ємною частиною громадського здоров'я і має істотний вплив на стан країн та їх людський, суспільний та економічний потенціал. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на даний час на планеті живе понад 450 млн людей, які страждають на ті чи інші психічні розлади, близько 15% жителів планети мають потребу у швидкій психіатричній допомозі та лікуванні психічних захворювань. Останнім часом ситуація щодо психічного здоров'я населення світу має тенденцію до погіршення і входить до числа найбільш серйозних проблем, що постали перед усіма країнами світу і зокрема Європейського регіону (ЄР), оскільки в той чи інший період життя проблеми психічного здоров'я виникають принаймні в кожній четвертій людині ЄР, і Україна не є винятком, до того ж виключно система охорони здоров'я не здатна забезпечити психічне здоров'я громадян: занадто багато чинників, які його формують, знаходяться поза сферою її діяльності, тому для повноцінної охорони психічного здоров'я обов'язково потрібна підтримка всіх державних секторів і держави в цілому [1, 5, 13].

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати стан психічного здоров'я населення України за період 2011–2015 рр., визначити проблеми та шляхи вирішення.

### Матеріали та методи

Дослідження проведено на підставі статистичних даних ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» за період 2011–2015 рр. Використано такі методи: аналітичний, медичної статистики, порівняльний аналіз, системний підхід.

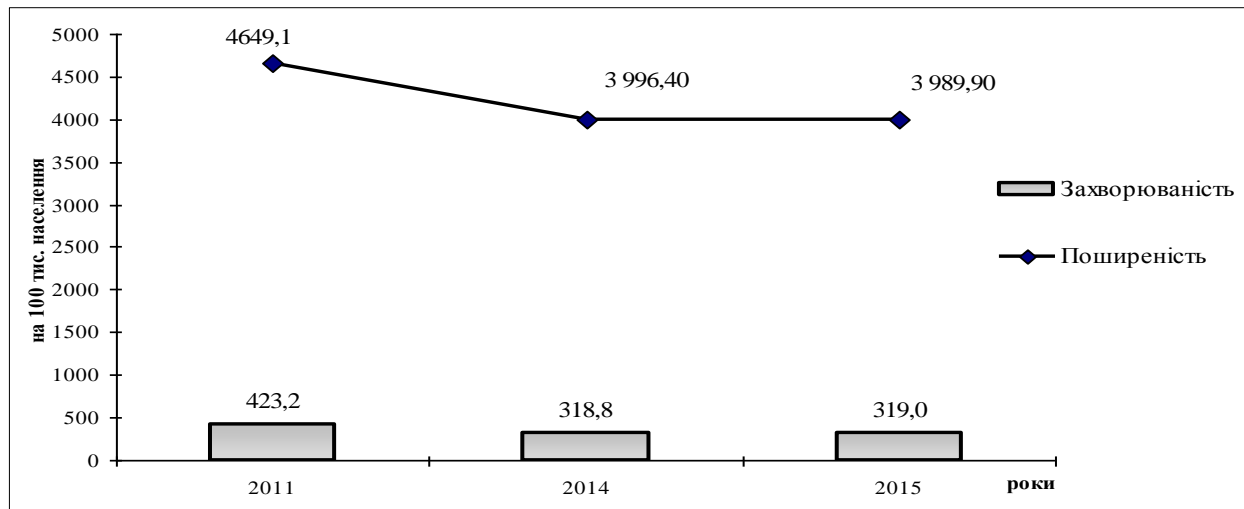
### Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження, 2,3% українців у 2015 р. страждали на розлади психіки та поведінки – 1 706 070 осіб (показник поширеності – 3989,9 на 100 тис. усього населення країни, щодо 2014 р. цей показник зменшився на 0,2%). Первинна захворюваність усього населення країни залишилась на практично тому ж рівні: зростання у 2015 р. на 0,06% щодо 2014 р. (2015 р. – 319,0 на 100 тис. усього населення країни; 2014 р. – 318,8). Рівень поширеності розладів психіки та поведінки був вищим серед сільських мешканців (4358,3 на 100 тис. відповідного населення), ніж серед міських (3823,1), на 14% (ця тенденція зберігалася і в попередніх роках). Також слід зазначити, що показники поширеності в сільській місцевості мали тенденцію до зростання у 2015 р. на 0,3% щодо 2014 р. На відміну від поширеності, рівень захворюваності на розлади психіки і поведінки був вищим серед міських мешканців (324,5 на 100 тис. відповідного населення), ніж серед сільських (306,7), на 5,8%, і також показники захворюваності мешканців міста мали тенденцію до зростання порівняно з 2014 р. на 1,2% (2014 р. – 320,7 на 100 тис. населення, 2015 р. – 324,5). Скоріше за все, це пов'язано з кращою доступністю медичної допомоги жителям міста.

