

рассматривают использование цифровых технологий с позиций расширения прав и возможностей, предоставления им значимого выбора и возможности активного контроля за своим здоровьем.

Однако отношение медицинского персонала является потенциально серьезным препятствием для внедрения цифровых технологий⁶. В нашей работе сотрудники часто высказывали мнение, что лучше было бы потратить ресурсы на обучение специалистов, чем на развитие технологий. Обработка постоянного потока данных от пациентов иногда воспринималась как чрезмерная нагрузка в дополнение к уже имеющимся профессиональным обязанностям. Если не учитывать проблемы, связанные с реализацией и внедрением цифровых технологий на ранних этапах разработки, маловероятно, что такой подход будет распространенным вне исследований, в условиях оказания реальной медицинской помощи.

Более того, отсутствует четкий набор стратегий, касающихся более активного вовлечения пациентов в процесс разработки цифровых инноваций, а также привлечения заинтересованных сторон к услугам с цифровой поддержкой. Чтобы помочь их внедрению, необходимо проведение большего числа исследований во всем мире для понимания взглядов пациентов и заинтересованных сторон на использование электронных систем в здравоохранении. При разработке Actissist³ мы достигли этого, проводя ежеквартальные встречи с экспертной справочной группой, включавшей представителей пациентов и других заинтересованных сторон, которые активно участвовали во всех аспектах совершенствования дизайна исследования и разработки приложения. Мы также проводили обширную работу с пациентами и другими заинтересованными сторонами до начала клинического исследования и вплоть до выхода из исследования и периода последующего наблюдения.

Наконец, с глобальной точки зрения, необходимо устранить вероятность исключения лиц с низким доходом, которые не могут получить доступ к технологиям, необходимым для использования цифровых инструментов здравоохранения. Расходы на электронные технологии, имеющие доказательную базу, должны оплачиваться не пациентами, а покрываться из бюджета здравоохранения. Возможны проблемы с персоналом, использующим цифровые технологии в системе здравоохранения. В нашем исследовании сотрудники часто высказывали озабоченность по поводу своей способности использовать технологии и отсутствие

уверенности в способности служб здравоохранения успешно внедрять компьютерные программы, подчеркивая необходимость проведения обучения и обеспечения поддержки для всех лиц, пользующихся услугами в области психического здоровья, а также тех, кто предоставляет эти услуги⁶.

Одним из основных вопросов, требующих внимания, является отсутствие теоретически разработанной базы для приложений, выпускаемых для нужд здравоохранения. Благодаря теоретическим разработкам и инновациям мы совершенствуем нашу сферу.

Каждая из задач, изложенных выше, требует проведения исследований, не только учитывающих методы оценки эффективности цифровых технологий, но и опирающихся на принципы науки о внедрении. В совокупности эти проблемы определяют приоритетную программу исследований цифровых технологий в области психического здоровья. Это многообещающее направление может достичь значительного прогресса только при мультидисциплинарном подходе.

Sandra Bucci¹, Shon Lewis¹, John Ainsworth², Gillian Haddock¹, Matthew Machin², Katherine Berry¹, Natalie Berry¹, Dawn Edge¹, Richard Emsley³

¹Division of Psychology and Mental Health, School of Health Sciences, Manchester Academic Health Science Centre, University of Manchester, Manchester, UK; ²Division of Informatics Imaging and Data Sciences, University of Manchester and Health eResearch Centre, Farr Institute for Health Informatics Research, University of Manchester, Manchester, UK; ³Division of Population Health, Health Services Research and Primary Care, University of Manchester, Manchester, UK

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

(World Psychiatry 2018;17(2):230-231)

Библиография

1. Murdoch C, Kendall T. Implementing the five year forward view for mental health. Redditch: NHS England, 2016.
2. Bhugra D, Tasman A, Pathare S et al. Lancet Psychiatry 2017;4:775-818.
3. Bucci S, Barrowclough C, Ainsworth J et al. Schizophr Bull (in press).
4. Palmier-Claus J, Ainsworth J, Machin M et al. BMC Psychiatry 2012;12:172.
5. Collins LM, Nahum-Shani I, Almirall D. Clin Trials 2014;11:426-34.
6. Berry N, Bucci S, Lobban F. JMIR Mental Health 2017;4:e52.

