

ценностно-мотивационной перестройке личности с ориентацией на учебные и профессиональные достижения в процессе профессиональной подготовки будущих врачей. Сравнительное исследование мотивации на успех среди студентов различных факультетов показало, что она наиболее сформирована у студентов 5 курса стоматологического факультета, то есть выпускников, ориентированных на успешное окончание учебы и начало самостоятельной профессиональной деятельности. Полученные в ходе сравнительного и корреляционного анализа данные по мотивационному компоненту перфекционизма у студентов ВУМЗ доказывают, что с увеличением интенсивности перфекционных установок личности к высокому уровню увеличивается отрицательная мотивация на неудачу, что характеризует усиление негативного компонента перфекционизма.

**Ключевые слова:** перфекционизм, мотивация, мотивация на успех или неудачу

## STUDY MOTIVATIONAL COMPONENTS OF PERFECTIONISM UNIVERSITY STUDENTS OF MEDICAL INSTITUTIONS

M. Kovalenko

Motivation is the activation of specific motives in specific circumstances. The structure of the motivational component of perfectionism consists of two main components – the desire for success and avoid failure, reflecting the positive and negative aspects of perfectionism.

To investigate the motivation for success or failure were anonymously surveyed 275 students of the first and fifth courses of Vinnitsa National Medical University. In the total group of students, most reliable students belonged to a group focused on success – 52,00% (143 persons), 39,27% (108 students) motivational pole was not pronounced, significantly lowest percentage of students focused on failure – 8,73 % (24 students) ( $p < 0,01$ ), indicating a predominance of positive motivation orientation and possible effective adaptive coping strategies. During training students of 1 to 5 year revealed positive trends in building motivation for success, which indicates the value-motivational personality restructuring with a focus on educational and professional achievements in the training of future doctors. Comparative study of motivation for success among students from different faculties showed that it is most formed in the 5th year students of the Faculty of Dentistry, graduates focused on successful completion of training and the beginning of an independent profession. Obtained during the comparative and correlation analysis data on the motivational component of students perfectionism show that with increasing intensity perfectionism signs guidelines personality to high levels of negative motivation increases to failure, which characterizes the strengthening of the negative component of perfectionism.

**Key words:** perfectionism, motivation, motivation for success or failure.

УДК 616.89–008–84

А.А. Педак

## ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ, ИЛИ КОНЦЕПЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

Николаевская областная психиатрическая больница №2

### Ключевые слова:

деинституционализация, профилактика, организация медицинской помощи, психические расстройства, интеграция психиатрической помощи в общемедицинскую сеть.

В работе через призму концепции деинституционализации рассмотрены общие вопросы одного из возможных направлений структурно-диагностической и финансово-экономической организации сети психиатрической помощи в свете основных концептуальных положений реформирования общемедицинской системы здравоохранения в Украине.

В контексте принятого Закона Украины «Про порядок проведения реформирования системы охраны здоровья в Винницкой, Днепропетровской, Донецкой областях и г. Киеве» (2011) и Распоряжения Кабинета Министров № 776-р от 18.09.2013 «О поддержке Концепции развития системы финансового обеспечения в сфере охраны здоровья» в Украине продолжают преобразования и реструктуризация сети учреждений здравоохранения. Составной частью реформирования общей системы медицинской помощи является проблема поиска действенных механизмов и путей интеграции психиатрической службы в общесоматическую сеть в контексте основных положений Закона Украины «О психиатрической помощи» (2000).

В данном аспекте следует отметить, что мировой опыт поиска эффективных моделей интеграции психиатрической помощи в общемедицинскую практику достаточно велик и разнообразен. Выбор направления в развитии

этих процессов предопределен тем, как каждое государство использует свои национальные условия, традиции и индивидуальные экономические модели развития общества. Однако, общим направлением в реформировании психиатрической помощи развитых стран мира является процесс *деинституционализации* [9]. Под данным термином прежде всего следует подразумевать комплексный процесс, направленный на интеграцию имеющейся сети психиатрических учреждений в единое медицинское пространство. И совсем не в ключе его старобытное понимание как «разукрупнение» или «заккрытие» крупных психиатрических больниц, в процессе которых большинство пациентов должно было быть выписано под наблюдение первичного звена здравоохранения.