У сільській місцевості показник захворюваності, навпаки, у 2015 р. знизився щодо 2014 р. на 2,5%

(2014 р. – 314,6; 2015 р. – 306,7) (рис.). Якщо розглядати поширеність розладів психіки та поведінки за статтю серед усього населення країни, то чоловіки мали більш ніж у 2 рази вищий показник поширеності (чоловіки –

5509,2 на 100 тис. відповідного населення, жінки – 2681,2 відповідно), а також і значно вищий рівень захворюваності (чоловіки – 410,2 на 100 тис.; жінки – 240,4 відповідно).



**Рис.** Динаміка захворюваності і поширеності розладів психіки та поведінки серед населення України за 2011–2015 рр. (на 100 тис. населення)

У структурі поширеності хвороб дорослого населення (18 років і старші) частка розладів психіки та поведінки у 2015 р. становила 2,5% (4280,7 на 100 тис. дорослого населення) і мала тенденцію до зростання щодо 2014 р. на 0,1% (2014 р. – 4276,8 на 100 тис.), первинна захворюваність зберігалася на тому ж рівні (295,3 на 100 тис. дорослого населення). При цьому в сільській місцевості поширеність (4847,8 на 100 тис. відповідного населення) та первинна захворюваність (304,4 на 100 тис.) були вищими за аналогічні показники серед міського населення (4032,4 та 291,3 на 100 тис.). Серед дорослого чоловічого населення країни розлади психіки та поведінки також превалювали над жіночими (чоловіки: поширеність – 6046,2 та захворюваність – 380,2 на 100 тис. відповідного населення; жінки: поширеність – 2826,8; захворюваність – 225,4).

Ще більший внесок розлади психіки та поведінки у 2015 р. мали в структурі поширеності хвороб серед працездатного населення – 3,55%. Таким чином, у структурі поширеності хвороб найбільш економічно активної, продуктивної частини населення країни частка розладів психіки та поведінки була більшою, ніж у структурах серед усього населення, дорослого населення і також населення у віці, старшому за працездатний, до того ж як поширеність, так і первинна захворюваність мали тенденцію до зростання. У 2015 р. поширеність зросла щодо 2014 р. на 0,25% (2014 р. – 4795,7 на 100 тис. працездатного населення; 2015 р. – 4807,7). Первинна захворюваність також мала тенденцію до зростання на 0,69% (2014 р. – 331,7 на 100 тис.; 2015 р. – 334,0).

Серед населення у віці, старшому за працездатний, 1,2% осіб хворіють на розлади психіки та поведінки. У 2015 р. зафіксовано зростання рівня поширеності

вищезазначеного класу хвороб на 0,17% щодо 2014 р. (2014 р. – 3147,5 на 100 тис. відповідного населення; 2015 р. – 3152,7). Захворюваність у 2015 р. становила 233,2 на 100 тис. населення і залишилась практично на тому ж рівні, що й у 2014 р. (234,0).

За даними Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, у цілому по психіатричних закладах України станом на 31.12.2015 р. штатні посади лікарів-психіатрів становили 7,82 на 100 тис. населення (на 0,6% менше, ніж у 2014 р.), укомплектованість фізичними особами штатних посад – 76,8% (на 1,25% менше, ніж у 2014 р.), укомплектованість фізичними особами штатних посад дитячих психіатрів – 74,52%, (на 1,0% менше, ніж у 2014 р.), кількість лікарів-психотерапевтів – 0,58 на 100 тис. населення, показник укомплектованості фізичними особами штатних посад – 62,6% (на 0,2% більше, ніж у 2014 р.). У 2015 р. лікарі-психологи обіймали 0,52 посади на 100 тис. населення, показник укомплектованості фізичними особами штатних посад становив 74,32% (щодо 2014 р. кількість штатних посад зросла на 10,6%, процент укомплектованості знизився на 2,2%). При цьому показник кількості лікарів-психіатрів на 100 тис. населення в Європейському Союзі дорівнював 12,9; у країнах, що приєднались до ЄС у 2004 р., – 8,9; у країнах південно-східного регіону – 8,0; країнах колишнього СРСР (СНД) – 5,6 [1, 13].