DOI:10.1002/wps.20535

Переосмысление прогресса и проблем психиатрической помощи в Китае

Быстрое социально-экономическое развитие и проведение широкомасштабной реформы общественного здравоохранения в Китае привели к значительным изменениям в службе психического здоровья, как обсуждалось ранее^{1,2}. Однако на данный момент актуальна обновленная информация о последних достижениях и задачах.

По разным причинам Китай столкнулся со значительным дефицитом ресурсов в психиатрической службе в последние десятилетия. Например, в 2004 г. лицензированных психиатров и ординаторов, проходящих обучение по специальности «психиатрия», было только 16 103 (1,24 на 100 тыс. населения), 24 793 медсестры, работающих в сфере психиатрии (1,91 на 100 тыс. человек), и 557 психиатрических больниц с 129 314 психиатрическими койками (9,95 на 100 тыс. человек) по всей стране¹. Благодаря укреплению системы охраны психического здоровья и системы образования на национальном уровне к 2015 г. психиатров и ординаторов, проходящих

обучение по специальности «психиатрия», насчитывалось 27 733 (2,02 на 100 тыс. населения), 57 591 медсестра (4,19 на 100 тыс. человек) и 2936 психиатрических учреждений с примерно 433 тыс. психиатрических коек (31,5 на 100 тыс.)³. Для сравнения, на основе данных «Атласа психического здоровья» Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)⁴, количество психиатров в 2014 г. составляло 0,3 на 100 тыс. населения в Индии, 0,87 на 100 тыс. в Таиланде и 20,1 на 100 тыс. в Японии.

Несмотря на увеличение числа специалистов в сфере психического здоровья в Китае, потребность в персонале все еще сохраняется. Следует учесть, что основные медицинские ресурсы расположены в городских психиатрических больницах, что делает услуги менее доступными для по меньшей мере половины из 1,39 млрд населения Китая, проживающей в сельской местности. Более того, нехватка квалифицированных специалистов в области психического здоровья на

местах (участках), что характерно для многих городских районов даже сегодня, остается серьезной проблемой.

Для эффективного оказания помощи миллионам пациентов с тяжелыми психическими расстройствами в 2004 г. была инициирована национальная программа, ориентированная на потребности местного населения, получившая название «Программа оказания помощи и лечения тяжелых психических болезней с субсидией от центрального правительства», или «Программа 686». Мы участвовали в процессе разработки данной программы и обучения ей. Программа объединяет ресурсы больничных служб, систем обслуживания, ориентированных на потребности местного населения (по участковому принципу), местные комитеты и полицию для предоставления комплексных услуг по мониторингу, лечению, реабилитации и профилактике. Программа сделала приоритетными пациентов с психическими расстройствами и относительно высоким риском агрессивного поведения, а именно: с шизофренией, шизоаффективным расстройством, параноидным психозом, биполярным расстройством, эпилепсией и умственной отсталостью, связанной с психическими расстройствами. Начиная с 2004 г. и до настоящего времени центральные и местные органы власти инвестировали в эту программу 2,24 млрд юаней (325 млн долларов США). К 2015 г. в 2774 районах/округах в 31 провинциях, муниципалитетах и автономных округах было зарегистрировано в общей сложности 5,4 млн пациентов с тяжелыми психическими болезнями (из которых около трех четвертей пациентов – с диагнозом шизофрения). Из зарегистрированных пациентов 88,7% регулярно пользовались медицинскими услугами и получали последующее наблюдение³. Несмотря на такие значимые цифры, возможность включить в программу постоянного наблюдения и предоставить необходимое лечение сравнительно ограничена, учитывая, что в обществе насчитывается 173 млн китайцев, страдающих психическими расстройствами⁵. В связи с этим, чтобы сократить подобный разрыв в возможностях лечения нуждающихся, необходимо увеличить масштаб предоставления соответствующих услуг.

Исчерпывающие эпидемиологические данные важны для стратегии информирования и развития сферы услуг при решении проблемы лечения в Китае. По инициативе Министерства здравоохранения при поддержке ВОЗ в 1982 и 1993 гг. были проведены два начальных широкомасштабных психиатрических исследования. В период с июля 2013 г. по март 2015 г. было проведено первое национальное исследование психического здоровья с участием 28 140 респондентов в 31 провинциях, муниципалитетах и автономных округах Китая⁶. Предварительные выводы были опубликованы Комиссией национального здоровья и планирования семьи (National Health and Family Planning Commission) 7 апреля 2017 г. Они включали распространенность аффективных расстройств, депрессивных и тревожных расстройств, составлявших 4,06; 3,59 и 4,98% соответственно³.