Термин *деинституционализация*, как идеология и первичный опыт был сформирован и практически апробирован в США – в 50-е годы XX ст. Главной ошибкой данной модели реформирования (которая в сжатые

сроки привела к разукрупнению и даже ликвидации многих психиатрических больниц), явился тот факт, что в процессе реализации программы правительства многих стран не реформировали сеть первичной психиатрической помощи населению и не обеспечили её доступности. В частности, такая ситуация сложилась в 70-е годы в Германии, тогда как в Англии, где количество стационарных коек сокращалось не так быстро, пациенты распределялись постепенно, в связи с чем психиатрическая помощь данной категории больных смогла плавно трансформироваться во внебольничную сеть [1, 2, 6, 8].

Следует также отметить, что необходимость процессов реформирования здравоохранения во многих странах мира была вызвана совсем не морально-профессиональными и этическими факторами, а прежде всего социально-экономической ситуацией, поиском соответствующей бюджетной стратегии, адекватной необходимому уровню качества и доступности оказания медицинской помощи. Свидетельством результативности таких подходов является та же Германия, которая, начиная с 1975 г., без ущерба для доступности и эффективности специализированной помощи планомерно более чем на 50% сократила коечный фонд психиатрических учреждений.

*Какую же модель интеграции отдельных видов специализированной медицинской службы необходимо избрать в Украине, чтобы в результате её реализации не пострадало качество и доступность психиатрической помощи населению?* Учитывая мировой опыт деинституционализации, многочисленные литературные данные и имеющийся опыт пилотных регионов предлагается к рассмотрению схема *многоуровневой модели* организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами с учетом имеющейся базы учреждений общей системы здравоохранения. В основу данной стратегии заложен *многоуровневый мультидисциплинарный* принцип оказания медико-социальной и специализированной психиатрической помощи населению, базирующийся на принятой в Украине нормативно-правовой базе [3, 4, 7]. Предполагается, что практическая реализация данной модели позволит существенно изменить годами сложившиеся негативные тенденции в психиатрии, повысить её доступность и эффективность.

**Базовый уровень** – (профилактический) охватывает общую популяцию населения. Медико-социальное вмешательство оказывают центры здоровья, первичная медицинская сеть, врачи общей практики / семейной медицины (ОПСМ), психологи путем формирования здорового образа жизни, психогигиены, медико-педагогической профилактики, в том числе и психических расстройств. *Кризисная служба* обеспечивает оказание *экстренной* психиатрической помощи, безотлагательные организационные, диагностические и терапевтические вмешательства, направленные на спасение и сохранение жизни и здоровья граждан (взрослых, детей, их родственников), оказавшихся в сложной жизненной ситуации с выраженными психоэмоциональными расстройствами, минимизации последствий влияния таких событий на состояние их здоровья. Предоставляет консультативную помощь, с целью решения вопроса о необходимости

принятия решения относительно госпитализации по экстренным показаниям (кризисная психологическая и медико-социальная помощь жертвам насилия, состояния после незавершенных суицидов). Оказание *экстренной психоневрологической* помощи при угрожающих для жизни состояниях (включая психические расстройства) осуществляется силами специализированных бригад Территориальных Центров экстренной медицинской помощи, которые осуществляют проведение интенсивной терапии, реанимационных мероприятий и других медицинских экстренных вмешательств при угрожающих для здоровья и жизни пациентов психических проявлениях (кататонические состояния, делирий, тяжёлые депрессии, побочные экстрапирамидные расстройства вследствие приема нейролептиков и др.).