Для порівняння наводимо дані щодо психічного здоров'я населення Європи. За даними ВООЗ (2012 р.), 27% дорослого населення Європейського Союзу, Ісландії, Норвегії та Швейцарії у віці 18–65 років мали в минулому році хоча б один із психічних розладів (у т.ч. проблеми, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, психози, депресії, тривога та розлади харчової поведінки). Це

велика цифра (не менше ніж 83 млн осіб) людських втрат від поганого стану здоров'я, але вона неповна, оскільки не включає осіб старше 65 років. До того ж психоневрологічні розлади є третьою провідною причиною втрачених років життя унаслідок непрацездатності, скоригованих DALY (*Disability-adjusted life year*) в Європі, їх частка тягаря хвороб становить 15,2% після серцево-судинних захворювань (26,6%) та злоякісних новоутворень (рак) – 15,4%. Три з п'ятнадцяти провідних захворювань, що формують тягар хвороб (DALY), становлять психічні розлади, а саме: уніполярні депресивні розлади є третьою за значущістю причиною (3,8% всіх DALYs); розлади, викликані вживанням алкоголю, – шостою (2,9% 3,8% всіх DALYs); хвороба Альцгеймера та інші деменції – п'ятнадцятою причиною DALYs (1,9% всіх DALYs). У більшості країн Європейського Союзу 35–45% випадків невиходу на роботу пов'язані саме з проблемами психічного здоров'я. До того ж психічні розлади вносять найбільший вклад у хронічну патологію населення ЄР. За даними ВООЗ, психоневрологічні розлади посідають перше місце серед хвороб населення Європи за роками прожитих з інвалідністю (YLD), що становить 36,1% від усіх хронічних захворювань. Частка депресивних розладів складає 11–15% від усіх YLD, що займають перше місце, ставши провідним хронічним захворюванням в Європі; психічні розлади, пов'язані зі вживанням алкоголю, посідають третє місце в Європі (6,4% від усіх YLD); тривожні розлади – шосте (4% від усіх YLD), хвороба Альцгеймера та інші деменції – дев'яте (3% від усіх YLD); мігрень – одинадцяте (2,7%), шизофренія – п'ятнадцяте (1,8%), біполярні розлади – сімнадцяте місце (1,6% від усіх YLD) [7, 9, 12, 13].

Слід зазначити, що останніми роками населення України у зв'язку із соціально-економічними проблемами звертається по медичну допомогу в «крайніх випадках». На думку багатьох спеціалістів, а також експертів Асоціації психіатрів, цифра поширеності та захворюваності розладів психіки та поведінки в нашій країні не є показовою і далека від реальної, адже базується лише на кількості людей, які хоча б раз у своєму житті зверталися по психологічну або психіатричну допомогу, насправді вона близька до тієї, що спостерігається в інших країнах Європи. Слід розрізняти поняття психічних розладів і психічних захворювань: під розладом розуміють стан психіки, відмінний від нормального, і такий діагноз може поставити тільки лікар-психіатр. Утім порушення психічного здоров'я не завжди передбачає психічне захворювання: не кожне відхилення у психічному здоров'ї слід кваліфікувати як хворобу. Коли йдеться про психічні захворювання, то маються на увазі вже якісь психотичні розлади, коли пацієнт змушений лікуватися і перебувати під наглядом лікаря, але подібних небезпечних психічних проблем у нашому суспільстві менше, ніж таких відхилень, як наприклад депресії. Крім проблем з обізнаністю суспільства в Україні, на відміну від розвинутих країн, відсутня культура звернень до лікаря відповідної спеціалізації (психіатр, психолог), також існує певна стигматизація щодо людей, які мають психічні розлади або перебувають у стані емоційної напруги і звертаються по

допомогу до психіатра або психолога, на них найчастіше лягає відбиток «психічно ненормальних», тому найчастіше такі люди вимушені приховувати власні проблеми, щоб не увійти до категорії «психічно хворих» у розумінні оточуючих.

Рівень психічного здоров'я людини в кожен даний момент часу визначається численними соціальними, психологічними і біологічними факторами. Основні детермінанти зростання кількості психічних розладів у сучасному світі та за даними досліджень: зростання щільності населення, урбанізація, руйнування природного середовища, ускладнення виробничих і освітніх технологій, наростаючий інформаційний пресинг, зростання частоти виникнення надзвичайних ситуацій (НС), у т.ч. воєнних дій, погіршення фізичного здоров'я (у т.ч. репродуктивного), зростання числа травм головного мозку і родових травм, інтенсивне старіння населення. Також на психічне здоров'я впливають соціально-культурні тенденції: ослаблення сімейних і суцільських зв'язків і взаємодопомоги; почуття відчуженості від державної влади і системи управління; зростання матеріальних потреб «споживацьки» налаштованого суспільства; поширення статевої свободи; швидке збільшення соціальної та географічної мобільності. Найбільш уразливими з точки зору схильності до психічних розладів є групи, що знаходяться в несприятливій життєвій ситуації і найменш забезпечені ресурсами.

