

максимально уніфікованою і технічно простою. Адже, впроваджуватися буде не вузькими спеціалістами в галузі психіатрії та психотерапії, а медичними працівниками первинної ланки надання медичної допомоги.

**Висновки.** Широке і масштабне впровадження деінституалізації психіатричної допомоги з використанням різних моделей організації психіатричної допомоги потребує впровадження комплексних етапних програм формування високого рівня мотивації до

лікування та комплаєнсу у психіатричних пацієнтів. В іншому випадку медико-соціальна і економічна ефективність деінституалізованої системи психіатричної допомоги буде низька у зв'язку з високим рівнем рецидивів, які потребуватимуть госпіталізації і, в окремих випадках, інтенсивної терапії в спеціалізованих психіатричних закладах.

**Ключові слова:** комплаєнс, психіатрична допомога, первинна ланка.

### Література

1. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаєнса в клинической психиатрии. Психиатрия и психофармакология. 2004; 6 (11): 159–162.
2. Lin E.N., Von Korff M., Katon W. et al. The role of the primary care physician in patient's adherence to antidepressant therapy. Med. Care. 1995; 33:67–74.
3. Cramer J.A., Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatr. Serv. 1998; 49: 196–201.
4. Любов Е.Б., Бугрова Е.И. Несоблюдение режима внебольничной психофармакотерапии больными шизофренией клиничко-социальные и экономические аспекты. Российский психиатрический журнал. 2007; 5: 65–70.
5. West J.C., Wilk J.E., Muszynski I.L. et al. Medication access and continuity: The experiences of dual-eligible psychiatric patients during the first 4 months of the Medicare prescription drug benefit. Am. J. Psychiatry. 2007; 164: 789–796.
6. Политика, планы и программы в области психического здоровья – обновленное издание. (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). ВОЗ. 2006:120.
7. Вайнгарен-Кремерс В. П. Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Нидерландах. Журнал невропатологии и психиатрии. 2012; 12 : 69–75.
8. Семенова И. В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами. Российский психиатрический журнал. 2012; 2: 25–29.
9. Педак А.А. Деинституционализация, или концепция многоуровневой организации психиатрической помощи в Украине. Архив психиатрии. 2014; 3(78): 19-21.

DOI 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213742

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кабацій Н.О., Левко Л.В., Бронь Ю.В.

## Основні положення Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю: уроки для України

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Конвенція з прав інвалідів (з 2016 р. – осіб з інвалідністю) була прийнята в грудні 2006 року в штаб-квартирі ООН. Вона визначила зміну парадигми по відношенню до осіб з інвалідністю. Вона включає детальний розподіл категорій осіб з інвалідністю і підкреслює, що всі люди злюбими формами інвалідності мають всі права людини і свободи. Конвенція визначає яким способом всі категорії прав мають застосовуватися до осіб з інвалідністю, визначає ті сфери, які необхідно адаптувати для того, щоб особи з інвалідністю могли успішно користуватися своїми правами, а також сфери, в яких порушувалися права осіб з інвалідністю та в яких треба посилити права осіб з інвалідністю. Конвенція не вводить нові права, а зосереджує увагу на тих правах,

які регулярно порушуються по відношенню до осіб з інвалідністю.

В Конвенції наводяться конкретні рекомендації з формування стратегій в сфері інвалідності на національному рівні. До них відноситься наступне:

1. **Включення в громаду.** Центральним елементом Конвенції є той факт, що особи з інвалідністю краще за все функціонують серед своєї громади і що вони можуть бути корисними своїй громаді. Цю позицію треба виконувати обов'язково.

2. **Відхід від стереотипного мислення.** Найкращий спосіб відходу від стереотипного мислення – це щоденне спілкування з особами з інвалідністю. Цьому можуть сприяти державні органи, громади, групи людей, які

представляють секторально зацікавлені сторони та суспільство. Рекомендується «визнання навичків, якостей, здібностей осіб з інвалідністю та їх корисності в роботі та на ринку праці».

3. **Доступність.** В Конвенції використовується системний підхід до поняття доступності. Поняття може відноситися до фізичної доступності окремих споруд та доступу до інформації з використанням системи читання та письма для сліпих або інших відповідних технічних засобів зв'язку.

4. **Робота та працевлаштування.** Особи з інвалідністю повинні мати можливість приймати участь у трудовій діяльності на рівні з іншими людьми. Конвенція рекомендує сприяння працевлаштуванню осіб з інвалідністю шляхом прийняття відповідних політичних рішень, які включають програми, заохочення та інші

заходи, завдяки яким створюються робочі місця для осіб з інвалідністю. Важливим є збереження робочих місць для працівників, які стали особами з інвалідністю.

5. Складним є питання **визначення поняття інвалідності.** В Концепції говориться, що «інвалідність – це поняття яке постійно розвивається... вона являється результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і відносницькими та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими».

6. **Потреба в абілітації, реабілітації та підтримуючих програмах та послугах.** Такі послуги мають бути всеохоплюючими, міжсекторальними та їх метою повинна бути незалежність та повноцінна участь осіб з інвалідністю в житті суспільства.

Примітка. У статтях та матеріалах конференції збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.