При необходимости в состав кризисной службы включаются психологи, врачи-психотерапевты (психиатры), медицинские сестры со специальным образованием и другие подготовленные специалисты.

**Первичный уровень** – медицинская помощь взрослому и детскому населению с расстройствами психики и поведения оказывается врачами ОПСМ, врачами педиатрами, психиатрами. Медицинское вмешательство заключается в ранней диагностике расстройств в психосоматической сфере, направлении на консультацию к профильным специалистам с последующим амбулаторным лечением и сопровождением.

Психиатрической помощи на данном уровне, в соответствии с версией главы V Международной классификации психических расстройств в общей медицинской практике (МКБ–10), подлежат пациенты *вне обострения*, с умеренно выраженными *непсихотическими* психическими расстройствами: органическими (F: 004; 063–0,69; 07), аффективными (F 30.0–30.1; F 31.0–30.1; F 31.3–31.4, F 31.7; F 32.0–32.2; F 33.0–33.2; F 33.4; F 34), невротическими (F4), поведенческими (F5); расстройствами развития (F8, F9), легкой и умеренной умственной отсталостью без грубых поведенческих нарушений (F70–71); неглубокими проявлениями деменции различной этиологии (F–00–03). В том числе – с легкими и умеренно выраженными *психотическими расстройствами* как органического генеза (F06.0–06.2; F05), так и при шизофрении, шизотипических, бредовых (F2) и аффективных (F3) расстройствах. Сопровождение и психофармакологическое вмешательство обеспечивается силами и средствами фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), амбулаториями, медицинскими пунктами, кабинетами и центрами первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

**Вторичный уровень** – специализированная психиатрическая помощь предоставляется как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, во взаимодействии с врачами ОПСМ. К основным функциям службы следует отнести организацию междисциплинарного подхода к оказанию медицинской помощи, в том числе предварительный отбор пациентов, последующее их сопровождение и наблюдение, а также лечение осложненных психических нарушений и выраженных личностных расстройств, обусловленных ранее перенесенными психотическими эпизодами, шизофренией и другими сочетанными формами психической патологии.

В амбулаторних умовах організація психіатричної допомоги забезпечується консультативно-діагностичними підрозділами як психіатричними, так і соматичними багатопрофільними лікувальними закладами (дитячими), лікарнями відновлювального (реабілітаційного) лікування, спеціалізованих медичних (кризових) центрів, в тому числі і шляхом здійснення примусової госпіталізації і амбулаторних примусових заходів медичного характеру.

В стаціонарних умовах психіатрична допомога у вигляді примусової госпіталізації в відділення загального типу і примусового лікування в відділеннях з посиленим наглядом надається психіатричними лікарнями. Планове лікування психічних розладів здійснюється психіатричними відділеннями в структурі багатопрофільних лікувальних закладів. До цієї категорії осіб, відповідно до версії МКБ-10, належать пацієнти як з первинним психотичним епізодом, так і з екзацерацією тяжелих прогресивних проявів інших психічних розладів, в більшій мірі – психотичного рівня: F06.0–F06.2 (органічні психози); тяжелими деменціями різної етіології з явленнями психічної спутаності і бредовими станами (F00–F03), психотичними станами на фоні епілепсії (F05x2, F06.02–F06.22) вираженими особистісними і поведінковими порушеннями на фоні органічної патології головного мозку (F06; F07), (F20 (шизофренія)); тяжелими психотичними формами моно- і біполярного розладу з агресивним і аутоагресивним поведінкою (F31, F33), вираженими особистісними і поведінковими порушеннями на фоні когнітивного зниження і умовної відсталості (F72–F79). Оскільки клінічні прояви психічних розладів у цій категорії осіб мають ознаки «тяжкого психічного розладу» (ТПР), вони підлягають швидкій або екстренній примусовій госпіталізації і стаціонарному лікуванню в умовах психіатричного закладу [5]. Після виписки з стаціонару вказані пацієнти підлягають динамічному диспансерному нагляду (група «ТПР») і супроводженню медичними спеціалістами первинного ланки.