Усе вищевказане дало змогу ВООЗ поділити основні фактори, які впливають на психічне здоров'я населення, на дві групи: 1. Захисні фактори: соціальний капітал та соціальне забезпечення, здоровий спосіб життя матері під час вагітності, здорова обстановка в дитинстві, здоровий стан речей на роботі та вдома, здоровий спосіб життя; 2. Фактори ризику: бідність, погана освіта, невпорядкованість, великі борги; гіпотрофія плода, жорстоке поводження в дитинстві, погані стосунки з батьками, спадкові проблеми з психічним здоров'ям (у т.ч. генетичні фактори, що спричиняють дисбаланс хімічних речовин у мозку і виникнення, як приклад, депресивних розладів); непрацевлаштованість, ненадійність робочого місця, виробничий стрес; зловживання алкоголем або наркотиками; ситуації, пов'язані з впливом надзвичайних ситуацій та надзвичайного стресу. Також слід наголосити, що підтверджено досить комплексний взаємозв'язок між фізичними і психічними порушеннями. Неліковані психічні розлади призводять до несприятливих наслідків коморбідних соматичних захворювань. Особи з психічними розладами схильні до підвищеного ризику соматичних захворювань унаслідок зниження імунного захисту, недбалого ставлення до власного здоров'я, недотримання призначених схем лікування і бар'єрів до отримання необхідного лікування порушень фізичного здоров'я. Так, депресія може приводити до високого артеріального тиску, інфаркту міокарда, інсульту і, можливо, за даними досліджень, до раку, тобто депресія є незалежним чинником, що підвищує ризик виникнення хронічної патології, прогресування наявної і смертності. Серцево-судинні захворювання, рак і діабет можуть також підвищувати тягар депресивних розладів [5, 11, 13].

Розглянемо деякі захворювання та чинники, які мають найбільший вплив на стан психічного здоров'я. Так, на депресію страждають щонайменше 350 млн осіб у світі, більшість з яких не бажають визнавати, що хворі. Дуже часто вона починається у молодому віці, жінки страждають на неї частіше, ніж чоловіки. Саме депресія є лідируючою проблемою в області психічного здоров'я в Європі: щороку від тяжкої форми депресії страждає кожен п'ятнадцятий мешканець ЄР ВООЗ, від усіх форм депресії та тривожних розладів – 4 з 15 мешканців регіону. Депресія збільшує в 4 рази ризик самогубства (до 70% депресивних хворих виявляють суїцидальні тенденції, а 15% з них здійснюють самогубства) порівняно із загальною популяцією, що збільшується майже у 20 разів у найтяжчих хворих. За прогнозами ВООЗ, до 2020 р. депресивні розлади посідатимуть друге після кардіоваскулярних захворювань місце у світі як чинник інвалідності (в деяких країнах Західної Європи депресія вже стала першим чинником втрати повноцінних років життя).

В Україні, за даними 2014 р., на розлади психіки непсихотичного характеру страждають (серед яких превалюють депресивні розлади) 481 763 особи. Тільки у період 2008–2012 рр. поширеність депресивних розладів зростає з 65,37 до 73,6 особи на 100 тис. населення, а захворюваність – з 8,74 до 9,06 на 100 тис. населення. Останніми роками спостерігається незначне зростання випадків непсихотичних психічних розладів, зокрема депресивних, що не відповідає загальносвітовим тенденціям і також свідчить про неналежну та, відповідно, неповну організацію виявлення, реєстрації та надання допомоги людям із депресивними розладами. На думку асоціації психіатрів України, це пов'язано з відсутністю в діагностиці та лікуванні депресії в країні такої ланки, як сімейний лікар. Депресія виліковна, але близько 50% серйозних депресивних станів залишаються без лікування [3, 5, 7–9].