Однако в Китае по-прежнему отсутствуют эпидемиологические данные об особых группах населения: рабочих-иммигрантах, детях, подростках и пожилых людях. Кроме того, по-прежнему мало доступна достоверная информация о состоянии здоровья и характеристиках психических расстройств: тяжести болезни, продолжительности и степени инвалидизации, а также связанных с ними соматических заболеваний.

Население Китая быстро стареет, что в основном связано с увеличением продолжительности жизни, а также политикой одного ребенка на одну семью, которая была учреждена в течение 35 лет. В 2000 г. только 7% китайского населения были старше 65 лет, но ожидается, что к 2050 г. этот показатель достигнет 23%⁷. Из-за политики одного ребенка на одну семью доля семей, проживающих без детей (empty nest family) в Китае выросла до 25% среди всех пожилых семей в 2003 г., прогнозируемое увеличение к 2030 г. достигнет 90%⁸. Изме-

нение структуры семьи может оказать существенное влияние на доступность социальной помощи и финансовой независимости, а также на психическое здоровье пожилых людей.

В настоящее время имеющихся гериатрических психиатрических услуг недостаточно, а общие службы охраны психического здоровья и даже рекомендации по лечению или модели вмешательства для пожилых людей слабо развиты в Китае. Таким образом, бремя заботы может в конечном итоге падать на оказывающих заботу членов семьи. Как следствие, многие члены семьи могут испытывать психологические проблемы, качество жизни снизится, возможности трудоустройства станут более ограниченными.

Защита прав психиатрических пациентов в Китае является важной задачей⁹. Следует отметить, что Национальный закон о психическом здоровье окончательно вступил в силу 1 мая 2013 г. Он обеспечивает правовые рамки для защиты прав психиатрических пациентов для получения достойного и необходимого лечения. Согласно одному из исследований, распространенность физического ограничения у психиатрических пациентов в Китае снизилась после внедрения закона с 30,7 до 22,4%¹⁰. Психиатрические пациенты и/или их семьи имеют право подать заявку на независимую медицинскую оценку третьей стороной, если дело касается принудительного лечения⁹. Однако на практике оценку квалифицированным независимым специалистом получить достаточно тяжело и возможно только в крупных городах.

Таким образом, из-за быстрого экономического роста и изменений социальной структуры Китай по-прежнему сталкивается с огромными проблемами в области психического здоровья. Хотя законодательство Китая в области психического здоровья является важной частью реформы общественного здравоохранения, эффективное внедрение высококачественных услуг потребует постоянных инвестиций в психиатрическую помощь, необходимую местному населению. Устранение проблемы доступности лечения и содействие интеграции общества требуют достаточного количества рабочих кадров, а также инновационных моделей обслуживания. Таким образом, правительство создает условия для удвоения числа психиатров к 2020 г. и продвижения цифровых подходов в области охраны психического здоровья.

Yu-Tao Xiang^{1,2}, Chee H. Ng³, Xin Yu⁴, Gang Wang²

¹Faculty of Health Sciences, University of Macau, Macao SAR, China; ²National Clinical Research Center for Mental Disorders & Beijing Key Laboratory of Mental Disorders, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing, China; ³Department of Psychiatry, University of Melbourne, Melbourne, Australia; ⁴Peking University Institute of Mental Health, Beijing, China

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)

Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

(World Psychiatry 2018;17(2):231-232)

Библиография

1. Liu J, Ma H, He YL et al. World Psychiatry 2011;10:210-6.
2. Xiang YT, Yu X, Sartorius N et al. Lancet 2012;380:1715-6.
3. National Health and Family Planning Commission of China. News conference, April 7, 2017. www.nhfdc.gov.cn
4. World Health Organization. Mental health atlas – 2014 country profiles. Geneva: World Health Organization, 2015.
5. Phillips MR, Zhang J, Shi Q et al. Lancet 2009;373:2041-53.
6. Liu Z, Huang Y, Lv P et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016;51:1547-57.
7. Chu L-W, Chi I. J Am Med Dir Assoc 2008;9:237-43.
8. Xie LQ, Zhang JP, Peng F et al. Arch Gerontol Geriatr 2010;50:24-9.
9. Xiang YT, Yu X, Ungvari GS et al. Lancet 2012;379:780-2.
10. An FR, Sha S, Zhang QE et al. Psychiatry Res 2016;241:154-8.

DOI:10.1002/wps.20500