**Третинний рівень** – високоспеціалізована психіатрична допомога надається пацієнтам з тяжелими і складними психічними роз-

ладами («двійним» діагнозом), в тому числі коморбідних з залежністю від психоактивних речовин (алкоголю), ускладнені соматичними розладами, лікування яких потребує організації і використання високоспеціалізованих методик психіатричного втручання, в тому числі діагностичного. Допомога забезпечується як регіональними спеціалізованими відділеннями, лікарнями, центрами, регіонального підпорядкування, так і індивідуальними медичними базами науково-дослідницьких інститутів Національної академії наук і Міністерства охорони здоров'я України.

## Висновки

Реалізація запропонованої багаторівневої моделі організації психіатричної допомоги дозволить забезпечити проведення комплексного планування і використання відповідних фінансових і інших матеріальних ресурсів, виділених з урахування структури, специфіки і можливостей регіональної системи охорони здоров'я населення, а також без суттєвих додаткових фінансових витрат дозволить зберегти і забезпечити якість і стабільність психіатричної допомоги населенню України, її системну інтеграцію як в загальнолікарську мережу, так і в заклади науки і освіти.

## Список використаної літератури

1. Вайнгартен-Кремерс В. П. *Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Нидерландах* / В. П. Вайнгартен-Кремерс, С. В. Горюнов // *Журнал невропатологии и психиатрии*. – 2012. – Т. 12. – С. 69–75.
2. Козырев В. И. *Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению* : автореф. на соискание ученой степени дис. д-ра мед. наук / В. И. Козырев. – М, 2000.
3. *Об усовершенствовании порядка предоставления психиатрической помощи детям* : приказ МОЗ Украины № 400 от 18.05.2013 г. // *Официальный вестник Украины*. – 2013. – № 58. – С. 43–49.
4. *Об утверждении нормативно-правовых документов по отдельным вопросам применения принудительных мер медицинского характера к лицам, страдающим психическими расстройствами* : приказ МОЗ Украины № 397 – Киев, 2002.
5. Педак А. *Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики-семейной медицины* / А. А. Педак. – Николаев : Иллион, 2011. – 696 с.
6. Семенова И. В. *Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами* / И. В. Семенова // *Российский психиатрический журнал*. – 2012. – № 2. – С. 25–29.
7. *Стратегия развития охраны психического здоровья в Украине предложенного Украинским НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии* : проект. – К. : Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, 2013.
8. Eikermann B. *Grenzen der Deinstitutionalisierung? Die Sicht der Fasklinik*. / B. Eikermann // *Psychiatrische Praxis*. – 2000. – № 27 (2). – P. 53–58.
9. Fakhoury W. *The process deinstitutionalization: an international overview* / W. Fakhoury, P. Stefan // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2001. – № 15. – P. 187–192.

## ДЕІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ, ЧИ КОНЦЕПЦІЯ БАГАТОРІВНЕВОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

А.А. Педак

У роботі через призму концепції деінституціоналізації розглянуті загальні питання одного із можливих напрямків структурно-діагностичної та фінансово-економічної організації мережі психіатричної допомоги у світлі основних концептуальних положень реформування загальнолікарської системи охорони здоров'я в Україні.

**Ключові слова:** деінституціоналізація, організація, медична допомога, профілактика, психічні розлади, інтеграція психіатричної допомоги в загальнолікарську мережу України.

## DEINSTITUTIONALISATION: DOES CONCEPT OF MULTILEVEL ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC CARE IN UKRAINE

A. Pedak

In this paper, the concept of deinstitutionalization in the light of the common questions one of the possible ways to improve the structural financial and economic structural improvement of the system of mental health care and mental health in Ukraine.

**Key words:** deinstitutionalization, organization, health care, prevention, mental disorders, integrating mental health care into medical networks.