Важливим залишається той факт, що протягом останніх двох років через воєнні дії Україна вперше серйозно зіткнулась із великим потоком біженців (близько 2 млн осіб) та кількістю військових, більшість з яких зазнали впливу надзвичайно сильних стресових факторів, які відображаються на психічному здоров'ї і потребують обов'язкової корекції та лікування (найчастіше виникає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)). За оцінками ВООЗ, під час надзвичайних ситуацій від депресії і тривожних розладів страждає кожна п'ята людина. В Україні не було офіційної статистики відносно ПТСР, з 2015 р. МОЗ України вперше впровадило збір відповідних даних, зокрема, у військовослужбовців та дітей, у 2015 р. зареєстровано: стресовий розлад посттравматичний – 1149 осіб, реакція на важкий стрес та розлади адаптації – 821 особа, короткочасна депресивна реакція (розлад адаптації) – 208 осіб. Також наказом МОЗ України від 23.02.2016 № 121 затверджено адаптовану клінічну настанову, засновану на доказах, та уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги діагностичного кластеру F43 за МКХ-10 «Реакція на

важкий стрес та порушення адаптації», але слід зазначити, що для створення повноцінної системи реабілітації (з урахуванням досвіду інших країн) потрібно декілька років.

Зловживання алкоголем призводить до розладів психіки та поведінки і є провідним фактором ризику, займаючи перше-друге місце за впливом на формування глобального тягаря хвороб у багатьох країнах. Близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм обумовлені алкоголем, за оцінками показника DALY. За показником споживання міцних спиртних напоїв Україна посідає сьоме місце в рейтингу європейських країн. Дані Державної служби статистики та МОЗ України свідчать, що в країні від причин, безпосередньо викликаних алкоголем, щорічно вмирає 12–13 тис. осіб, опосередковано – близько 100 тис., алкоголь у 30% випадків є причиною передчасної смерті українських чоловіків. Протягом 2015 р. зареєстровано 2,0 тис. гострих алкогольних психозів, 26,9 тис. нових випадків хронічного алкоголізму, 3,5 тис. нових випадків захворювань на наркоманію. Усього у 2015 р. на облік у закладах охорони здоров'я перебувало 535,9 тис. осіб, з яких 471,9 тис. – з приводу хронічних алкогольних розладів, 60,2 тис. – з приводу наркоманій, 3,8 тис. – з приводу гострих психотичних алкогольних розладів. Порівняно з попереднім 2014 р. показники захворюваності на хронічні алкогольні синдроми зменшилися на 5,7%, на гострі алкогольні психотичні розлади – на 11,7%, на наркоманії – на 3,4%. Аналіз захворюваності населення внаслідок вживання алкоголю в регіональному аспекті виявив високі рівні захворюваності на гострі психотичні алкогольні розлади в Черкаській (13,7 випадку на 100 тис.), Вінницькій (12,4), Чернігівській (11,3), Івано-Франківській (9,2), Донецькій (9,1) областях при середньому показнику в Україні – 4,7 випадку на 100 тис. Поширеність гострих психотичних алкогольних розладів у 2015 р. була найвищою у Хмельницькій (37,2 випадку на 100 тис.), Черкаській (23,3), Івано-Франківській (21,2), Донецькій (17,4), Чернігівській (16,0) областях. У більшості вказаних областей зареєстровано найвищі рівні поширеності хронічних алкогольних розладів (Хмельницька, Чернігівська, Івано-Франківська області) [2, 12].

Також слід зупинитись на впливі економічних спадів на психічне здоров'я у зв'язку з тим, що будь-яка економічна криза є дуже небезпечним періодом для психічного здоров'я як населення в цілому, так і для безпосередньо постраждалих від кризи людей та їхніх близьких, під час якої поширеність психічних розладів, запійного пияцтва, самогубств і смертей від зловживання алкоголем зростає. Тому уряди будь-яких цивілізованих країн мають удосконалювати заходи з підтримки психічного здоров'я. Економічна криза та стан психіки населення мають тісний прямиий зв'язок, тобто чим гірша економічна ситуація, тим більше погіршується стан психічного здоров'я. Економічні наслідки від психічних розладів (що виражаються здебільшого у вигляді зниження продуктивності праці) оцінюються для країн Європейського Союзу в 3–4% від обсягу валового національного продукту. Оскільки серйозні психічні розлади часто починаються в підлітковому або

юнацькому віці, зниження продуктивності праці може бути довготривалим. У країнах Європейського регіону ВООЗ на частку психічних розладів припадає більше третини всіх людино-років, втрачених через непрацездатність (33%). Таким чином, економічні негаразди впливають на чинники, які визначають психічне здоров'я, унаслідок чого захисні чинники слабшають, а фактори ризику, навпаки, посилюються. На психічне здоров'я населення працездатного віку сприятливо впливає гарантія зайнятості, відчуття можливості управляти своєю працею і соціальна підтримка на роботі. Навпаки, фінансові труднощі (бідність) і соціальна ізоляція є основними соціоекономічними факторами ризику психічних розладів. Як приклад, в Європейському Союзі зростання безробіття підвищило смертність від зловживання алкоголем на 28%. Таким чином, економічна криза негативно позначається на стані здоров'я населення, особливо психічного, тому ступінь впливу економічної кризи на психічне здоров'я населення залежить від прийнятих політичних рішень. За даними ВООЗ, несприятливому впливу кризи на психічне здоров'я протидіють активні програми з організації ринку праці, а також заходи з підтримки сімей, обмеження доступності алкоголю, програми щодо полегшення боргового тягаря і загальнодоступності служб охорони психічного здоров'я. У країнах з добре розвинутою системою соціального захисту населення занепад економіки менше позначається на стані психічного здоров'я. Дані по Європі показують, що економічна криза далеко не завжди погіршує розрив у стані здоров'я між різними верствами населення. Уряди повинні зосередитися на першочергових потребах найменш захищеної частини населення, забезпечуючи високий рівень охоплення самих малозабезпечених людей і підтримку сімей, що знаходяться в групі ризику. Прикладом може слугувати динаміка самогубств в Швеції та Іспанії у 1980–2005 рр. На початку 1990-х років Швеція пережила тяжку банківську кризу, яка потягнула за собою дуже швидке зростання безробіття, однак рівень самогубств за цей час не тільки не підвищився, але навіть неухильно знизився. Інша ситуація в Іспанії, яка пережила у 1970–1980-х роках ряд банківських криз. У міру зростання безробіття збільшилася кількість самогубств, коли ж рівень безробіття скоротився, то число самогубств зменшилося. Хоча між Швецією та Іспанією багато відмінностей, можна стверджувати, що головним серед них став обсяг ресурсів, виділених бюджетом на соціальний захист: підтримку сім'ї, виплату допомоги по безробіттю і охорону здоров'я. Таким чином, підтримка соціального забезпечення на державному рівні здатна підвищити стійкість спільнот перед обличчям економічних потрясінь і послабити вплив, який чинять на психічне здоров'я безробіття і стрес, що виникає від занепаду економіки. Сучасні дослідження свідчать, що вплив економічної кризи на психічне здоров'я можна знизити, діючи в п'яти основних напрямках: 1. Активні програми на ринку праці. 2. Програми підтримки сім'ї. 3. Контроль над цінами на алкоголь і його доступністю. 4. Первинна допомога

особам із підвищеним ризиком психічних розладів. 5. Програми щодо полегшення боргового тягаря [10].

У більшості країн, особливо в країнах із низьким і середнім рівнем доходу, служби охорони психічного здоров'я відчувають серйозний брак ресурсів, як кадрових, так і фінансових. Більшість із наявних ресурсів охорони здоров'я в даний час витрачається на спеціалізоване лікування та догляд за психічно хворими людьми, а меншість – на інтегровану систему охорони психічного здоров'я. Замість надання допомоги у великих психіатричних лікарнях країни слід інтегрувати охорону психічного здоров'я в первинну медико-санітарну допомогу, забезпечувати допомогу за цим профілем у лікарнях загальної практики і розвивати служби охорони психічного здоров'я на рівні громад.

Загальні витрати, пов'язані з психічними розладами, досить відчутні для економіки (Європейський Союз витрачає близько 170 млрд євро на рік, у США прями витрати на лікування становлять 148 млрд дол. США, або 2,5% валового національного продукту, депресія і тривожні розлади щорічно обходяться глобальній економіці в один трильйон доларів США), спостерігається значний розрив між тягарем психічних розладів і ресурсами, які виділяються на охорону психічного здоров'я. Приблизно у 28% країн не існує окремого бюджету на вирішення проблем психічного здоров'я, у 37% країн, де виділене фінансування щодо вищезазначеного класу, на психічне здоров'я надається менше 1% загального бюджету охорони здоров'я. У більшості країн значна частка цих економічних витрат лягає на плечі сімей унаслідок відсутності повноцінної та фінансованої системи служб надання допомоги людям із психічними розладами, до того ж сім'ям доводиться нести і соціальні витрати. Але останні дані дослідження під керівництвом ВООЗ, яке вперше оцінило переваги інвестицій в лікування найбільш поширених форм психічних хвороб у глобальних масштабах не тільки для здоров'я, але й для економіки, засвідчили, що інвестиції в лікування депресії і тривожних розладів окупаються в чотирикратному розмірі у вигляді поліпшеного здоров'я і здатності працювати (результати дослідження, опубліковані в журналі «The Lancet Psychiatry», свідчать на користь розширення інвестицій у службі з охорони психічного здоров'я в країнах з усіма рівнями доходу). Дослідження підраховувало витрати на лікування і результати щодо здоров'я в 36 країнах із низьким, середнім і високим рівнем доходу протягом 15 років (2016–2030 рр.), де можливі витрати на розширення масштабів лікування (психосоціальне консультування, лікування антидепресантами) становлять 147 млрд доларів США, при цьому окупність значно перевершує витрати, 5% збільшення працездатного населення і підвищення продуктивності оцінене в 399 млрд доларів, а покращене здоров'я приносить ще 310 млрд доларів.

Зміцнення психічного здоров'я є однією з провідних завдань сьогодення і включає ряд дій щодо забезпечення поваги і захисту основних громадянських, політичних, соціально-економічних і культурних прав людини, що є основою зміцнення психічного здоров'я,

при відсутності безпеки і свободи підтримувати високий рівень психічного здоров'я дуже складно. З урахуванням того, що на стан психічного здоров'я популяції впливає безліч факторів, які знаходяться за межами сектору охорони здоров'я в традиційному розумінні, саме уряди можуть надавати і впливати на багато з цих факторів на політичному рівні, але не треба забувати, що спрямованість державної політики може мати як позитивний, так і негативний вплив на психічне здоров'я населення, тому не слід ігнорувати і треба прораховувати, який вплив чинитимуть зміни в соціальній та економічній політиці на психічне здоров'я. Соціально-економічні фактори тісно взаємопов'язані, і при змінах в політиці в рамках одного сектору з'являється каскадний ефект, який стосується інших секторів, тому доцільно впровадити моніторинг впливу змін в економічній і соціальній політиці на стан психічного здоров'я населення. Цілком зрозуміло, що в державі повинна проводитись Національна політика щодо охорони психічного здоров'я населення з орієнтацією не тільки на психічні розлади, але й на більш широкі аспекти, що сприяють зміцненню психічного здоров'я. Це слід враховувати в стратегіях і програмах державного і недержавного секторів, які мають бути комплексними та багатосекторальними. До того ж Україна як держава-член ООН має виконувати завдання в рамках Цілей у галузі сталого розвитку, що вступили в дію з 1 січня 2016 р., у яких психічне здоров'я зазначено як глобальний гуманітарний пріоритет, що треба зміцнювати, у т.ч. за рахунок розширення служб з охорони психічного здоров'я. Першочергові шляхи зміцнення психічного здоров'я, включаючи рекомендації ВООЗ, такі: заходи в ранньому дитинстві; підтримка дітей; надання соціально-економічних можливостей жінкам; соціальна підтримка літніх людей; програми, націлені на вразливі групи населення, включаючи меншини, корінні народи, мігрантів і людей, постраждалих від конфліктів і стихійних лих; заходи щодо зміцнення психічного здоров'я в школах; заходи щодо зміцнення психічного здоров'я на робочих місцях; стратегії в області житлових умов; програми щодо

запобігання насильства; програми розвитку окремих спільнот; зменшення масштабів убогості і соціальний захист незаможних; антидискримінаційні закони і кампанії; зміцнення прав і можливостей осіб із психічними розладами та турботи про них [1, 4, 6].

### Висновки

Таким чином, стан психічного здоров'я населення України є незадовільним, до того ж існує певний брак як кадрових, так і фінансових ресурсів, відсутня Національна політика щодо охорони психічного здоров'я. Сфера охорони психічного здоров'я потребує реформ, зменшення ролі стаціонарів і зміцнення ланки первинної медичної допомоги, гарантій загальнодоступності служб охорони психічного здоров'я. Якщо говорити про конкретні кроки щодо поліпшення стану психічного здоров'я населення України з поглядом на майбутнє зміцнення нашої держави, враховуючи його нинішній стан та тенденції, усі ті події, що відбуваються в українському суспільстві, безсумнівно, без належного релевантного національного законодавства і політики в області психічного здоров'я зі створенням саме функціональної системи громадської охорони здоров'я, де психічне здоров'я має займати одне з провідних місць, країні не обійтись. Інакше вже найближчим часом погіршиться стан психічного здоров'я, зростатимуть рівні захворюваності і поширеності не тільки розладів психіки та поведінки, але й інших класів хвороб, смертності, випадків самогубств, і тоді не варто розраховувати на підвищення очікуваної тривалості життя. Також стан психічного здоров'я населення потребує розробки та прийняття Державної програми з охорони психічного здоров'я населення України, яка має бути комплексною та багатосекторальною з чіткими завданнями для кожної галузі в межах їх компетенції.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у проведенні епідеміологічних досліджень щодо психічного здоров'я населення України.

### Література

1. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. [Электронный ресурс]. – Женева : ВОЗ, 2013. – Режим доступа : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-ru.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1). – Название с экрана.
2. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2010. – Access mode : [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/). – Title from screen.
3. *Herrman H. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* [Electronic resource] / H. Herrman, S. Saxena, R. Moodie. – Geneva : WHO, 2005. – Access mode : [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en](http://www.who.int/mental_health/evidence/en). – Title from screen.
4. *Integrating mental health into primary care: a global perspective* [Electronic resource]. – Geneva : WHO and World Organization of Family Doctors, 2008. – Access mode : [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en](http://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en). – Title from screen.
5. *Lehtinen V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey* / V. Lehtinen, B. Sohlman, V. Kovess-Masfety // *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* – 2005. – Vol. 1 (9). – P. 1–7.
6. *Movement for Global Mental Health. Position Statement on mental health in the post-2015 development agenda 2013* [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/MGMH%20Position%20Statement\\_Post-2015%20Development%20Agenda.pdf](http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/MGMH%20Position%20Statement_Post-2015%20Development%20Agenda.pdf). – Title from screen.

7. *No health without public mental health – the case for action* [Electronic resource]. – London : Royal College of Psychiatrists, 2010. – Access mode : [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS04\\_2010.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS04_2010.pdf). – Title from screen.
8. *Preventing suicide: a global imperative* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2014. – Access mode : [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en). – Title from screen.
9. *STEPS optional module: mental health/suicide* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2014. – Access mode : <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>. – Title from screen.
10. *The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis* / D. Stuckler [et al.] // *Lancet*. – 2009. – Vol. 374. – P. 315–323.
11. *The WHO World Mental Health Surveys* [Electronic resource] / R. Kessler, T. B. Ustun (editors). – New York : Cambridge University Press, 2008. – Access mode : <http://link.springer.com/article/10.1007/s10654-010-9441-9>. – Title from screen.
12. *WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.7* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2014. – Access mode : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html). – Title from screen.
13. *WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update* [Electronic resource]. – Geneva : WHO, 2013. – Access mode : [http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality\\_rawdata/en/](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/). – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 23.05.2016 р.

### Психическое здоровье населения Украины: состояние, проблемы и пути решения

*В.В. Шафранский<sup>1</sup>, С.В. Дудник<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения Украины, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель** – изучить и проанализировать состояние психического здоровья населения Украины за период 2011–2015 гг., определить его проблемы и пути их решения.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на основе статистических данных ГЗ «Центр медицинской статистики МЗ Украины» за период 2011–2015 гг. Используются следующие методы: аналитический, медицинской статистики, сравнительный анализ, системный подход.

**Результаты и выводы.** Изучены и проанализированы заболеваемость и распространенность болезней класса расстройств психики и поведения среди всего населения Украины, а также среди взрослого населения, трудоспособного и пожилого возраста в зависимости от места жительства и пола. Исследованы проблемы современного состояния психического здоровья украинцев и предложены пути решения этих проблем.

**Ключевые слова:** расстройство психики и поведения, психическое здоровье, защитные факторы, факторы риска.

### Mental health of the population of Ukraine: health status, problems and ways of solving problems

*V.V. Shafranskyi<sup>1</sup>, S.V. Dudnyk<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MoH of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to study and analyze the status of mental health of the Ukrainian population for the period 2011–2015, to define problems and ways of solving problems.

**Materials and methods.** Statistical data SE «Center of medical statistics of MHC of Ukraine» for the period 2010–2014. Methods: analytical, medical statistics, comparative analysis, a system approach.

**Results and conclusions.** The morbidity and prevalence of diseases of the class of mental disorder and behaviour among the population of Ukraine have been studied and analyzed, as well as among the population of adult, working-age and old-age depending on place of residence and gender. The problems of the modern status of mental health of Ukrainians have been researched and the ways of their solution have been proposed.

**Key words:** mental disorder and behaviour, mental health, protective factors, risk factors.

### Відомості про авторів

**Шафранський Віктор Вікторович** – к.мед.н., в.о. Міністра охорони здоров'я; Міністерство охорони здоров'я України; вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01601, Україна.

**Дудник Світлана Валеріївна** – к.мед.н., зав. відділу соціально-гігієнічних досліджень формування здоров'я населення та медичної статистики ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.